



Tanya-Jawab Lengkap BPJS Kesehatan

KOMPILASI OLEH: MAJALAHKESEHATAN.COM

e-book gratis

DAFTAR ISI

Tentang BPJS Kesehatan.....	hal. 2
Peserta BPJS Kesehatan	hal. 2
Iuran BPJS Kesehatan	hal. 8
Manfaat BPJS Kesehatan	hal. 10
Pelayanan BPJS Kesehatan	hal. 17

TENTANG BPJS KESEHATAN

1. Apakah BPJS?

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial(BPJS) adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan social. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketengakerjaan.

2. Apakah BPJS Kesehatan?

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial(BPJS)Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan

3. Kapan BPJS Kesehatan mulai operasional?

BPJS Kesehatan mulai opsional pada tanggal 1 Januari 2014

4. Apakah Jaminan Kesehatan?

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.

PESERTA BPJS KESEHATAN

5. Siapa saja yang menjadi peserta BPJS Kesehatan?

Semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran.

6. Ada berapa kelompok peserta BPJS Kesehatan ?

Peserta BPJS Kesehatan ada 2 kelompok, yaitu :

1. PBI jaminan kesehatan
2. Bukan PBI jaminan kesehatan

7. Apa yang dimaksud dengan PBI Jaminan Kesehatan?

PBI (Penerima Bantuan Iuran) adalah peserta Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan UU SJSN yang iurannya dibayari pemerintah sebagai peserta program Jaminan Kesehatan. Peserta PBI adalah fakir miskin yang ditetapkan oleh pemerintah dan diatur melalui peraturan pemerintah.

8. Siapa saja yang lain yang berhak menjadi peserta PBI Jaminan Kesehatan?

Yang berhak menjadi peserta PBI Jaminan Kesehatan lainnya adalah yang mengalami cacat total tetap dan tidak mampu.

9. Apa yang dimaksud dengan cacat total tetap dan siapa yang berwenang menetapkannya?

Cacat total tetap merupakan kecacatan fisik dan/atau mental yang mengakibatkan ketidakmampuan seseorang untuk melakukan pekerjaan. Penetapan cacat total tetap dilakukan oleh dokter yang berwenang.

10. Siapa saja peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan?

Peserta bukan PBI jaminan kesehatan terdiri atas:

1. Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya
2. Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya
3. Bukan pekerja dan anggota keluarganya

11. Apa yang dimaksud dengan pekerja?

Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.

12. Apa yang dimaksud dengan pekerja penerima upah?

Pekerja penerima upah adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah.

13. Siapa saja yang termasuk pekerja penerima upah?

Pekerja penerima upah terdiri dari:

1. Pegawai negeri sipil
2. Anggota TNI
3. Anggota POLRI
4. Pejabat negara
5. Pegawai pemerintah non pegawai negeri
6. Pegawai swasta
7. Pekerja lain yang memenuhi kriteria pekerja penerima upah.

14. Apa yang dimaksud dengan pekerja bukan penerima upah?

Pekerja bukan penerima upah adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri.

15. Siapa saja yang termasuk pekerja bukan penerima upah?

Pekerja bukan penerima upah terdiri atas:

1. Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri
2. Pekerja lain yang memenuhi kriteria pekerja bukan penerima upah.

16. Apa yang dimaksud dengan bukan pekerja?

Bukan pekerja adalah setiap orang yang tidak bekerja tapi mampu membayar iuran Jaminan Kesehatan

17. Siapa saja yang termasuk bukan pekerja ?

Yang termasuk kelompok bukan pekerja terdiri atas:

1. Investor
2. Pemberi kerja

3. Penerima pensiun
4. Veteran
5. Perintis kemerdekaan
6. Bukan pekerja lain yang memenuhi kriteria bukan pekerja penerima upah.

18. Siapa saja yang dimaksud dengan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri Sipil ?

Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri Sipil adalah Pegawai Tidak Tetap, Pegawai Honorer, Staf Khusus, dan Staf Ahli.

19. Siapa yang dimaksud dengan pemberi kerja ?

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.

