

**PANDUAN PRAKTIS
TENTANG KEPESERTAAN DAN
PELAYANAN KESEHATAN YANG
DISELENGGARAKAN OLEH
BPJS KESEHATAN
BERDASARKAN REGULASI YANG
SUDAH TERBIT**

KATA PENGANTAR

Kebijakan pemerintah tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional (BPJS) perlu diketahui dan dipahami oleh seluruh masyarakat Indonesia. Untuk itu perlu dilakukan penyebaran informasi kepada semua pemangku kepentingan dan masyarakat pada umumnya.

Penerbitan e-book Panduan Praktis Tentang Kepesertaan Dan Pelayanan Kesehatan Yang Diselenggarakan Oleh BPJS Kesehatan Berdasarkan Regulasi Yang Sudah Terbit, dimaksudkan untuk memudahkan peserta dan pihak terkait lainnya dalam memperoleh informasi yang akurat dan dan cepat.

Regulasi yang dimaksud adalah UU No 40 Tahun 2004 tentang SJSN, UU No 24 Tahun 2011 tentang BPJS, beserta turunan peraturannya berbentuk Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, Peraturan Menteri, Surat Edaran Menteri serta Peraturan BPJS Kesehatan.

Penyusunan e-Book ini masih belum sempurna, akan terus dikembangkan sesuai kebutuhan informasi dan perkembangan regulasi ke depan. Masukan yang konstruktif dari para pihak terkait untuk penyempurnaan sangat diharapkan.

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR DAFTAR ISI

BAB I Pendahuluan

- I. Regulasi Jaminan Kesehatan Nasional
- II. Pengertian-Pengertian

BAB I KEPESERTAAN

- I. Jenis Kepesertaan
- II. Pentahapan Kepesertaan
- III. Peserta PHK dan Cacat Total
- IV. Iuran
- V. Hak dan Kewajiban Peserta
- VI. Kewajiban Pendaftaran

BAB II PELAYANAN KESEHATAN

- I. Ruang Lingkup Pelayanan
- II. Pelayanan yang Tidak Dijamin
- III. Prosedur Pelayanan Bagi Peserta
- IV. Pelayanan Gawat Darurat
- V. Obat dan Bahan Habis Pakai
- VI. Bayi Baru Lahir
- VII. Skrining Kesehatan
- VIII. Pelayanan Ambulan
- IX. Daerah Belum ada Fasilitas Kesehatan
- X. Sistem Pembayaran
- XI. Kendali Mutu dan Biaya

BAB I PENDAHULUAN

I. REGULASI

Jaminan Kesehatan merupakan salah satu dari 5 (lima) jaminan sosial seperti yang diamanatkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jaminan Kesehatan tersebut dinamakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang penyelenggaraannya dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagaimana amanat Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Berikut adalah daftar peraturan perundangan yang menjadi acuan dalam penyusunan buku ini :

- Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
- Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
- Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan
- Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan
- Peraturan Presiden No. 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan
- Peraturan Presiden No. 107 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Tertentu Berkaitan Dengan Operasional Kementerian Pertahanan, TNI dan POLRI.
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Jaminan Kesehatan Nasional
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
- Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan
- Surat Edaran Menteri Kesehatan RI No. HK/Menkes/31/I/2014 tentang Pelaksanaan Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
- Surat Edaran Menteri Kesehatan RI No. HK/Menkes/32/I/2014 tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

II. PENGERTIAN-PENGERTIAN

Batasan pengertian yang dimaksud dalam buku ini, sebagai berikut^{4,9}:

- Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
- Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program Jaminan Kesehatan.
- Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
- Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya.
- Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.
- Pekerja Penerima Upah adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah.
- Pekerja Bukan Penerima Upah adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri.
- Pemberi Kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.
- Gaji atau Upah adalah hak Pekerja yang diterima dan dinyatakan dalam bentuk uang sebagai imbalan dari Pemberi Kerja kepada Pekerja yang ditetapkan dan dibayar menurut suatu perjanjian kerja, kesepakatan, atau peraturan perundang-undangan, termasuk tunjangan bagi Pekerja dan keluarganya atas suatu pekerjaan dan/atau jasa yang telah atau akan dilakukan.
- Pemutusan Hubungan Kerja yang selanjutnya disingkat PHK adalah pengakhiran hubungan kerja karena suatu hal tertentu yang mengakibatkan berakhirnya hak dan kewajiban antara Pekerja/buruh dan Pemberi Kerja berdasarkan peraturan perundang-undangan.
- Cacat Total Tetap adalah cacat yang mengakibatkan ketidakmampuan seseorang untuk melakukan pekerjaan.
- Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan.
- Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif

yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.

- Sistem Rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik, baik vertikal maupun horizontal.
- Virtual Account adalah nomor rekening virtual yang disediakan oleh BPJS Kesehatan untuk entitas dan perorangan sebagai rekening tujuan dalam pembayaran iuran Jaminan Kesehatan.

BAB I KEPESERTAAN

I. JENIS KEPESERTAAN

Kepesertaan BPJS Kesehatan dibagi menjadi dua kelompok, yaitu Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI).

