

panduan praktis

Pelayanan Kesehatan



Kata Pengantar

Sesuai amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) ditetapkan bahwa operasional BPJS Kesehatan dimulai sejak tanggal 1 Januari 2014.

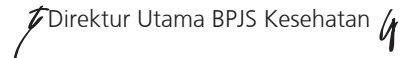
BPJS Kesehatan sebagai Badan Pelaksana merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia.

Tujuan diberlakukannya program Jaminan Kesehatan Nasional ini adalah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.

Masyarakat sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan dan *stakeholder* terkait tentu perlu mengetahui prosedur dan kebijakan pelayanan dalam memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya. Untuk itu diperlukan Buku Panduan Praktis yang diharapkan dapat membantu

pemahaman tentang hak dan kewajiban stakeholder terkait baik Dokter/Dokter Gigi yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, Peserta BPJS Kesehatan maupun pihak-pihak yang memerlukan informasi tentang program Jaminan Kesehatan Nasional.

Dengan terbitnya buku ini diharapkan masyarakat akan mengetahui dan memahami tentang Jaminan Kesehatan Nasional, sehingga pada saat pelaksanaannya masyarakat dapat memahami hak dan kewajibannya serta memanfaatkan jaminan kesehatan dengan baik dan benar. Tentu saja, pada waktunya buku panduan praktis ini dapat saja direvisi dan diterapkan berdasarkan dinamika pelayanan yang dapat berkembang menurut situasi dan kondisi di lapangan serta perubahan regulasi terbaru.

 Direktur Utama BPJS Kesehatan 4



Dr. dr. Fachmi Idris, M.Kes.

Daftar Isi

I	Ketentuan Umum	➤ 05
II	Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama	➤ 06
III	Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan	➤ 22
IV	Pelayanan Persalinan Dan Penjaminan Bayi Baru Lahir	➤ 40
V	Pelayanan Gawat Darurat	➤ 43
VI	Pelayanan Ambulan	➤ 50
VII	Pelayanan Yang Tidak Dijamin	➤ 56
VIII	Pelayanan Di Wilayah Tidak Tersedia Faskes Memenuhi Syarat	➤ 58
IX	Koordinasi Manfaat	➤ 65
X	Lampiran	➤ 68

I Ketentuan Umum

1. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, **yang telah membayar iuran.**
2. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak peserta dan/atau anggota keluarganya. Setiap peserta berhak untuk memperoleh Jaminan Kesehatan yang bersifat komprehensif (menyeluruh yang terdiri dari:
 - a. pelayanan kesehatan pertama, yaitu Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
 - b. pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)
 - c. pelayanan persalinan
 - d. pelayanan gawat darurat
 - e. pelayanan ambulan bagi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan
 - f. pemberian kompensasi khusus bagi peserta di wilayah tidak tersedia fasilitas kesehatan memenuhi syarat

3. Manfaat jaminan yang diberikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan standar pelayanan medik.
4. Fasilitas kesehatan (Faskes) adalah fasilitas kesehatan yang digunakan dalam menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan/atau Masyarakat.

II

Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

A. Fasilitas Kesehatan

Fasilitas kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah:

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama
 - a. Puskesmas atau yang setara;
 - b. praktik dokter;
 - c. praktik dokter gigi;

- d. klinik Pratama atau yang setara termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama milik TNI/POLRI; dan
 - e. Rumah sakit Kelas D Pratama atau yang setara.
2. Rawat Inap Tingkat Pertama
Fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan fasilitas rawat inap.

B. Cakupan Pelayanan

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama
 - a. administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama;
 - b. pelayanan promotif preventif, meliputi:
 - 1) kegiatan penyuluhan kesehatan perorangan;
Penyuluhan kesehatan perorangan meliputi paling sedikit penyuluhan

mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.

2) imunisasi dasar;

Pelayanan imunisasi dasar meliputi *Baccile Calmett Guerin* (BCG), *Difteri Pertusis Tetanus* dan Hepatitis-B (DPTHB), Polio, dan Campak.

3) keluarga berencana;

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

b) Penyediaan dan distribusi vaksin dan alat kontrasepsi dasar menjadi tanggung jawab pemerintah pusat dan/atau pemerintah daerah.

c) BPJS Kesehatan hanya membiayai jasa pelayanan pemberian vaksin dan alat kontrasepsi dasar yang sudah termasuk dalam kapitasi, kecuali

untuk jasa pelayanan pemasangan IUD/Implan dan Suntik di daerah perifer.

4) skrining kesehatan

a) Pelayanan skrining kesehatan diberikan secara perorangan dan selektif.

b) Pelayanan skrining kesehatan ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu, meliputi:

1) diabetes mellitus tipe 2;

2) hipertensi;

3) kanker leher rahim;

4) kanker payudara; dan

5) penyakit lain yang ditetapkan oleh Menteri.

c) Pelayanan skrining kesehatan penyakit diabetes mellitus tipe 2 dan hipertensi dimulai dengan analisis riwayat kesehatan, yang dilakukan

sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali.

- d) Jika Peserta teridentifikasi mempunyai risiko penyakit diabetes mellitus tipe 2 dan hipertensi berdasarkan riwayat kesehatan, akan dilakukan penegakan diagnosa melalui pemeriksaan penunjang diagnostik tertentu dan kemudian akan diberikan pengobatan sesuai dengan indikasi medis.
- e) Pelayanan skrining kesehatan untuk penyakit kanker leher rahim dan kanker payudara dilakukan sesuai dengan indikasi medis.
- c. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
- d. tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
- e. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
- f. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama;

- g. pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui dan bayi ;
- h. upaya penyembuhan terhadap efek samping kontrasepsi termasuk penanganan komplikasi KB paska persalinan;
- i. rehabilitasi medik dasar.

2. Pelayanan Gigi

- a. administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama
- b. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
- c. premedikasi
- d. kegawatdaruratan oro-dental
- e. pencabutan gigi sulung (topikal, infiltrasi)
- f. pencabutan gigi permanen tanpa penyulit
- g. obat pasca ekstraksi
- h. tumpatan komposit/GIC
- i. skeling gigi (1x dalam setahun)

3. Rawat Inap Tingkat Pertama

Cakupan pelayanan rawat inap tingkat pertama sesuai dengan cakupan pelayanan rawat jalan tingkat pertama dengan tambahan akomodasi bagi pasien sesuai indikasi medis.