20. Siapa saja yang dimaksud dengan anggota keluarga ?

Anggota keluarga yang dimaksud meliputi:

1. Satu orang istri atau suami yang sah dari peserta
2. Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari peserta, dengan kriteria:
 - a. Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri dan
 - b. Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal

21. Berapa jumlah peserta dan anggota keluarganya yang ditanggung ?

Jumlah peserta dan anggota keluarga yang ditanggung oleh jaminan kesehatan paling banyak 5 (lima) orang.

22. Bagaimana bila jumlah peserta dan anggota keluarganya lebih dari 5 (lima) orang?

Peserta yang memiliki jumlah anggota keluarga lebih dari 5 (lima) orang termasuk peserta, dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain dengan membayar iuran tambahan

23. Apakah boleh penduduk Indonesia tidak menjadi peserta BPJS Kesehatan?

Tidak boleh, karena kepesertaan BPJS Kesehatan bersifat wajib. Meskipun yang bersangkutan sudah memiliki Jaminan Kesehatan lain.

24. Apa yang terjadi kalau kita tidak menjadi peserta BPJS Kesehatan?

Ketika sakit dan harus berobat atau dirawat maka semua biaya yang timbul harus dibayar sendiri dan kemungkinan bisa sangat mahal diluar kemampuan kita.

25. Kapan seluruh penduduk Indonesia sudah harus menjadi peserta BPJS Kesehatan?

Paling lambat tahun 2019 seluruh penduduk Indonesia sudah menjadi peserta BPJS Kesehatan yang dilakukan secara bertahap.

26. Bagaimana pentahapan kepesertaan BPJS Kesehatan?

Pentahapannya sebagai berikut:

1. Tahap pertama mulai tanggal 1 Januari 2014, paling sedikit meliputi :
 - a. PBI Jaminan Kesehatan
 - b. Anggota TNI/Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya
 - c. Anggota Polri /Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Polri dan anggota keluarganya
 - d. Peserta asuransi kesehatan Perusahaan Persero (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES) dan anggota keluarganya
 - e. Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Perusahaan Persero (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK) dan anggota keluarganya.

2. Tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai Peserta BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal 1 Januari 2019.

27. Siapa yang harus mendaftarkan Penerima Bantuan Iuran (PBI) ke BPJS Kesehatan?

Pemerintah mendaftarkan PBI Jaminan Kesehatan sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

28. Siapa yang harus mendaftarkan peserta bukan Penerima Bantuan Iuran dan bukan pekerja kepada BPJS Kesehatan?

Setiap orang bukan pekerja wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai peserta jaminan kesehatan kepada BPJS Kesehatan dengan membayar iuran.

29. Siapa yang harus mendaftarkan pekerja ke BPJS Kesehatan?

Setiap pemberi kerja wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta jaminan pemeliharaan kesehatan kepada BPJS Kesehatan dengan membayar iuran.

30. Apa buktinya seseorang sudah terdaftar sebagai peserta di BPJS Kesehatan?

Setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan identitas peserta. Identitas peserta paling sedikit memuat nama dan nomor identitas tunggal.

31. Apa yang harus dilakukan peserta bila terjadi perubahan daftar susunan keluarganya?

1. Peserta pekerja penerima upah wajib menyampaikan perubahan daftar susunan keluarganya kepada pemberi kerja paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak terjadi perubahan data kepesertaan.
2. Pemberi kerja wajib melaporkan perubahan data kepesertaan dan perubahan daftar susunan keluarganya kepada BPJS Kesehatan paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak diterimanya perubahan data peserta.
3. Peserta pekerja bukan penerima upah wajib menyampaikan perubahan daftar susunan keluarganya kepada BPJS Kesehatan 14 (empat belas) hari kerja sejak terjadi perubahan data kepesertaan.