A. Kepesertaan PBI (Perpres No 101 Tahun 2011)

a. Kriteria Peserta PBI

- Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
- Kriteria Fakir Miskin dan orang tidak mampu ditetapkan oleh menteri di bidang sosial setelah berkoordinasi dengan menteri dan /atau pimpinan lembaga terkait
- Kriteria Fakir Miskin dan Orang tidak mampu sebagaimana dimaksud menjadi dasar bagi lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang statistik untuk melakukan pendataan
- Data Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang telah diverifikasi dan divalidasi sebagaimana dimaksud, sebelum ditetapkan sebagai data terpadu oleh Menteri di bidang sosial, dikoordinasikan terlebih dahulu dengan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan dan menteri dan/atau pimpinan lembaga terkait.
- Data terpadu yang ditetapkan oleh Menteri dirinci menurut provinsi dan kabupaten/kota.
- Data terpadu sebagaimana dimaksud menjadi dasar bagi penentuan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan.
- Data terpadu sebagaimana dimaksud, disampaikan oleh Menteri di bidang sosial kepada menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan dan DJSN
- Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan mendaftarkan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan yang telah ditetapkan sebagaimana dimaksud sebagai peserta program Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan
- Penetapan jumlah PBI Jaminan Kesehatan pada tahun 2014 dilakukan dengan menggunakan hasil Pendataan Program Perlindungan Sosial tahun 2011.
- Jumlah peserta PBI Jaminan Kesehatan yang didaftarkan ke BPJS Kesehatan sejumlah 86,4 juta jiwa.

- b. Perubahan Data Peserta PBI
- Penghapusan data fakir miskin dan orang tidak mampu yang tercantum sebagai PBI Jaminan Kesehatan karena tidak lagi memenuhi kriteria
 - Penambahan data Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu untuk dicantumkan sebagai PBI Jaminan Kesehatan karena memenuhi kriteria Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu.
 - Perubahan data PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud diverifikasi dan divalidasi oleh Menteri di bidang sosial
 - Perubahan data ditetapkan oleh Menteri di bidang sosial setelah berkoordinasi dengan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan dan Menteri dan/atau pimpinan lembaga terkait.
 - Verifikasi dan validasi terhadap perubahan data PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dilakukan setiap 6 (enam) bulan dalam tahun anggaran berjalan.
 - Penduduk yang sudah tidak menjadi Fakir Miskin dan sudah mampu, wajib menjadi peserta Jaminan Kesehatan dengan membayar iuran.

B. Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI)

Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana yang dimaksud merupakan peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas (sesuai Perpres No 12 Tahun 2013):

1. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, terdiri atas:
 - a. Pegawai Negeri Sipil;
 - b. Anggota TNI;
 - c. Anggota Polri;
 - d. Pejabat Negara;
 - e. Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
 - f. Pegawai swasta; dan
 - g. Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah.
2. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, terdiri atas pekerja di luar hubungan kerja dan pekerja mandiri.
3. Bukan Pekerja dan anggota keluarganya, terdiri atas :
 - a. Investor;
 - b. Pemberi Kerja;
 - c. Penerima pensiun;

- d. Veteran;
 - e. Perintis Kemerdekaan; dan
 - f. Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar iuran.
- ❖ Penerima Pensiun sebagaimana yang dimaksud terdiri atas:
 - a. Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
 - b. Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
 - c. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
 - d. Penerima pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c; dan
 - e. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana yang dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun
 - ❖ Pekerja sebagaimana yang dimaksud termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan
 - ❖ Jaminan Kesehatan bagi Pekerja warga negara Indonesia yang bekerja di luar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tersendiri.
 - ❖ Anggota keluarga sebagaimana dimaksud meliputi:
 - a. Istri atau suami yang sah dari Peserta; dan
 - b. Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari Peserta, dengan kriteria:
 - 1. Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan
 - 2. Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal
 - ❖ Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain.

II. PENTAHAPAN KEPESERTAAN (Perpres No 111 Tahun 2013)

- Kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan dilakukan secara bertahap sehingga mencakup seluruh penduduk;
- Pentahapan sebagaimana dimaksud dilakukan sebagai berikut :
 1. Tahap pertama mulai tanggal 1 Januari 2014, paling sedikit meliputi:

- PBI Jaminan Kesehatan;
 - Anggota TNI/Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya;
 - Anggota Polri/Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Polri dan anggota keluarganya;
 - Peserta asuransi kesehatan Perusahaan Persero (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES) dan anggota keluarganya dan
 - Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Perusahaan Persero (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja
2. Tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai Peserta BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal 1 Januari 2019

III. KETENTUAN PESERTA PEMUTUSAN HUBUNGAN KERJA (PHK) DAN CACAT TOTAL (Pasal 7 & 8 Perpres No 12 Tahun 2013)

- ❖ Peserta yang mengalami PHK tetap memperoleh hak manfaat Jaminan Kesehatan paling lama 6 (enam) bulan sejak di PHK tanpa membayar iuran.
- ❖ Peserta sebagaimana tersebut di atas yang telah bekerja kembali wajib memperpanjang status kepesertaannya dengan membayar iuran
- ❖ Dalam hal peserta sebagaimana dimaksud di atas tidak bekerja kembali dan tidak mampu, berhak menjadi peserta PBI Jaminan Kesehatan
- ❖ Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan yang mengalami cacat total tetap dan tidak mampu, berhak menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan
- ❖ Penetapan cacat total tetap, dilakukan oleh dokter yang berwenang.
- ❖ Perubahan status kepesertaan dari Peserta PBI Jaminan Kesehatan menjadi bukan Peserta PBI Jaminan Kesehatan dilakukan melalui pendaftaran ke BPJS Kesehatan dengan membayar iuran pertama.
- ❖ Perubahan status kepesertaan dari bukan Peserta PBI Jaminan Kesehatan menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan

IV. HAK DAN KEWAJIBAN PESERTA

1. HAK PESERTA

1. Mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan;
2. Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
3. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
4. Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke Kantor BPJS Kesehatan.