4. Pelayanan darah sesuai indikasi medis

Pelayanan transfusi darah di fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat dilakukan pada kasus:

- a. Kegawatdaruratan maternal dalam proses persalinan
- b. Kegawatdaruratan lain untuk kepentingan keselamatan pasien
- c. Penyakit thalasemia, hemofili dan penyakit lain setelah mendapat rekomendasi dari dokter Fasilitas kesehatan tingkat lanjutan

b. Ketentuan di atas dikecualikan pada kondisi:

- 1) berada di luar wilayah Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar; atau
 - 2) dalam keadaan kegawatdaruratan medis.
- c. Peserta dianggap berada di luar wilayah apabila peserta melakukan kunjungan ke luar domisili karena tujuan tertentu, bukan merupakan kegiatan yang rutin. Untuk mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat tujuan, maka peserta wajib membawa surat pengantar dari Kantor BPJS Kesehatan tujuan.
- d. 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

C. Prosedur

1. Ketentuan Umum

- a. Peserta harus memperoleh pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar

- e. Peserta yang melakukan mutasi pada tanggal 1 s/d akhir bulan berjalan, tidak dapat langsung mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang baru sampai dengan akhir bulan berjalan. Peserta berhak mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang baru di bulan berikutnya.
 - f. Peserta dapat memilih untuk mutasi Fasilitas Kesehatan tingkat pertama selain Fasilitas Kesehatan tempat Peserta terdaftar setelah jangka waktu 3 (tiga) bulan atau lebih.
 - g. Untuk peserta yang baru mendaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan dan sudah membayar iuran, maka pada bulan berjalan tersebut peserta dapat langsung mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar
2. Rawat Jalan Tingkat Pertama dan Pelayanan Gigi
- a. Peserta menunjukkan kartu identitas BPJS Kesehatan (proses administrasi).
 - b. Fasilitas kesehatan melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta
 - c. Fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan kesehatan/pemberian tindakan
 - d. Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan.
 - e. Bila diperlukan atas indikasi medis peserta akan memperoleh obat.
 - f. Apabila peserta membutuhkan pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pasca melahirkan, maka pelayanan dapat dilakukan oleh bidan atau dokter umum.
 - g. Bila hasil pemeriksaan dokter ternyata peserta memerlukan pemeriksaan ataupun tindakan spesialis/sub-spesialis sesuai dengan indikasi medis, maka fasilitas kesehatan tingkat pertama akan memberikan surat rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang berlaku.

- h. Surat rujukan dibutuhkan untuk pertama kali pengobatan ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan, dan selanjutnya selama masih dalam perawatan dan belum di rujuk balik ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama tidak dibutuhkan lagi surat rujukan. Dokter yang menangani memberi surat keterangan masih dalam perawatan.
- i. Fasilitas kesehatan wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam Aplikasi Sistem Informasi Manajemen yang telah disediakan BPJS Kesehatan
- j. Ketentuan Khusus Pelayanan pemeriksaan kehamilan (ANC) dan pemeriksaan pasca melahirkan (PNC)
 - 1) Peserta memeriksakan kehamilan (ANC) pada fasilitas kesehatan tingkat pertama atau jejaringnya sesuai dengan prosedur pemeriksaan di fasilitas kesehatan tingkat pertama
 - 2) Pemeriksaan kehamilan (ANC) dan pemeriksaan pasca melahirkan (PNC)

diharapkan dilakukan pada satu tempat yang sama, misalnya pemeriksaan kehamilan (ANC) dilakukan pada bidan jejaring maka diharapkan proses persalinan dan pemeriksaan pasca melahirkan (PNC) juga dilakukan pada bidan jejaring tersebut.

- 3) Pemeriksaan kehamilan (ANC) dan pemeriksaan pasca melahirkan (PNC) pada tempat yang sama dimaksudkan untuk :
 - a) Monitoring terhadap perkembangan kehamilan
 - b) Keteraturan pencatatan partograf
 - c) Memudahkan dalam administrasi pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan
- 3. Rawat Inap Tingkat Pertama
 - a. Peserta datang ke fasilitas kesehatan tingkat pertama yang memiliki fasilitas rawat inap
 - b. Fasilitas kesehatan dapat melayani peserta yang terdaftar maupun peserta yang dirujuk dari fasilitas kesehatan tingkat pertama lain

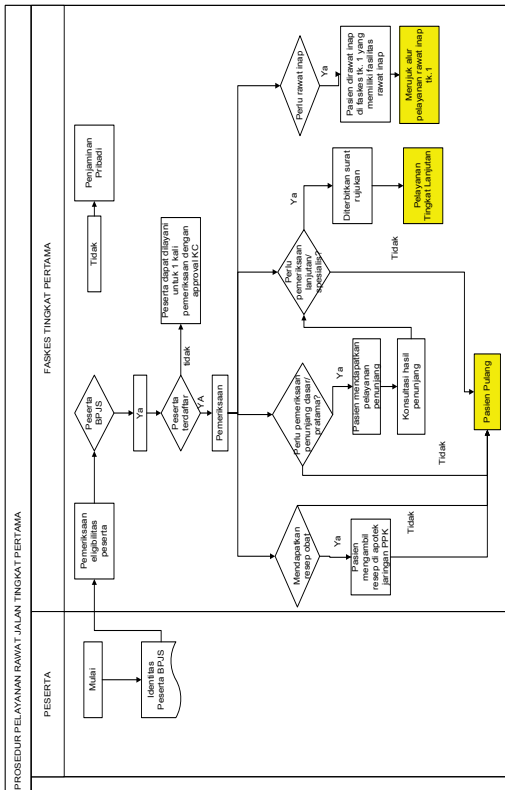
- c. Peserta menunjukkan identitas BPJS Kesehatan
 - d. Fasilitas kesehatan melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta
 - e. Fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan bahan medis habis pakai (BMHP)
 - f. Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan.
 - g. Fasilitas kesehatan wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam Aplikasi Sistem Informasi Manajemen yang telah disediakan BPJS Kesehatan
 - h. Peserta dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan bila secara indikasi medis diperlukan
4. Pelayanan darah sesuai indikasi medis
 - a. Darah disediakan oleh fasilitas pelayanan

darah yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

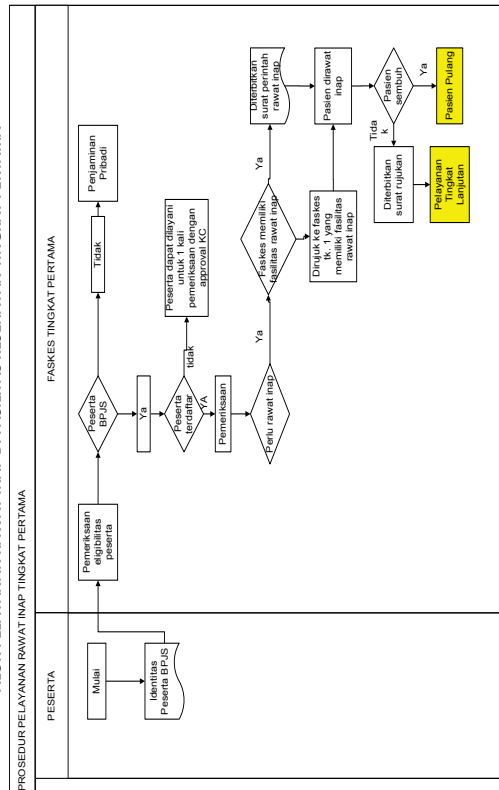
- b. Penggunaan darah sesuai indikasi medis berdasarkan surat permintaan darah yang ditandatangani oleh dokter yang merawat.