32. Bagaimana jika terjadi perubahan status kepesertaan dari peserta PBI menjadi bukan peserta PBI atau sebaliknya?

1. Perubahan status kepesertaan dari peserta PBI Jaminan Kesehatan menjadi bukan peserta PBI Jaminan Kesehatan dilakukan melalui pendaftaran ke BPJS Kesehatan dengan membayar iuran pertama.
2. Perubahan status kepesertaan dari bukan peserta PBI Jaminan Kesehatan menjadi peserta PBI Jaminan Kesehatan dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Perubahan status kepesertaan sebagaimana dimaksud tidak mengakibatkan terputusnya manfaat jaminan kesehatan.

33. Apakah peserta yang pindah tempat kerja atau pindah tempat tinggal tetap dijamin oleh BPJS Kesehatan?

Peserta yang pindah tempat kerja atau pindah tempat tinggal masih menjadi peserta program jaminan kesehatan selama memenuhi kewajiban membayar iuran. Peserta yang pindah kerja wajib melaporkan perubahan status kepesertaannya dan identitas pemberi kerjanya baru kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas peserta.

IURAN BPJS KESEHATAN

34. Apa yang dimaksud dengan iuran?

Iuran jaminan kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja dan/atau pemerintah untuk program jaminan kesehatan

35. Berapa besar iuran tambahan yang harus dibayar oleh peserta pekerja bukan penerima upah yang memiliki anggota keluarga lebih dari 5 (lima) termasuk peserta?

Iuran jaminan kesehatan bagi anggota keluarga tambahan dari peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja yang memiliki jumlah anggota keluarga lebih dari 5 (lima) orang termasuk peserta, dibayar oleh peserta sesuai peraturan yang akan ditetapkan kemudian.

36. Kapan iuran harus dibayar ?

Pemberi kerja wajib membayar lunas iuran jaminan kesehatan seluruh peserta yang menjadi tanggung jawabnya pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya.

37. Bagaimana jika terlambat ?

1. Keterlambatan pembayaran lunas iuran jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud, dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) per bulan dari total iuran yang tertunggak dan ditanggung pemberi kerja
2. Dalam hal keterlambatan pembayaran lunas iuran jaminan kesehatan disebabkan karena kesalahan pemberi kerja, maka pemberi kerja wajib membayar pelayanan kesehatan pekerjanya sebelum dilakukan pelunasan pembayaran iuran oleh pemberi kerja.

38. Peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja tanggal berapa membayar iuran setiap bulannya ?

Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja wajib membayar Iuran Jaminan Kesehatan pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan.

39. Besaran iuran jaminan kesehatan sebagaimana tersebut di atas berlaku sampai kapan ?

Besaran iuran jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud di atas ditinjau paling lama 2 (dua) tahun sekali yang ditetapkan dengan Peraturan Presiden.

40. Bagaimana jika terjadi kelebihan atau kekurangan iuran jaminan kesehatan sesuai dengan gaji atau upah peserta ?

1. BPJS Kesehatan menghitung kelebihan atau kekurangan iuran jaminan kesehatan sesuai dengan gaji atau upah peserta.
2. Dalam hal terjadi kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran sebagaimana dimaksud, BPJS Kesehatan memberitahukan secara tertulis kepada pemberi kerja dan/atau peserta selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari sejak diterimanya iuran.
3. Kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diperhitungkan dengan pembayaran iuran bulan berikutnya.

MANFAAT BPJS KESEHATAN

41. Apa yang dimaksud dengan manfaat ?

Manfaat adalah faedah jaminan yang menjadi hak peserta dan anggota keluarganya.

42. Manfaat apa saja yang diperoleh oleh peserta dan keluarganya ?

Setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Manfaat jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud terdiri atas manfaat medis dan manfaat non medis. Manfaat medis tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan. Manfaat non medis meliputi manfaat akomodasi, dan ambulans.

43. Apakah manfaat akomodasi dibedakan berdasarkan besaran iuran ?

Ya. Manfaat akomodasi dibedakan berdasarkan skala besaran iuran yang dibayarkan

44. Bagaimana dengan Ambulans ?

Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan

45. Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi apa saja ?