2. KEWAJIBAN PESERTA

1. Mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
2. Melaporkan perubahan data peserta, baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat pertama;
3. Menjaga Kartu Peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak;
4. Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.

V. IURAN (Peraturan Presiden No. 111 Tahun 2013)

a. Iuran Peserta PBI

Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah sebesar Rp 19.225,00 (sembilan belas ribu dua ratus dua puluh lima rupiah) per orang per bulan.

b. Iuran Peserta Bukan PBI

1. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang terdiri atas Pegawai Negeri Sipil, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan.
2. Iuran sebagaimana dimaksud pada poin 1 (satu) dibayar dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. 3% (tiga persen) dibayar oleh Pemberi Kerja; dan
 - b. 2% (dua persen) dibayar oleh Peserta.

3. Kewajiban Pemberi Kerja dalam membayar iuran sebagaimana dimaksud di atas, dilaksanakan oleh:
 - a. Pemerintah untuk Iuran Jaminan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil Pusat, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri Pusat; dan
 - b. Pemerintah Daerah untuk Iuran Jaminan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil Daerah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri Daerah.

4. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah selain Peserta sebagaimana dimaksud di atas yang dibayarkan mulai tanggal 1 Januari 2014 sampai dengan 30 Juni 2015 sebesar 4,5% (empat koma lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan:
 - a. 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja; dan
 - b. 0,5% (nol koma lima persen) dibayar oleh Peserta.

5. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta sebagaimana dimaksud di atas yang dibayarkan mulai tanggal 1 Juli 2015 sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan:
 - a. 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja; dan
 - b. 1% (satu persen) dibayar oleh Peserta.

>> DIKURANGI 2 POIN

VI. TATACARA PENDAFTARAN (Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014)

Proses pendaftaran menjadi peserta BPJS Kesehatan dapat dilakukan secara kolektif maupun perorangan, dengan ketentuan sebagai berikut:

A. PEKERJA PENERIMA UPAH

- 1) Pendaftaran secara kolektif :
 - Mengisi dan menyerahkan Formulir Daftar Isian Peserta serta melampirkan Pas foto berwarna terbaru ukuran 3 cm x 4 cm masing-masing 1 (satu) lembar.
 - Pendaftaran secara berkelompok kolektif disampaikan dalam bentuk format data yang disepakati.
- 2) Pendaftaran secara perorangan :
 - a. Pemberi Kerja Penyelenggara Negara, terdiri dari :
 - 1) Pejabat Negara : Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dilampiri dengan pas foto berwarna terbaru masing-masing 1 (satu) lembar ukuran 3 cm x 4 cm (kecuali bagi anak usia balita), serta menunjukkan / memperlihatkan dokumen sebagai berikut :

- Asli/foto copy petikan SK Penetapan sebagai Pejabat Negara yang dilegalisasi;
 - Asli/foto copy Daftar Gaji yang dilegalisasi oleh pimpinan unit kerja;
 - Asli/foto copy KP4 yang dilegalisasi;
 - Asli/foto copy Kartu Keluarga dan KTP (diutamakan KTP elektronik);
 - Foto copy surat nikah;
 - Foto copy akte kelahiran anak/surat keterangan lahir/SK Pengadilan Negeri untuk anak angkat;
 - Surat Keterangan dari sekolah/ perguruan tinggi (bagi anak berusia lebih dari 21 tahun sampai dengan usia ke 25 tahun).
- 2) Pegawai Negeri Sipil; Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) yang di tanda tangani oleh pimpinan unit kerja dan stempel unit kerja. Daftar Isian Peserta dilampiri dengan pas foto terbaru masing-masing 1 (satu) lembar ukuran 3 cm x 4 cm (kecuali bagi anak usia balita); serta menunjukkan/ memperlihatkan dokumen sebagai berikut :
- Asli/foto copy SK PNS terakhir;
 - Asli/foto copy Daftar Gaji yang dilegalisasi oleh pimpinan unit kerja;
 - Asli/foto copy KP4 yang dilegalisasi
 - Asli/foto copy Kartu Keluarga dan KTP (diutamakan KTP elektronik);
 - Foto copy surat nikah;
 - Foto copy akte kelahiran anak/surat keterangan lahir/SK Pengadilan Negeri untuk satu anak angkat yang ditanggung;
 - Surat Keterangan dari sekolah/ perguruan tinggi (bagi anak berusia lebih dari 21 tahun sampai dengan usia ke 25 tahun).
- 3) Pegawai Negeri Sipil yang dipekerjakan pada BUMN/ BUMD; Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) yang di tanda tangani oleh pimpinan unit kerja dan stempel unit kerja. Daftar Isian Peserta dilampiri dengan pas foto terbaru masing-masing 1 (satu) lembar ukuran 3 cm x 4 cm (kecuali bagi anak usia balita); serta menunjukkan/ memperlihatkan dokumen sebagai berikut :
- Asli/foto copy SK PNS yang dipekerjakan pada BUMN/ BUMD;
 - Asli/foto copy Daftar Gaji yang dilegalisasi oleh pimpinan unit kerja;
 - Asli/foto copy Kartu Keluarga dan KTP (diutamakan KTP elektronik);
 - Foto copy surat nikah;
 - Foto copy akte kelahiran anak/surat keterangan lahir/SK Pengadilan Negeri untuk anak angkat;