D. Alur Pelayanan

ALUR PELAYANAN RAWAT JALAN DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA



ALUR PELAYANAN RAWAT INAP DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA



III

Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan

A. Fasilitas Kesehatan

Pelayanan rawat jalan dan rawat inap dapat dilakukan di:

1. klinik utama atau yang setara;
2. rumah sakit umum; dan
3. rumah sakit khusus.

Baik milik pemerintah maupun swasta yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

B. Cakupan Pelayanan

1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan
 - a. administrasi pelayanan; meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penerbitan surat eligibilitas peserta, termasuk pembuatan kartu pasien.
 - b. pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan sub spesialis;

- c. tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis;
 - d. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 - e. pelayanan alat kesehatan;
 - f. pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 - g. rehabilitasi medis;
 - h. pelayanan darah;
 - i. pelayanan kedokteran forensik klinik meliputi pembuatan visum et repertum atau surat keterangan medik berdasarkan pemeriksaan forensik orang hidup dan pemeriksaan psikiatri forensik; dan
 - j. pelayanan jenazah terbatas hanya bagi peserta meninggal dunia pasca rawat inap di Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS tempat pasien dirawat berupa pemulasaran jenazah dan tidak termasuk peti mati
2. Rawat Inap Tingkat Lanjutan
 Cakupan pelayanan rawat inap tingkat

lanjutan adalah sesuai dengan seluruh cakupan pelayanan di RJTL dengan tambahan akomodasi yaitu perawatan inap non intensif dan perawatan inap intensif dengan hak kelas perawatan sebagaimana berikut:

a. ruang perawatan kelas III bagi:

- 1) Peserta PBI Jaminan Kesehatan; dan
- 2) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.

b. ruang perawatan kelas II bagi:

- 1) Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
- 2) Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
- 3) Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai

Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;

- 4) Peserta Pekerja Penerima Upah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan gaji atau upah sampai dengan 1,5 (satu koma lima) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya; dan

- 5) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.

c. ruang perawatan kelas I bagi:

- 1) Pejabat Negara dan anggota keluarganya;
- 2) Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun pegawai negeri sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
- 3) Anggota TNI dan penerima pensiun

- Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
- 4) Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
 - 5) Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya;
 - 6) janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan;
 - 7) Peserta Pekerja Penerima Upah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan gaji atau upah di atas 1,5 (satu koma lima) sampai dengan 2 (dua) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya; dan
 - 8) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.

3. Alat Kesehatan di Luar Paket INA CBG's
 - a. Tarif di luar paket INA CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan atas alat kesehatan yang digunakan secara tidak permanen di luar tubuh pasien
 - b. Alat kesehatan di luar paket INA CBG's ditagihkan langsung oleh fasilitas kesehatan ke BPJS Kesehatan
 - c. Alat kesehatan di luar paket INA CBG's adalah pelayanan yang dibatasi, yaitu:
 - a) Pelayanan diberikan atas indikasi medis,
 - b) Adanya plafon maksimal harga alat kesehatan
 - c) Adanya batasan waktu pengambilan alat kesehatan
 - d. Jenis alat kesehatan di luar paket INA CBG's adalah sebagai berikut:
 - 1) Kacamata
 - 2) Alat bantu dengar
 - 3) Protesa alat gerak
 - 4) Protesa gigi

- 5) Korset tulang belakang
- 6) *Collar neck*
- 7) Kruk
- e. Tarif alat kesehatan di luar paket INA CBG's sebagaimana peraturan yang berlaku

C. Prosedur

1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan
 - a. Peserta membawa identitas BPJS Kesehatan serta surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama
 - b. Peserta melakukan pendaftaran ke RS dengan memperlihatkan identitas dan surat rujukan
 - c. Fasilitas kesehatan bertanggung jawab untuk melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan input data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP
 - d. Petugas BPJS kesehatan melakukan legalisasi SEP
 - e. Fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan bahan medis habis pakai (BMHP)
 - f. Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan
 - g. Atas indikasi medis peserta dapat dirujuk ke poli lain selain yang tercantum dalam surat rujukan dengan surat rujukan/konsul intern.
 - h. Atas indikasi medis peserta dapat dirujuk ke Fasilitas kesehatan lanjutan lain dengan surat rujukan/konsul ekstern.
 - i. Apabila pasien masih memerlukan pelayanan di Faskes tingkat lanjutan karena kondisi belum stabil sehingga belum dapat untuk dirujuk balik ke Faskes tingkat pertama, maka Dokter Spesialis/Sub Spesialis membuat surat keterangan yang menyatakan bahwa pasien masih dalam perawatan.

- j. Apabila pasien sudah dalam kondisi stabil sehingga dapat dirujuk balik ke Faskes tingkat pertama, maka Dokter Spesialis/Sub Spesialis akan memberikan surat keterangan rujuk balik.
 - k. Apabila Dokter Spesialis/Sub Spesialis tidak memberikan surat keterangan yang dimaksud pada huruf i dan j maka untuk kunjungan berikutnya pasien harus membawa surat rujukan yang baru dari Faskes tingkat pertama.
2. Rawat Inap Tingkat Lanjutan
- a. Peserta melakukan pendaftaran ke RS dengan membawa identitas BPJS Kesehatan serta surat perintah rawat inap dari poli atau unit gawat darurat
 - b. Peserta harus melengkapi persyaratan administrasi sebelum pasien pulang maksimal 3 x 24 jam hari kerja sejak masuk Rumah Sakit.
 - c. Petugas Rumah Sakit melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan input data ke

dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP

- d. Petugas BPJS kesehatan melakukan legalisasi SEP
- e. Fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan bahan medis habis pakai (BMHP)

Peserta harus melengkapi persyaratan administrasi sebelum pasien pulang, maksimal 3 x 24 jam hari kerja sejak masuk Rumah Sakit

- f. Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan
- g. Dalam hal peserta menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya, maka Peserta dapat meningkatkan

haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan.