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

1. Penyuluhan kesehatan perorangan
2. Imunisasi dasar
3. Keluarga berencana dan skrining kesehatan

46. Meliputi apa saja penyuluhan kesehatan perorangan itu?

Penyuluhan kesehatan perorangan meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat

47. Apakah saja yang termasuk dalam pelayanan imunisasi dasar?

Pelayanan imunisasi dasar meliputi Baccille Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis-B (DPT-HB), Polio, dan Campak.

48. Apa saja yang dijamin untuk program Keluarga Berencana?

Pelayanan keluarga berencana yang dijamin meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana.

49. Bagaimana dengan manfaat skrining kesehatan?

Pelayanan skrining kesehatan diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

Ketentuan mengenai tata cara pemberian pelayanan skrining kesehatan jenis penyakit, dan waktu pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud diatur dalam Peraturan Menteri

50. Meliputi apa saja pelayanan kesehatan yang dijamin?

Pelayanan kesehatan yang dijamin meliputi:

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialistik 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 pratam dan
 - h. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi.

2. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan mencakup:
 - a. Rawat jalan yang meliputi:
 - 1) Administrasi pelayanan
 - 2) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspesialis
 - 3) Tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis
 - 4) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - 5) Pelayanan alat kesehatan implant
 - 6) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis
 - 7) Rehabilitasi medis
 - 8) Pelayanan darah
 - 9) Pelayanan kedokteran forensik
 - 10) Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan.
 - b. Rawat inap yang meliputi:
 - 1) Perawatan inap non intensif
 - 2) Perawatan inap di ruang intensif.
 - c. Pelayanan kesehatan lain ditetapkan oleh Menteri.

51. Bagaimana dengan pelayanan kesehatan yang sudah ditanggung dalam program pemerintah ?

Dalam hal pelayanan kesehatan lain yang telah ditanggung dalam program pemerintah, maka tidak termasuk dalam pelayanan kesehatan yang dijamin.

52. Apakah BPJS juga menjamin alat bantu kesehatan?

Dalam hal diperlukan, peserta juga berhak mendapatkan pelayanan berupa alat bantu kesehatan yang jenis dan plafon harganya ditetapkan oleh Menteri.

Kelas perawatan berapa yang ditanggung ketika harus rawat inap ?

1. Di ruang perawatan kelas III bagi:
 - a. Peserta PBI Jaminan Kesehatan
 - b. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja dengan iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III

2. Di ruang Perawatan kelas II bagi:
 - a. Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya
 - b. Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya
 - c. Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya
 - d. Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya
 - e. Peserta Pekerja Penerima Upah bulanan sampai dengan 2 (dua) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya
 - f. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja dengan iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II

3. Di ruang perawatan kelas I bagi :
 - a. Pejabat Negara dan anggota keluarganya
 - b. Pegawai negeri sipil dan penerima pensiun pegawai negeri sipil Golongan III dan Golongan IV beserta anggota keluarganya
 - c. Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil Golongan III dan Golongan IV beserta anggota keluarganya

- d. Anggota POLRI dan penerima pensiun Anggota POLRI yang setara Pegawai Negeri Sipil Golongan III dan Golongan IV beserta anggota keluarganya
- e. Pegawai pemerintah non pegawai negeri yang setara Pegawai Negeri Sipil Golongan III dan Golongan IV dan anggota keluarganya
- f. Veteran dan perintis kemerdekaan beserta anggota keluarganya
- g. Peserta pekerja penerima upah bulanan lebih dari 2 (dua) kali PTKP dengan status kawin dengan 2 (dua) anak dan anggota keluarganya
- h. Peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja dengan iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.

53. Pelayanan apa saja yang tidak dijamin ?

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 untuk kasus gawat darurat
3. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja
4. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri
5. Pelayanan kesehatan untuk tujuan kosmetik dan/atau estetik
6. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas (Memperoleh Keturunan)
7. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi)
8. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol
9. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri
10. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupuntur, shin she, chiropractic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (health technology assessment/HTA)
11. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen)
12. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu
13. Perbekalan kesehatan rumah tangga
14. Pelayanan kesehatan yang sudah dijamin dalam program kecelakaan lalu lintas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
15. Pelayanan kesehatan akibat bencana, kejadian luar biasa/wabah
16. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungandengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan.