- Surat Keterangan dari sekolah/ perguruan tinggi (bagi anak berusia lebih dari 21 tahun sampai dengan usia ke 25 tahun).
- 4) Anggota TNI dan POLRI; Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dengan melampirkan pas foto terbaru masing-masing 1 (satu) lembar ukuran 3 cm x 4 cm (kecuali bagi anak usia balita) serta menunjukkan/ memperlihatkan dokumen sebagai berikut :
- Asli/foto copy SK kepangkatan terakhir;
 - Asli/foto copy Daftar Gaji yang dilegalisasi oleh pimpinan unit kerja;
 - Asli/foto copy KU 1 yang dilegalisasi;
 - Asli/foto copy Kartu Keluarga dan KTP (diutamakan KTP elektronik);
 - Foto copy surat nikah;
 - Foto copy akte kelahiran anak/surat keterangan lahir/SK Pengadilan Negeri untuk satu anak angkat yang ditanggung;
 - Surat Keterangan dari sekolah/ perguruan tinggi (bagi anak berusia lebih dari 21 tahun sampai dengan usia 25 tahun).
- 5) Pejabat Negara Non Pegawai Negeri (Presiden, Menteri, Gubernur/Wakil Gubernur, Bupati/Wakil Bupati, Walikota/Wakil Walikota, DPR, DPD, DPRD); Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dengan melampirkan pas foto berwarna terbaru ukuran 3 cm x 4 cm masing-masing 1 (satu) lembar (kecuali bagi anak usia balita) serta menunjukkan / memperlihatkan dokumen sebagai berikut :
- Asli/foto copy SK pengangkatan sebagai pejabat Negara;
 - Asli/foto copy Kartu Keluarga dan KTP (diutamakan KTP elektronik);
 - Foto copy surat nikah;
 - Foto copy akte kelahiran anak/surat keterangan lahir/SK Pengadilan Negeri untuk anak angkat;
 - Surat Keterangan dari sekolah/ perguruan tinggi (bagi anak berusia lebih dari 21 tahun sampai dengan usia 25 tahun).
- 6) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri; Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dengan melampirkan pas foto berwarna terbaru ukuran 3 cm x 4 cm masing-masing 1 (satu) lembar (kecuali bagi anak usia balita) serta menunjukkan / memperlihatkan dokumen sebagai berikut :
- Asli/foto copy SK Pengangkatan dari kementerian / lembaga;

- Asli/foto copy Daftar Gaji yang dilegalisasi oleh pimpinan unit kerja;
 - Foto copy KTP (diutamakan KTP elektronik);
 - Foto copy surat nikah; Foto copy akte kelahiran anak/surat keterangan lahir/SK Pengadilan Negeri untuk anak angkat;
 - Surat Keterangan dari sekolah/ perguruan tinggi (bagi anak berusia lebih dari 21 tahun sampai dengan usia 25 tahun).
- b. Pegawai Swasta/Badan Usaha/Badan Lainnya; Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dengan melampirkan pas foto berwarna terbaru ukuran 3 cm x 4 cm masing-masing 1 (satu) lembar (kecuali bagi anak usia balita) serta menunjukkan/ memperlihatkan dokumen sebagai berikut :
- Bukti diri sebagai Tenaga Kerja / karyawan aktif pada perusahaan;
 - Perjanjian Kerja / SK pengangkatan sebagai pegawai;
 - Asli/foto copy Kartu Keluarga dan KTP (diutamakan KTP elektronik);
 - Bukti potongan iuran Jaminan Kesehatan;
 - Foto copy surat nikah;
 - Foto copy akte kelahiran anak/surat keterangan lahir/SK Pengadilan Negeri untuk anak angkat;
 - Bagi WNA menunjukkan Kartu Ijin Tinggal Sementara/Tetap (KITAS/KITAP).

B. PEKERJA BUKAN PENERIMA UPAH

1. Pendaftaran secara kolektif :

Mengisi dan menyerahkan Formulir Daftar Isian Peserta serta melampirkan Pas foto berwarna terbaru ukuran 3 cm x 4 cm masing-masing 1 (satu) lembar. Pendaftaran secara berkelompok kolektif disampaikan dalam bentuk format data yang disepakati.

2. Pendaftaran secara perorangan :

- a. Pekerja diluar Hubungan Kerja atau Pekerja Mandiri; Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) serta melampirkan pas foto terbaru masing-masing 1 (satu) lembar ukuran 3 cm x 4 cm (kecuali bagi anak usia balita), serta menunjukkan/memperlihatkan dokumen sebagai berikut :
- Asli/foto copy Kartu Keluarga dan KTP (diutamakan KTP elektronik);
 - Foto copy surat nikah
 - Foto copy akte kelahiran anak/surat keterangan lahir yang menjadi tanggungan.
 - Bagi WNA menunjukkan Kartu Ijin Tinggal Sementara/Tetap (KITAS/KITAP).

- b. Kelompok Paguyuban/Koperasi/Asosiasi; Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dengan melampirkan pas foto terbaru masing-masing 1 (satu) lembar ukuran 3 cm x 4 cm (kecuali bagi anak usia balita), serta **menunjukkan/memperlihatkan** dokumen sebagai berikut :
- Asli/foto copy Kartu Keluarga dan KTP (diutamakan KTP elektronik);
 - Bagi WNA menunjukkan Kartu Ijin Tinggal Sementara / Tetap (KITAS/KITAP).