- h. Kenaikan kelas perawatan lebih tinggi daripada haknya atas keinginan sendiri dikecualikan bagi peserta PBI Jaminan Kesehatan

Kenaikan kelas perawatan lebih tinggi daripada haknya atas keinginan sendiri dikecualikan bagi peserta PBI Jaminan Kesehatan

- i. Jika karena kondisi pada fasilitas kesehatan mengakibatkan peserta tidak memperoleh kamar perawatan sesuai haknya, maka:
- 1) Peserta dapat dirawat di kelas perawatan satu tingkat lebih tinggi.

- 2) BPJS Kesehatan membayar kelas perawatan peserta sesuai haknya.
 - 3) Apabila kelas perawatan sesuai hak peserta telah tersedia, maka peserta ditempatkan di kelas perawatan yang menjadi hak peserta.
 - 4) Perawatan satu tingkat lebih tinggi paling lama 3 (tiga) hari.
 - 5) Jika kenaikan kelas yang terjadi lebih dari 3 (tiga) hari, maka selisih biaya yang terjadi menjadi tanggung jawab Fasilitas Kesehatan yang bersangkutan atau berdasarkan persetujuan pasien dirujuk ke Fasilitas Kesehatan yang setara
- j. Penjaminan peserta baru dalam kondisi sakit dan sedang dalam perawatan
- 1) Penjaminan diberikan mulai dari pasien terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan yang dibuktikan dengan tanggal bukti bayar (bukan tanggal yang tercantum dalam kartu peserta BPJS Kesehatan);
 - 2) Peserta diminta untuk mengurus SEP dalam waktu maksimal 3 x 24 jam hari

kerja sejak pasien terdaftar sebagai peserta BPJS kesehatan;

- 3) Apabila peserta mengurus SEP lebih dari 3 x 24 jam hari kerja sejak terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan, maka penjaminan diberikan untuk 3 hari mundur ke belakang sejak pasien mengurus SEP;
- 4) Biaya pelayanan yang terjadi sebelum peserta terdaftar dan dijamin oleh BPJS Kesehatan menjadi tanggung jawab pasien sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fasilitas kesehatan tersebut.

Peserta mengurus Surat Eligibilitas Peserta (SEP) di BPJS Center dalam waktu maksimal 3 x 24 jam hari kerja sejak pasien terdaftar sebagai peserta BPJS kesehatan;

- 5) Untuk pasien baru yang sudah mendapatkan pelayanan rawat inap, maka tidak diperlukan surat rujukan

dari fasilitas kesehatan tingkat satu atau keterangan gawat darurat. Untuk penjaminan selanjutnya, peserta wajib mengikuti prosedur pelayanan BPJS Kesehatan yang berlaku.

- 6) Perhitungan penjaminan berdasarkan proporsional hari rawat sejak pasien dijamin oleh BPJS Kesehatan.
 - 7) Besar biaya yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan adalah sejak pasien dijamin oleh BPJS Kesehatan sampai dengan tanggal pulang dibagi total hari rawat kali tarif INA CBG's.
3. Rujukan Parsial
 - a. Rujukan parsial adalah pengiriman pasien atau spesimen ke pemberi pelayanan kesehatan lain dalam rangka menegakkan diagnosis atau pemberian terapi, yang merupakan satu rangkaian perawatan pasien di Fasilitas kesehatan tersebut.
 - b. Rujukan parsial dapat berupa:
 - 1) pengiriman pasien untuk dilakukan pemeriksaan penunjang atau tindakan

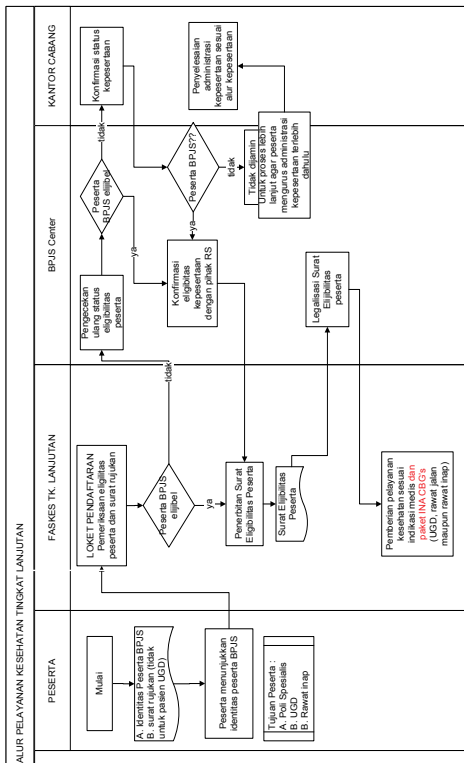
- 2) pengiriman spesimen untuk pemeriksaan penunjang
 - c. Apabila pasien tersebut adalah pasien rujukan parsial, maka pada SEP pasien diberi keterangan “Rujukan Parsial”, dan rumah sakit penerima rujukan tidak menerbitkan SEP baru untuk pasien tersebut.
 - d. Biaya rujukan parsial menjadi tanggung jawab Fasilitas Kesehatan perujuk dan pasien tidak boleh dibebani urun biaya.
 - e. BPJS Kesehatan membayar biaya pelayanan sesuai dengan paket INA CBG’s ke Fasilitas Kesehatan perujuk
4. Pelayanan Alat Kesehatan di luar paket INA CBG’s
- a. Dokter Spesialis menuliskan resep alat kesehatan sesuai indikasi medis
 - b. Peserta mengurus legalisasi alat kesehatan ke petugas BPJS Center atau Kantor BPJS Kesehatan.
 - c. Peserta dapat mengambil alat kesehatan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit atau di jejaring

fasilitas kesehatan penyedia alat kesehatan di luar paket INA CBG’s yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, Peserta wajib membawa :

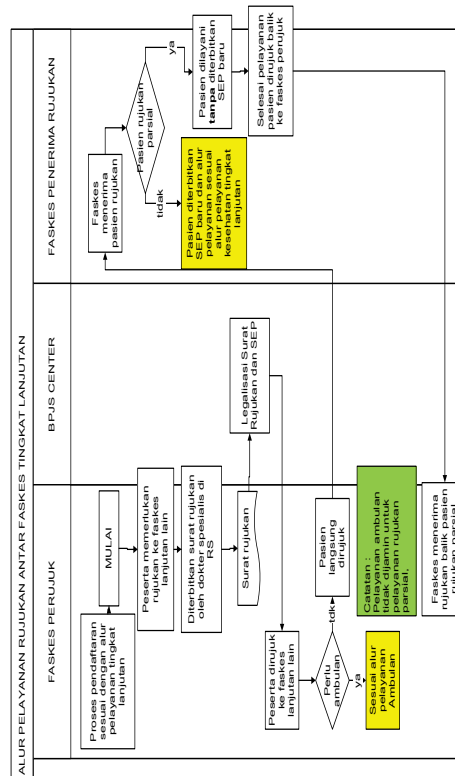
- 1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP) atau salinannya
 - 2) Resep alat kesehatan yang telah dilegalisir petugas BPJS Kesehatan
- d. Fasilitas kesehatan melakukan verifikasi resep dan berkas lainnya kemudian menyerahkan alat kesehatan tersebut. Peserta wajib menandatangani bukti penerimaan alat kesehatan.