54. Bagaimana dengan pasien kecelakaan lalulintas?

BPJS Kesehatan membayar selisih biaya pengobatan akibat kecelakaan lalu lintas yang telah dibayarkan oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas sesuai dengan tarif yang diberlakukan BPJS Kesehatan.

55. Bagaimana kalau peserta pindah kelas rawatan ke yang lebih tinggi?

Dalam hal peserta Jaminan Kesehatan menghendaki kelas perawatan yang lebih tinggi, selisih biaya menjadi beban peserta dan/atau asuransi swasta yang diikuti peserta.

Ketentuan mengenai tata cara pembayaran selisih biaya sebagaimana dimaksud diatur dalam Peraturan Menteri.

56. Apakah peserta jaminan kesehatan dapat mengikuti program asuransi kesehatan tambahan lainnya?

Peserta Jaminan Kesehatan dapat mengikuti program asuransi kesehatan tambahan.

57. Pada peserta jaminan kesehatan yang mempunyai asuransi kesehatan tambahan ketika sakit dan harus dirawat siapa yang akan menjamin biayanya?

BPJS Kesehatan dan penyelenggara program asuransi kesehatan tambahan dapat melakukan koordinasi dalam memberikan manfaat untuk Peserta Jaminan Kesehatan yang memiliki hak atas perlindungan program asuransi kesehatan tambahan.

58. Apa yang dimaksud dengan fasilitas 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.

59. Pada fasilitas kesehatan tingkat pertama yang mana untuk pertama kali peserta terdaftar?

1. Untuk pertama kali setiap peserta terdaftar pada satu fasilitas kesehatan tingkat pertama yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan setelah mendapat rekomendasi dinas kesehatan kabupaten/kota setempat.
2. Dalam jangka waktu paling sedikit 3 (tiga) bulan selanjutnya peserta berhak memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang diinginkan.
3. Peserta harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar, kecuali berada di luar wilayah fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar; atau dalam keadaan kegawatdaruratan medis.

60. Bagaimana jika peserta butuh penanganan lanjutan?

Dalam hal peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, fasilitas kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan sistem rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan

61. Apakah peserta yang dirawat inap memperoleh obat dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan?

Fasilitas kesehatan wajib menjamin peserta yang dirawat inap mendapatkan obat dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis.

62. Bagaimana bila fasilitas kesehatan rawat jalan tidak memiliki sarana penunjang?

Fasilitas kesehatan rawat jalan yang tidak memiliki sarana penunjang, wajib membangun jejaring dengan fasilitas kesehatan penunjang untuk menjamin ketersediaan obat, bahan medis habis pakai, dan pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan

63. Bagaimana dengan obat dan bahan medis habis pakai untuk peserta?

1. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai untuk peserta jaminan kesehatan pada fasilitas kesehatan berpedoman pada daftar dan harga obat dan bahan medis habis pakai yang ditetapkan oleh Menteri.
2. Daftar dan harga obat dan bahan medis habis pakai sebagaimana dimaksud ditinjau dan disempurnakan paling lambat 2 (dua) tahun sekali.

64. Bagaimana dengan peserta yang memerlukan pelayanan gawat darurat?

1. Peserta yang memerlukan pelayanan gawat darurat dapat langsung memperoleh pelayanan di setiap fasilitas kesehatan.
2. Peserta yang menerima pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, harus segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan setelah keadaan gawat darurnya teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan.

65. Bagaimana bila belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat untuk memenuhi kebutuhan medis peserta?

Dalam hal di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi.

66. Kompensasi apa saja yang diberikan kepada peserta?

Kompensasi yang dimaksud berupa biaya transportasi bagi pasien, satu orang pendamping keluarga dan tenaga kesehatan sesuai indikasi medis. Ketentuan lebih lanjut mengenai pemberian kompensasi diatur dengan Peraturan Menteri.

PELAYANAN BPJS KESEHATAN

67. Siapa yang bertanggung jawab terhadap ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program jaminan kesehatan?

Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program jaminan kesehatan.

68. Bagaimana dengan fasilitas kesehatan swasta?

Pemerintah dan pemerintah daerah dapat memberikan kesempatan kepada swasta untuk berperan serta memenuhi ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

69. Apakah semua fasilitas kesehatan wajib kerjasama dengan BPJS Kesehatan?

Fasilitas kesehatan milik Pemerintah dan pemerintah daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan dapat menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan

70. Bagaimana bentuk kerjasama serta apa syaratnya?

Kerjasama sebagaimana dimaksud dilaksanakan dengan membuat perjanjian tertulis. Persyaratan kerjasama ditetapkan dengan Peraturan Menteri.

71. Berapa besaran pembayaran kepada fasilitas kesehatan oleh BPJS?

Besaran pembayaran kepada fasilitas kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut dengan mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.

72. Apakah sebagai peserta BPJS Kesehatan masih dikenai biaya tambahan dari fasilitas kesehatan?

Tidak boleh dikenai biaya tambahan, kecuali peserta tidak mengikuti standar peraturan yang telah ditetapkan.

73. Bagaimana dengan mutu pelayanan, efektifitas tindakan dan efisiensi biaya?

Pelayanan kesehatan kepada peserta Jaminan Kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya.

74. Meliputi apa saja kendali mutu yang dilakukan?

Penerapan sistem kendali mutu pelayanan jaminan kesehatan dilakukan secara menyeluruh meliputi pemenuhan standar mutu fasilitas kesehatan, memastikan proses pelayanan kesehatan berjalan sesuai standar yang ditetapkan, serta pemantauan terhadap luaran kesehatan peserta. Ketentuan mengenai penerapan sistem kendali mutu pelayanan jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud diatur dalam peraturan BPJS.

75. Siapa yang bertanggung jawab terhadap kendali mutu dan biaya dan apa saja yang dilakukan untuk itu?

Dalam rangka menjamin kendali mutu dan biaya, Menteri bertanggung jawab untuk:

1. Penilaian teknologi kesehatan (*Health Technology Assessment*)
2. Pertimbangan klinis (*clinical advisory*) dan manfaat jaminan kesehatan
3. Perhitungan standar tarif
4. Monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan jaminan kesehatan.

76. Siapa saja yang dilibatkan dalam proses monitoring dan evaluasi?

Dalam melaksanakan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan jaminan kesehatan, Menteri berkordinasi dengan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).

77. Apa yang dimaksud dengan DJSN?

Dewan Jaminan Sosial Nasional yang selanjutnya disingkat DJSN adalah Dewan yang berfungsi untuk membantu Presiden dalam perumusan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional.

78. Bila peserta tidak puas dengan pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan kemana harus menyampaikan pengaduan ?

Dalam hal peserta tidak puas terhadap pelayanan jaminan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, peserta dapat menyampaikan pengaduan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan.

79. Bila tidak mendapatkan pelayanan yang baik dari BPJS bagaimana ?

Dalam hal peserta dan/atau fasilitas kesehatan tidak mendapatkan pelayanan yang baik dari BPJS Kesehatan, dapat menyampaikan pengaduan kepada Menteri.

80. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menangani pengaduan ?

Penyampaian pengaduan harus memperoleh penanganan dan penyelesaian secara memadai dan dalam waktu yang singkat serta diberikan umpan balik ke pihak yang menyampaikan. Penyampaian pengaduan dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

81. Dalam hal terjadi sengketa antara peserta dengan fasilitas kesehatan, peserta dengan BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan atau BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan. Bagaimana penyelesaiannya?

Dalam hal terjadi sengketa antara para pihak seperti tersebut di atas diselesaikan dengan cara musyawarah oleh para pihak yang bersengketa. Dalam hal sengketa tidak dapat diselesaikan secara musyawarah, sengketa diselesaikan dengan cara mediasi atau melalui pengadilan. Cara penyelesaian sengketa melalui mediasi atau melalui pengadilan dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Untuk pertanyaan lebih lanjut, silakan hubungi *hotline* Kementerian Kesehatan 021-500567.