C. BUKAN PEKERJA

1. Pendaftaran secara kolektif :
 - Jumlah anggota kelompok minimal 2 (dua) anggota;
 - Mengisi dan menyerahkan Formulir Daftar Isian Peserta serta melampirkan Pas foto berwarna terbaru ukuran 3 cm x 4 cm masing-masing 1 (satu) lembar.
 - Pendaftaran secara berkelompok kolektif disampaikan dalam bentuk format data yang disepakati.
2. Pendaftaran secara perorangan :
 - Investor; Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan melampirkan Pas foto terbaru ukuran 3 cm x 4 cm sejumlah 1 (satu) lembar, dengan menunjukkan/memperlihatkan:
 - Asli/foto copy Kartu Keluarga/KTP
 - Bagi WNA menunjukkan Kartu Ijin Tinggal Sementara/ Tetap (KITAS/KITAP).
 - Pemberi Kerja; Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan melampirkan pas foto terbaru ukuran 3 cm x 4 cm sejumlah 1 (satu) lembar, dengan menunjukkan/memperlihatkan:
 - Asli/foto copy Kartu Keluarga/KTP
 - Bagi WNA menunjukkan Kartu Ijin Tinggal Sementara/ Tetap (KITAS/KITAP).
 - Penerima Pensiun :
 1. Penerima Pensiun PNS; Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) serta melampirkan pas foto terbaru ukuran 3 cm x 4 cm sejumlah 1 (satu) lembar, dengan menunjukkan/memperlihatkan:
 - Asli / foto copy Kartu Keluarga/KTP;
 - Asli/ fotocopy surat tanda bukti penerima pensiun atau KARIP;
 - Fotocopy surat nikah
 - Asli/Fotocopy akte kelahiran anak/keterangan lahir, surat keputusan pengadilan negeri untuk anak angkat;
 - Surat keterangan sekolah / perguruan tinggi (bagi anak berusia lebih dari 21 tahun sampai dengan 25 tahun).

2. Penerima Pensiun Pejabat Negara; Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan melampiri pas foto terbaru ukuran 3 cm x 4 cm sejumlah 1 (satu) lembar dengan menunjukan / memperlihatkan :
 - Asli/foto copy Kartu Keluarga/KTP
 - Fotocopy surat tanda bukti penerima pensiun atau KARIP
 - Fotocopy surat nikah, akte kelahiran anak/ keterangan lahir, surat keputusan pengadilan negeri untuk anak angkat.
 - Surat keterangan sekolah / perguruan tinggi (bagi anak berusia lebih dari 21 tahun sampai dengan 25 tahun).
3. Penerima Pensiun TNI dan POLRI; Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan melampirkan pas foto terbaru ukuran 3 cm x 4 cm sejumlah 1 (satu) lembar dengan menunjukan / memperlihatkan :
 - Asli/foto copy Kartu Keluarga/KTP;
 - Fotocopy surat tanda bukti penerima pensiun atau Kartu tanda peserta ASABRI;
 - Fotocopy surat nikah;
 - Fotocopy akte kelahiran anak/keterangan lahir, surat keputusan pengadilan negeri untuk anak angkat;
 - Surat keterangan sekolah / perguruan tinggi (bagi anak berusia lebih dari 21 tahun sampai dengan 25 tahun).
4. Perintis Kemerdekaan; Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan melampiri pas foto terbaru ukuran 3 cm x 4 cm sejumlah 1 (satu) lembar dengan menunjukan / memperlihatkan :
 - Asli/foto copy Kartu Keluarga/KTP;
 - SKEP Perintis Kemerdekaan;
 - Fotocopy surat nikah
 - Fotocopy akte kelahiran anak/keterangan lahir, surat keputusan pengadilan negeri untuk anak angkat;
 - Surat keterangan sekolah / perguruan tinggi (bagi anak berusia lebih dari 21 tahun sampai dengan 25 tahun).
5. Veteran; Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan melampirkan pas foto terbaru ukuran 3 cm x 4 cm sejumlah 1 (satu) lembar dengan menunjukan / memperlihatkan :
 - Asli/foto copy Kartu Keluarga/KTP;
 - Asli/foto copy piagam petikan SK Pengesahan Gelar Kehormatan Veteran RI;
 - Fotocopy surat nikah;

- Fotocopy akte kelahiran anak/keterangan lahir, surat keputusan pengadilan negeri untuk anak angkat;
 - Surat keterangan sekolah / perguruan tinggi (bagi anak berusia lebih dari 21 tahun sampai dengan 25 tahun).
6. Penerima Program Pensiun Badan Usaha/Badan Lainnya; Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan melampirkan pas foto terbaru ukuran 3 cm x 4 cm sejumlah 1 (satu) lembar dengan menunjukkan /**memperlihatkan** asli/foto copy Kartu Keluarga dan KTP.
7. Janda/Duda/Anak Yatim/Anak Piatu dan Anak Yatim Piatu dari Penerima Pensiun PNS / TNI / Polri / Pejabat Negara / Veteran/Perintis Kemerdekaan; dengan ketentuan mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan melampiri pas foto terbaru ukuran 3 cm x 4 cm sejumlah 1 (satu) lembar dengan **menunjukkan / memperlihatkan**:
- Asli/foto copy Kartu Keluarga dan KTP;
 - Surat Keputusan Janda/Duda/Anak Yatim/Anak Piatu dan Anak Yatim Piatu;
 - Fotocopy akte kelahiran anak/keterangan lahir, surat keputusan pengadilan negeri untuk anak angkat;
 - Surat keterangan sekolah / perguruan tinggi (bagi anak berusia lebih dari 21 tahun sampai dengan 25 tahun).
- Pekerja Informal; Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan melampirkan pas foto terbaru ukuran 3 cm x 4 cm sejumlah 1 (satu) lembar dengan **menunjukkan / memperlihatkan** asli/foto copy Kartu Keluarga dan KTP.
- Anggota keluarga lain dapat diikutsertakan dengan ketentuan : membayar iuran, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan melampirkan pas foto terbaru ukuran 3 x 4 cm sejumlah 1 (satu) lembar dengan menunjukkan / memperlihatkan asli/foto copy Kartu Keluarga dan KTP dan bagi WNA menunjukkan Kartu Ijin Tinggal Sementara/Tetap (KITAS/KITAP).