D. Alur Pelayanan

ALUR PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT LANJUTAN



ALUR PELAYANAN RUJUKAN ANTAR FASILITAS KESEHATAN TINGKAT LANJUTAN



IV Pelayanan Persalinan Dan Penjaminan Bayi Baru Lahir

A. Pelayanan Persalinan

1. Persalinan merupakan benefit bagi peserta BPJS Kesehatan tanpa pembatasan jumlah kehamilan/persalinan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dan tidak dibatasi oleh status kepesertaan (peserta/anak/tertanggung lain).
2. Penjaminan persalinan mengikuti sistem rujukan berjenjang yang berlaku
3. Pelayanan persalinan ditagihkan oleh fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan. Klaim perorangan untuk kasus persalinan baik yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama maupun yang tidak bekerja sama tidak diperbolehkan.

Klaim pelayanan persalinan ditagihkan oleh fasilitas kesehatan dan tidak diperkenankan ditagihkan secara perorangan

B. Kepesertaan Bayi Baru Lahir

1. Bayi peserta PBI

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.

2. Bayi peserta jamkesmas non Kuota

Berdasarkan Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor: JP/Menkes/590/XI/2013 tentang Jaminan Kesehatan Masyarakat tanggal 28 November 2013 point E nomor 2 bahwa: “Bila masih terdapat masyarakat miskin dan tidak mampu di luar peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang berjumlah 86,4 juta jiwa maka menjadi tanggung jawab pemerintah daerah (sesuai dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2013 Tentang Penyusunan APBD Tahun 2014)”, maka:

- a. Bayi yang lahir dari peserta Jamkesmas non kuota menjadi tanggung jawab pemerintah daerah.

- b. Peserta non kuota Jamkesmas, terhitung mulai tanggal 1 Januari 2014 tidak dilayani dalam penyelenggaraan program BPJS Kesehatan, kecuali didaftarkan sebagai peserta BPJS Kesehatan.
3. Peserta BPJS Kesehatan Pekerja Penerima Upah anak ke-1 sd ke-3
 Bayi anak ke-1 (satu) sampai dengan anak ke-3 (tiga) dari peserta Pekerja Penerima Upah secara otomatis dijamin oleh BPJS Kesehatan.
4. Bayi baru lahir dari :
 - a. Peserta pekerja bukan penerima upah;
 - b. peserta bukan pekerja; dan
 - c. anak ke-4 (empat) atau lebih dari peserta penerima upah

Dijamin oleh BPJS Kesehatan jika pengurusan kepesertaan dan penerbitan SEP dilakukan dalam waktu 7 (tujuh) hari kalender sejak kelahirannya atau sebelum pulang apabila bayi dirawat kurang dari 7 (tujuh) hari.

Dalam pengurusan kepesertaan bayi dilakukan pada hari ke-8 atau seterusnya, maka biaya

pelayanan kesehatan tersebut tidak dijamin BPJS Kesehatan.

V Pelayanan Gawat Darurat

A. Fasilitas Kesehatan

1. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
2. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan baik yang bekerjasama maupun tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

B. Cakupan Pelayanan

1. Pelayanan gawat darurat yang dapat dijamin adalah sesuai dengan kriteria gawat darurat yang berlaku.
2. Kriteria gawat darurat terlampir.
3. Cakupan pelayanan gawat darurat sesuai dengan pelayanan rawat jalan dan rawat inap di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun tingkat lanjutan

C. Prosedur

1. Dalam keadaan gawat darurat, maka:
 - a. Peserta dapat dilayani di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerjasama maupun yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan
 - b. Pelayanan harus segera diberikan tanpa diperlukan surat rujukan
 - c. Peserta yang mendapat pelayanan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan harus segera dirujuk ke Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan setelah keadaan gawat daruratnya teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan
 - d. Pengecekan validitas peserta maupun diagnosa penyakit yang termasuk dalam kriteria gawat darurat menjadi tanggung jawab fasilitas kesehatan
 - e. Fasilitas kesehatan tidak diperkenankan menarik biaya pelayanan kesehatan kepada peserta

Pada kasus kegawatdaruratan medis tidak diperlukan surat rujukan. Kriteria kegawatdaruratan sebagaimana terlampir

2. Prosedur Pelayanan Gawat Darurat di Fasilitas kesehatan yang Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan
 - a. Pada keadaan gawat darurat (*emergency*), seluruh fasilitas kesehatan baik yang bekerjasama maupun yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, wajib memberikan pelayanan kegawatdaruratan sesuai indikasi medis
 - b. Pelayanan kegawatdaruratan di fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat diberikan pada fasilitas kesehatan tempat peserta terdaftar maupun bukan tempat peserta terdaftar
 - c. Pelayanan kegawatdaruratan di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun lanjutan mengikuti prosedur pelayanan yang berlaku

3. Prosedur Pelayanan Gawat Darurat di Fasilitas kesehatan Tingkat pertama dan Fasilitas kesehatan Rujukan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan
 - a. Fasilitas kesehatan memastikan eligibilitas peserta dengan mencocokkan data peserta dengan *master file* kepesertaan BPJS Kesehatan pada kondisi *real time*. Hal ini dapat dilakukan dengan cara:
 - 1) Fasilitas kesehatan mengakses master file kepesertaan melalui website BPJS Kesehatan www.bpjs-kesehatan.go.id, *sms gateway* dan media elektronik lainnya.
 - 2) Apabila poin (a) tidak dapat dilakukan maka Fasilitas kesehatan menghubungi petugas BPJS Kesehatan melalui telepon atau mendatangi kantor BPJS Kesehatan
 - b. Apabila kondisi kegawatdaruratan pasien sudah teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan, tetapi pasien tidak bersedia untuk dirujuk ke Fasilitas Kesehatan

yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan maka biaya pelayanan selanjutnya tidak dijamin oleh BPJS. Fasilitas kesehatan harus menjelaskan hal ini kepada peserta dan peserta harus menandatangani surat pernyataan bersedia menanggung biaya pelayanan selanjutnya

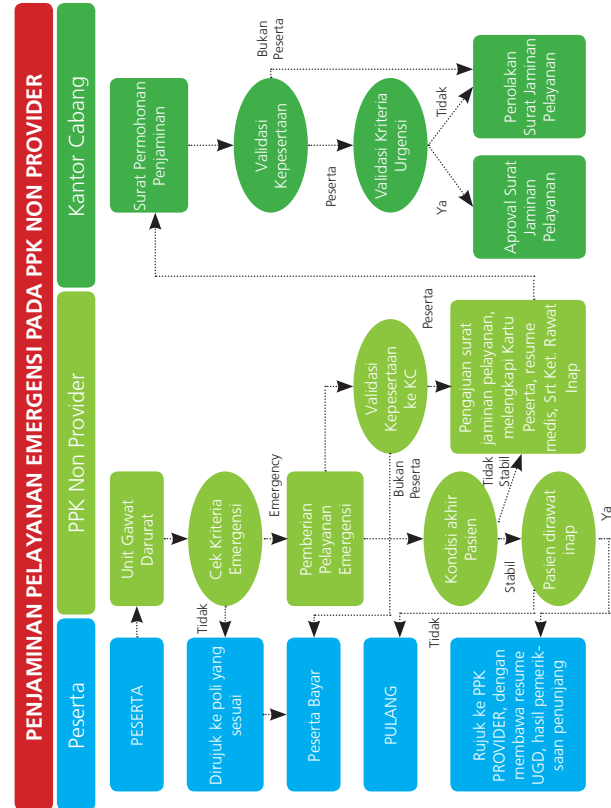
- c. Penanganan kondisi kegawatdaruratan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama ditanggung sebagai pelayanan rawat jalan kecuali kondisi tertentu yang mengharuskan pasien dirawat inap.
- d. Kondisi tertentu yang dimaksud diatas adalah sebagai berikut:
 - 1) Tidak ada sarana transportasi untuk evakuasi pasien.
 - 2) Sarana transportasi yang tersedia tidak memenuhi syarat untuk evakuasiKondisi a dan b dinyatakan oleh petugas BPJS Kesehatan setelah dihubungi oleh Fasilitas kesehatan, dan petugas BPJS Kesehatan tersebut telah berusaha

mencari ambulans sesuai dengan kebutuhan.

- 3) Kondisi pasien yang tidak memungkinkan secara medis untuk dievakuasi, yang dibuktikan dengan surat keterangan medis dari dokter yang merawat.

Pada keadaan gawat darurat (*emergency*), seluruh fasilitas kesehatan baik yang bekerja sama maupun yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, wajib memberikan pelayanan kegawatdaruratan sesuai indikasi medis. Fasilitas kesehatan tidak diperkenankan menarik biaya pelayanan kesehatan kepada peserta

D. Alur Pelayanan



VI Pelayanan Ambulan

A. Fasilitas Kesehatan

1. Fasilitas kesehatan tingkat pertama yang mempunyai ambulan
2. Fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang mempunyai ambulan

Dalam penyelenggaraan pelayanan ambulan, fasilitas kesehatan dapat melakukan kerja sama dengan pihak ketiga sebagai jejaring, antara lain:

- a. Pemda atau Dinas Kesehatan Propinsi yang mempunyai ambulan
- b. Ambulan 118
- c. Yayasan penyedia layanan ambulan

B. Cakupan Pelayanan

1. Pelayanan Ambulan diberikan pada transportasi darat dan air bagi pasien dengan kondisi tertentu antar Fasilitas Kesehatan, disertai dengan upaya atau kegiatan menjaga kestabilan kondisi pasien dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien sesuai ketentuan

peraturan perundang-undangan.

2. Yang dimaksud dengan kondisi tertentu pada poin 1 di atas adalah :
 - a. kondisi pasien sesuai indikasi medis berdasarkan rekomendasi medis dari dokter yang merawat
 - b. kondisi kelas perawatan sesuai hak peserta penuh dan pasien sudah dirawat paling sedikit selama 3 hari di kelas satu tingkat di atas haknya
 - c. pasien rujukan kasus gawat darurat dari fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien atau sebagai perawatan lanjutan setelah pasien diberikan pelayanan sampai dengan kondisi kegawatdaruratan telah teratasi dan dapat dipindahkan.
 - d. pasien rujuk balik rawat inap yang masih memerlukan pelayanan rawat inap di fasilitas kesehatan tujuan

Contoh :

pasien kanker rawat inap dengan terapi

paliatif di RS tipe A dirujuk balik ke RS tipe di bawahnya untuk mendapatkan rawat inap paliatif (bukan rawat jalan)

3. Pelayanan ambulan hanya diberikan untuk rujukan antar Fasilitas kesehatan :
 - a. sesama fasilitas kesehatan tingkat pertama;
 - b. dari fasilitas kesehatan tingkat pertama ke fasilitas kesehatan rujukan;
 - c. sesama fasilitas kesehatan rujukan sekunder;
 - d. dari fasilitas kesehatan sekunder ke fasilitas kesehatan tersier;
 - e. dan rujukan balik ke fasilitas kesehatan dengan tipe di bawahnya.

Pelayanan ambulan hanya diberikan untuk rujukan antar Fasilitas Kesehatan

4. Fasilitas kesehatan perujuk adalah:
 - a. Fasilitas kesehatan tingkat pertama atau fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

- b. Fasilitas kesehatan tingkat pertama atau Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan khusus untuk kasus gawat darurat yang keadaan gawat darurnya telah teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan
5. Fasilitas kesehatan Penerima Rujukan adalah Fasilitas kesehatan tingkat pertama atau fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan
6. Pelayanan Ambulan yang tidak dijamin adalah pelayanan yang tidak sesuai ketentuan di atas, termasuk:
 - a. jemput pasien selain dari Fasilitas kesehatan (rumah, jalan, lokasi lain)
 - b. mengantar pasien ke selain Fasilitas kesehatan
 - c. rujukan parsial (antar jemput pasien atau spesimen dalam rangka mendapatkan pemeriksaan penunjang atau tindakan, yang merupakan rangkaian perawatan pasien di salah satu Fasilitas kesehatan).