VII. KEWAJIBAN MENDAFTARKAN (Perpres 111 Tahun 2013)

- ❖ Setiap Pemberi Kerja wajib mendaftarkan dirinya dan Pekerjaannya sebagai Peserta Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan dengan membayar iuran.
- ❖ Dalam hal Pemberi Kerja secara nyata-nyata tidak mendaftarkan dirinya sebagai peserta Jaminan Kesehatan, setiap pekerja Bukan Penerima Upah wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya secara sendiri-sendiri atau berkelompok sebagai

Peserta Jaminan Kesehatan pada BPJS Kesehatan dengan membayar iuran.

- ❖ Setiap orang bukan Pekerja wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai Peserta Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan dengan membayar iuran.
 1. Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan identitas Peserta
 2. Identitas Peserta paling sedikitnya memuat nama dan nomor identitas Peserta
 3. Nomor identitas Peserta merupakan nomor identitas tunggal yang berlaku untuk semua program jaminan sosial.
- ❖ Peserta Pekerja Penerima Upah wajib menyampaikan perubahan data kepesertaan kepada Pemberi Kerja dan Pemberi Kerja wajib melaporkan perubahan data kepesertaan kepada BPJS Kesehatan.

BAB II

PELAYANAN KESEHATAN

- I. RUANG LINGKUP PELAYANAN (Perpres 12 Tahun 2013, Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014)
 1. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama
Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan non spesialistik yang mencakup:
 - a. Administrasi pelayanan;
 - b. Pelayanan promotif dan preventif;
 - c. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 - d. Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif;
 - e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 - f. Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis;
 - g. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama; dan
 - h. Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis.
 2. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap, yang mencakup:
 - a. Administrasi pelayanan;
 - b. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspesialis;
 - c. Tindakan medis spesialistik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;
 - d. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 - e. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 - f. Rehabilitasi medis;
 - g. Pelayanan darah;
 - h. Pelayanan kedokteran forensik klinik;
 - i. Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal setelah dirawat inap di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan bpjs kesehatan, berupa pemulasaran jenazah tidak termasuk peti mati dan mobil jenazah;
 - j. Perawatan inap non intensif; dan
 - k. Perawatan inap di ruang intensif.
 3. Persalinan

Persalinan yang ditanggung BPJS Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama maupun Tingkat Lanjutan adalah persalinan sampai dengan anak ketiga tanpa melihat anak hidup/meninggal.

4. Ambulan
Ambulan hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan satu ke fasilitas kesehatan lainnya, dengan tujuan menyelamatkan nyawa pasien

II. PELAYANAN KESEHATAN YANG TIDAK DIJAMIN (Perpres 12 Tahun 2013, Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014)

1. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
2. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
3. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan kerja;
4. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas;
5. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
6. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
7. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
8. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi);
9. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol;
10. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
11. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupuntur, shin she, chiropractic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (health technology assessment);
12. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen);
13. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu;
14. Perbekalan kesehatan rumah tangga;
15. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah; dan
16. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan.
17. Klaim perorangan.

III. PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN BAGI PESERTA (Permenkes No 71/2013, Peraturan BPJS Kesehatan No 1 Tahun 2014)

Prosedur pelayanan kesehatan bagi peserta adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan kesehatan bagi Peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dimulai dari Fasilitas Kesehatan tingkat pertama
2. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama bagi Peserta diselenggarakan oleh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar
3. Dalam keadaan tertentu, ketentuan sebagaimana dimaksud di atas tidak berlaku bagi Peserta yang:
 - berada di luar wilayah Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar; atau
 - dalam keadaan kedaruratan medis.
4. Dalam hal Peserta memerlukan Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas indikasi medis, Fasilitas Kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan Sistem Rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.
5. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama.
6. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama.
7. Ketentuan sebagaimana dimaksud di atas dikecualikan pada keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas.
8. Tata cara rujukan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

IV. PELAYANAN KEGAWAT DARURAT (EMERGENCY) (Permenkes No 71/2013, Peraturan BPJS Kesehatan No 1 Tahun 2014)

- a. Pelayanan Gawat Darurat adalah pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah kematian, keparahan dan atau kecacatan, sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan.
- b. Peserta yang memerlukan pelayanan gawat darurat dapat langsung memperoleh pelayanan di setiap fasilitas kesehatan. Kriteria kegawatdaruratan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

- c. Peserta yang menerima pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, akan segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan setelah keadaan gawat daruratnya teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan.
- d. Biaya akibat pelayanan kegawatdaruratan ditagihkan langsung oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
- e. Bagi Peserta yang dilayani di UGD yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, maka berlaku :
 - BPJS Kesehatan memberikan pembayaran kepada fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama untuk pelayanan gawat darurat setara dengan tarif yang berlaku untuk fasilitas kesehatan yang setara di wilayah tersebut
 - Tarif pelayanan gawat darurat oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama Rp 100.000 – Rp 150.000
 - Tarif pelayanan gawat darurat oleh fasilitas kesehatan tingkat lanjutan sesuai dengan tarif INA CBGs
 - Fasilitas Kesehatan yang belum memiliki penetapan kelas rumah sakit, menggunakan tarif INA CBGs Rumah Sakit kelas D