- d. Ambulan/mobil jenazah
- e. Pasien rujuk balik rawat jalan

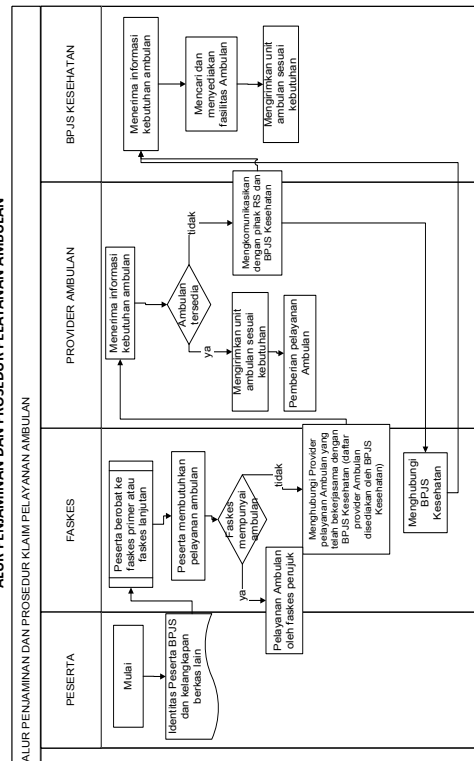
C. Prosedur

Dalam rangka evakuasi pasien, maka:

1. Fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas ambulan dapat langsung memberikan pelayanan ambulan bagi pasien
2. Fasilitas kesehatan yang tidak memiliki fasilitas ambulan, maka Fasilitas kesehatan berkoordinasi dengan penyedia ambulan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan atau petugas BPJS Kesehatan
3. Proses rujukan antar fasilitas kesehatan mengikuti ketentuan sistem rujukan berjenjang yang berlaku

D. Alur Pelayanan

ALUR PENJAMINAN DAN PROSEDUR PELAYANAN AMBULAN



VII Pelayanan Yang Tidak Dijamin

Pelayanan atau hal-hal lain yang tidak termasuk jaminan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut :

1. pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
2. pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama 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;
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 akupunktur, *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. persediaan kesehatan rumah tangga;
15. pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
16. Kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (*preventable adverse events*) yang ditetapkan oleh Menteri; dan

17. biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan.

VIII Pelayanan Di Wilayah Tidak Tersedia Faskes Memenuhi Syarat

A. Penentuan Wilayah Tidak Tersedia Fasilitas Kesehatan Memenuhi Syarat

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. Yang dimaksud dengan daerah tidak tersedia fasilitas kesehatan memenuhi syarat adalah sebuah Kecamatan yang tidak terdapat Dokter atau Bidan atau Perawat
3. 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

4. Penetapan daerah yang tidak tersedia fasilitas kesehatan memenuhi syarat dilakukan dengan keputusan Kepala Dinas Kesehatan. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan dapat ditinjau sewaktu-waktu menyesuaikan dengan kondisi ketersediaan fasilitas kesehatan di daerah tersebut
5. Kompensasi diberikan dalam bentuk penggantian uang tunai; atau pengiriman tenaga kesehatan; atau penyediaan fasilitas kesehatan tertentu.
6. Kompensasi dalam bentuk penggantian uang tunai berupa klaim perorangan atas biaya pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
7. Besaran penggantian atas biaya pelayanan kesehatan disetarakan dengan tarif Fasilitas Kesehatan di wilayah terdekat dengan memperhatikan tenaga kesehatan dan jenis pelayanan yang diberikan

8. Kompensasi dalam bentuk pengiriman tenaga kesehatan dan penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu dilakukan dengan bekerja sama dengan dinas kesehatan, organisasi profesi kesehatan, dan/atau asosiasi fasilitas kesehatan

Penetapan daerah yang tidak tersedia fasilitas kesehatan memenuhi syarat dilakukan dengan keputusan Kepala Dinas Kesehatan

B. Kompensasi Uang Tunai

1. 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.
2. Besaran kompensasi disetarakan dengan tarif Fasilitas Kesehatan di wilayah terdekat dengan memperhatikan tenaga kesehatan dan jenis pelayanan yang diberikan
3. Dasar besaran penggantian kompensasi

adalah rata-rata tarif/unit cost pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama di wilayahnya, dengan tarif maksimal sesuai ketentuan

4. Selisih biaya yang terjadi atas biaya pelayanan menjadi tanggung jawab pasien
5. Untuk dapat memperoleh kompensasi uang tunai, peserta yang tinggal di wilayah tidak ada fasilitas kesehatan memenuhi syarat harus mengikuti prosedur pelayanan rujukan berjenjang sesuai ketentuan yang berlaku
6. Pembayaran untuk pelayanan kesehatan tingkat lanjutan ditagihkan langsung oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
7. Prosedur Pelayanan Kesehatan
 - a. Untuk pertama kali mendapatkan pelayanan, peserta mendatangi fasilitas kesehatan tingkat pertama yang terdekat.
 - b. Apabila fasilitas kesehatan tingkat pertama terdekat tersebut adalah fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, maka biaya pelayanan kesehatan akan

ditagihkan ke BPJS Kesehatan, peserta tidak dikenakan urun biaya.

- c. Apabila fasilitas kesehatan tingkat pertama terdekat tersebut adalah fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, maka peserta membayarkan biaya pelayanan kesehatan terlebih dahulu, kemudian peserta menagih kepada BPJS Kesehatan melalui klaim perorangan
 - d. Apabila dalam kondisi kegawatdaruratan, peserta dapat langsung menuju RS tanpa mengikuti sistem rujukan berjenjang yang berlaku. Biaya yang timbul akibat pelayanan RS akan ditagihkan oleh RS ke BPJS Kesehatan, peserta tidak dikenakan urun biaya
8. Prosedur Pengajuan Klaim Perorangan
- a. Peserta mengajukan klaim ke Kantor Operasional Kabupaten atau Kantor Cabang BPJS Kesehatan terdekat
 - b. Klaim perorangan hanya diberlakukan pada peserta yang mendapatkan pelayanan di

fasilitas kesehatan tingkat pertama yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

- c. Kelengkapan administrasi klaim perorangan:
 - 1) Formulir pengajuan klaim
 - 2) Berkas pendukung berupa:
 - a) Salinan KTP/keterangan domisili (untuk memastikan peserta berada di wilayah tidak ada Fasilitas Kesehatan memenuhi syarat sesuai Surat Keputusan Dinas Kesehatan)
 - b) Kuitansi asli bermaterai cukup
 - c) Rincian pelayanan yang diberikan serta rincian biaya

C. Kompensasi Pengiriman Tenaga Kesehatan Dan Penyediaan Fasilitas Kesehatan Tertentu

1. Pengiriman tenaga kesehatan dan penyediaan fasilitas kesehatan tertentu hanya diberikan ke daerah yang belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat.
2. Penyediaan fasilitas kesehatan tertentu adalah penyediaan sebuah tim tenaga kesehatan yang

dilengkapi dengan peralatan medis untuk memberikan pelayanan medis tertentu sesuai dengan kebutuhan di wilayah yang akan dikunjungi

3. Pengiriman tenaga kesehatan dan penyediaan fasilitas kesehatan tertentu yang dijamin BPJS kesehatan adalah pengiriman tenaga kesehatan yang bukan program pemerintah pusat maupun daerah serta dapat dilakukan melalui kerjasama dengan dinas setempat, instansi pemerintah lainnya, maupun swasta
4. Kompensasi dalam bentuk pengiriman tenaga kesehatan dan penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu dapat bekerja sama dengan dinas kesehatan, organisasi profesi kesehatan, dan/ atau asosiasi fasilitas kesehatan
5. Pembayaran pengiriman tenaga kesehatan dan penyediaan fasilitas kesehatan tertentu sesuai ketentuan yang berlaku
6. Pembayaran kompensasi dalam bentuk pengiriman tenaga kesehatan dan penyediaan fasilitas kesehatan tertentu berupa klaim atas

pelayanan yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan dan penyediaan fasilitas kesehatan tertentu.