V. PELAYANAN OBAT DAN ALAT KESEHATAN (Permenkes No 71/2013, Peraturan BPJS Kesehatan No 1 Tahun 2014, SE Menkes RI No. 32/2014)

➤ Obat dan Bahan Habis Pakai

- (1) Peserta berhak mendapat pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis.
- (2) Pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai sebagaimana dimaksud di atas dapat diberikan pada pelayanan kesehatan rawat jalan dan/atau rawat inap baik di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama maupun Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan.
- (3) Pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang diberikan kepada Peserta berpedoman pada daftar obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang ditetapkan oleh Menteri.
- (4) Daftar obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai sebagaimana dimaksud di atas dituangkan dalam Formularium Nasional dan Kompendium Alat Kesehatan.
- (5) Penambahan dan/atau pengurangan daftar obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam Formularium Nasional dan Kompendium Alat Kesehatan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan

➤ Obat Penyakit Kronis

- (1) Pada masa transisi, fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dapat memberikan tambahan resep obat penyakit kronis (besaran formularium nasional) di luar paket INA CBGs sesuai indikasi medis sampai kontrol berikutnya apabila penyakit belum stabil. Resep tersebut dapat diambil di depo farmasi atau apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- (2) Obat penyakit kronis dapat diberikan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagai program rujuk balik (PRB) melalui apotek/depo farmasi yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Ketentuan ini diberlakukan untuk penyakit-penyakit diabetes melitus, hipertensi, jantung, asma, penyakit paru, obstruktif kronis (PPOK), epilepsi, skizofren, sirosis hepatis, stroke, dan sindroma lupus eritromatosus (SLE).

➤ Obat Program Pemerintah

Penyakit penyakit tertentu yang dibiayai Pemerintah seperti penyakit HIV/AIDS, tuberkulosa (TBC), malaria, kusta, dan penyakit lain yang ditetapkan oleh Menteri, diatur secara tersendiri.

➤ Obat Kemoterapi, Talasemia dan Hemofilia

- (1) Di samping dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat III, pemberian obat untuk kemoterapi, talasemia dan hemofilia juga dapat dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat II dengan mempertimbangkan tingkat kemampuan fasilitas kesehatan dan kompetensi sumber daya manusia kesehatan.
- (2) Dalam kondisi tertentu, pemberian obat kemoterapi, dan talasemia dapat dilaksanakan di pelayanan rawat jalan.
- (3) Selama masa transisi berlaku ketentuan sebagai berikut:
 - Pengajuan klaim pada pemberian obat kemoterapi berlaku sesuai dengan tarif INA CBGs ditambah dengan obat kemoterapi.
 - Pengajuan klaim pada pelayanan rawat jalan talasemia dilakukan dengan input data pasien sesuai pelayanan talasemia rawat inap dan INA CBGs
 - Pada pelayanan rawat inap hemofilia A dan hemofilia B berlaku penambahan pembayaran klaim di luar tarif INA CBGs yang besarnya sama untuk semua tingkat keparahan kasus serta semua kelas perawatan.
 - Besaran penambahan hemofilia sebagaimana dimaksud di atas sesuai kelas rumah sakit dan regionalisasi tarif dengan ketentuan sebagai berikut:

REGIONAL	KELAS RUMAH SAKIT					
	RSUPN (Rp)	RSKRN (Rp)	A (Rp)	B (Rp)	C (Rp)	D (Rp)
REG 1	12.178.437	10.898.885	9.908.077	7.914.235	6.298.828	5.272.740
REG 2			9.997.250	7.985.463	6.355.517	5.320.195
REG 3			10.026.974	8.009.206	6.374.414	5.336.013

REG 4			10.175.59 5	8.127.719	6.468.896	5.415.104
REG 5			10.264.76 8	8.199.147	6.525.586	5.462.559

- Pelayanan Obat Rujuk Balik
 - (1) BPJS Kesehatan menjamin kebutuhan obat program rujuk balik melalui Apotek atau depo farmasi Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
 - (2) Obat sebagaimana dimaksud di atas dibayar BPJS Kesehatan di luar biaya kapitasi.
 - (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur pelayanan obat program rujuk balik diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

VI. PENJAMINAN BAYI BARU LAHIR (SE Menkes RI No 32/2014)

- a. Bayi baru lahir dari peserta PBI secara otomatis dijamin oleh BPJS Kesehatan. Bayi tersebut dicatat dan dilaporkan kepada BPJS Kesehatan oleh fasilitas kesehatan untuk kepentingan rekonsiliasi data PBI.
- b. Bayi anak ke-1 (satu) sampai dengan anak ke-3 (tiga) dari peserta pekerja penerima upah secara otomatis dijamin oleh BPJS Kesehatan.
- c. Bayi baru lahir dari:
 - 1) Peserta pekerja bukan penerima upah;
 - 2) Peserta bukan pekerja; dan
 - 3) Anak ke-4 (empat) atau lebih dari peserta penerima upah; dijamin hingga hari ke-7 (tujuh) sejak kelahirannya dan harus segera didaftarkan sebagai peserta.
- d. Apabila bayi sebagaimana dimaksud dalam huruf c tidak didaftarkan hingga hari ke-7 (tujuh) sejak kelahirannya, mulai hari ke-8 (delapan) bayi tersebut tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan.

VII. SKRINING KESEHATAN (Perpres No. 12 Tahun 2013, Permenkes No 71/2013, Peraturan BPJS Kesehatan No 1 Tahun 2014)

- (1) Pelayanan skrining kesehatan diberikan secara perorangan dan selektif.
- (2) Pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud di atas ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu, meliputi:
 - a. diabetes mellitus tipe 2;
 - b. hipertensi;
 - c. kanker leher rahim;
 - d. kanker payudara; dan
 - e. penyakit lain yang ditetapkan oleh Menteri.

- (3) Pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud pada di atas dimulai dengan analisis riwayat kesehatan, yang dilakukan sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali.
- (4) Dalam hal Peserta teridentifikasi mempunyai risiko berdasarkan riwayat kesehatan sebagaimana dimaksud di atas, dilakukan penegakan diagnosa melalui pemeriksaan penunjang diagnostik tertentu.
- (5) Peserta yang telah terdiagnosa penyakit tertentu berdasarkan penegakan diagnosa sebagaimana dimaksud di atas diberikan pengobatan sesuai dengan indikasi medis.

DIDELETE 1 POIN >>

VIII. PELAYANAN AMBULAN (Permenkes No 71/2013)

- (1) Pelayanan Ambulan merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar Fasilitas Kesehatan disertai dengan upaya atau kegiatan menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.
- (2) Pelayanan Ambulan hanya dijamin bila rujukan dilakukan pada Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS atau pada kasus gawat darurat dari Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien.

IX. DAERAH BELUM TERSEDIA FASILITAS KESEHATAN (Permenkes No 71/2013)

- (1) Dalam hal di suatu daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi.
- (2) Penentuan daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta ditetapkan oleh dinas kesehatan setempat atas pertimbangan BPJS Kesehatan dan Asosiasi Fasilitas Kesehatan.
- (3) Kompensasi sebagaimana dimaksud di atas diberikan dalam bentuk:
 - a. penggantian uang tunai;
 - b. pengiriman tenaga kesehatan; dan
 - c. penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu.
- (4) Kompensasi dalam bentuk penggantian uang tunai sebagaimana dimaksud di atas berupa penggantian atas biaya pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- (5) Besaran penggantian atas biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud di atas disetarakan dengan tarif Fasilitas Kesehatan di wilayah terdekat dengan memperhatikan tenaga kesehatan dan jenis pelayanan yang diberikan.
- (6) Kompensasi dalam bentuk pengiriman tenaga kesehatan dan penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud di

atas dapat bekerja sama dengan dinas kesehatan, organisasi profesi kesehatan, dan/atau asosiasi fasilitas kesehatan.

- (7) Kompensasi pada daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat:
 - a. Tarif:
 - Kompensasi uang tunai rawat jalan tingkat pertama Rp 50.000,- - Rp 100.000,-
 - Kompensasi uang tunai rawat inap tingkat pertama Rp 100.000,- per hari.
 - b. Kompensasi uang tunai diberikan langsung kepada peserta berdasarkan klaim yang bersangkutan atas pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
 - c. Besaran kompensasi disetarakan dengan tarif fasilitas kesehatan di wilayah terdekat dengan memperhatikan tenaga kesehatan dan jenis pelayanan yang diberikan.

X. SISTEM PEMBAYARAN (Perpres No 12 Tahun 2013)

BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan yang memberikan layanan kepada Peserta.

- (1) Besarannya pembayaran yang dilakukan BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah Fasilitas Kesehatan tersebut berada serta mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.
- (2) Asosiasi fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud untuk Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan Lanjutan

XI. KENDALI MUTU DAN BIAYA (Perpres No. 111 Tahun 2014)

- (1) Dalam rangka menjamin kendali mutu dan biaya, Menteri berwenang melakukan:
 - a. penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*);
 - b. pertimbangan klinis (*clinical advisory*);
 - c. penghitungan standar tarif;
 - d. monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan jaminan kesehatan.
- (2) Monitoring dan evaluasi dimaksudkan agar tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama, Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan telah sesuai dengan kewenangan dan standar pelayanan medis yang ditetapkan oleh Menteri.
- (3) Kendali mutu dan kendali biaya pada tingkat Fasilitas Kesehatan dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan.
- (4) Penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya oleh BPJS Kesehatan dilakukan melalui:
 - a. pemenuhan standar mutu Fasilitas Kesehatan;

- b. pemenuhan standar proses pelayanan kesehatan; dan
 - c. pemantauan terhadap luaran kesehatan Peserta.
- (5) Dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya, BPJS Kesehatan membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi, dan pakar klinis, yang dapat melakukan:
- a. sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi;
 - b. utilization review dan audit medis; dan/atau
 - c. pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan.
 - d. Pada kasus tertentu, tim kendali mutu dan kendali biaya dapat meminta informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan Peserta dalam bentuk salinan/fotokopi rekam medis kepada Fasilitas Kesehatan sesuai kebutuhan.

BAB IV PENUTUP

Demikianlah panduan praktis tentang kepesertaan dan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan regulasi yang sudah terbit.

Diharapkan kalangan internal BPJS Kesehatan maupun masyarakat lainnya dapat dengan cepat melihat hak dan kewajibannya, cara mendapatkan pelayanan serta hal-hal yang tidak menjadi tanggungan BPJS Kesehatan.

Panduan praktis ini akan selalu diperbaharui setiap ada perubahan ataupun tambahan regulasi baru.