IX Koordinasi Manfaat

1. Koordinasi Manfaat atau Coordination of Benefit (COB) adalah suatu proses dimana dua atau lebih penanggung (payer) yang menanggung orang yang sama untuk benefit asuransi kesehatan yang sama, membatasi total benefit dalam jumlah tertentu yang tidak melebihi jumlah pelayanan kesehatan yang dibiayakan.
2. Peserta Koordinasi Manfaat/COB adalah Peserta BPJS Kesehatan yang mempunyai program jaminan kesehatan lain yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
3. Prinsip Koordinasi Manfaat
 - a. BPJS Kesehatan sebagai penjamin pertama
BPJS Kesehatan menjamin Peserta sesuai haknya sebagai Peserta BPJS Kesehatan, selebihnya ditanggung oleh Asuransi tambahan atau Badan Penjamin lain

- 1) Koordinasi manfaat diberlakukan bila Peserta mengambil kelas perawatan lebih tinggi dari haknya sebagai Peserta BPJS Kesehatan, kecuali pelayanan di Rumah sakit yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, diatur tersendiri antara BPJS Kesehatan dengan Asuransi tambahan atau Badan penjamin lainnya.
- 2) BPJS Kesehatan menanggung biaya sesuai hak kelas Peserta, Penjamin lain menanggung selisih biaya akibat kenaikan kelas Peserta
- 3) Koordinasi manfaat dapat dilakukan pada Fasilitas kesehatan yang belum kerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- 4) Pelayanan kesehatan dapat diberikan di:
 - a) Fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan Asuransi tambahan atau Badan Penjamin lain
 - b) Fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan Asuransi tambahan atau Badan Penjamin lain tetapi tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

- 5) Koordinasi manfaat yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan hanya pelayanan yang sesuai dengan ketentuan BPJS Kesehatan.
- b. BPJS Kesehatan sebagai penjamin kedua
BPJS Kesehatan hanya menjamin selisih biaya dari tarif sesuai hak sebagai Peserta BPJS Kesehatan dan nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas.

UNTUK INFORMASI LEBIH LANJUT
HUBUNGI:

PUSAT LAYANAN INFORMASI
 **BPJS Kesehatan**
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
500400

X Lampiran

KRITERIA GAWAT DARURAT

NO.	BAGIAN		DIAGNOSA
I	ANAK	1	Anemia sedang / berat
		2	Apnea / gasping
		3	Bayi ikterus, anak ikterus
		4	Bayi kecil/ premature
		5	Cardiac arrest / payah jantung
		6	Cyanotic Spell (penyakit jantung)
		7	Diare profus (> 10/hari) disertai dehidrasi ataupun tidak
		8	Difteri
		9	Ditemukan bising jantung, aritmia
		10	Edema / bengkak seluruh badan
		11	Epitaksis, tanda pendarahan lain disertai febris
		12	Gagal ginjal akut
		13	Gangguan kesadaran, fungsi vital masih baik
		14	Hematuri
		15	Hipertensi Berat
		16	Hipotensi / syok ringan s/d sedang
		17	Intoksikasi (minyak tanah, baygon) keadaan umum masih baik

NO.	BAGIAN		DIAGNOSA
		18	Intoksikasi disertai gangguan fungsi vital (minyak tanah, baygon)
		19	Kejang disertai penurunan kesadaran
		20	Muntah profus (> 6 hari) disertai dehidrasi atau tidak
		21	Panas tinggi >400 C
		22	Sangat sesak, gelisah, kesadaran menurun, sianosis ada retraksi hebat (penggunaan otot pernafasan sekunder)
		23	Sesak tapi kesadaran dan keadaan umum masih baik
		24	Shock berat (profound) : nadi tidak teraba tekanan darah terukur termasuk DSS.
		25	Tetanus
		26	Tidak kencing > 8 jam
		27	Tifus abdominalis dengan komplikasi
II	BEDAH	1	Abses cerebri
		2	Abses sub mandibula
		3	Amputasi penis
		4	Anuria
		5	Apendicitis acute
		6	Atresia ani (tidak bisa BAB sama sekali)

NO.	BAGIAN		DIAGNOSA
		7	BPH dengan retensio urin
		8	Cedera kepala berat
		9	Cedera kepala sedang
		10	Cedera tulang belakang (vertebral)
		11	Cedera wajah dengan gangguan jalan nafas
		12	Cedera wajah tanpa gangguan jalan nafas, antara lain : a. Patah tulang hidung/nasal terbuka dan tertutup b. Patah tulang pipi (zygoma) terbuka dan tertutup c. Patah tulang rahang (maxilla dan mandibula) terbuka dan tertutup d. Luka terbuka daerah wajah
		13	Cellulitis
		14	Cholesistitis akut
		15	Corpus alienum pada : a. Intra cranial b. Leher b. Thorax c. Abdomen d. Anggota gerak e. Genetalia
		16	CVA bleeding
		17	Dislokasi persendian
		18	Drowning

NO.	BAGIAN		DIAGNOSA
		19	Flail chest
		20	Fraktur tulang kepala
		21	Gastrikikis
		22	Gigitan binatang / manusia
		23	Hanging
		24	Hematothorax dan pneumothorax
		25	Hematuria
		26	Hemoroid grade IV (dengan tanda strangulasi)
		27	Hernia incarcerate
		28	Hidrocephalus dengan TIK meningkat
		29	Hirschprung disease
		30	Ileus Obstruksi
		31	Internal Bleeding
		32	Luka Bakar
		33	Luka terbuka daerah abdomen
		34	Luka terbuka daerah kepala
		35	Luka terbuka daerah thorax
		36	Meningokel / myelokel pecah
		37	Multiple trauma
		38	Omfalokel pecah
		39	Pankreatitis akut
		40	Patah tulang dengan dugaan cedera pembuluh darah

NO.	BAGIAN		DIAGNOSA
		41	Patah tulang iga multiple
		42	Patah tulang leher
		43	Patah tulang terbuka
		44	Patah tulang tertutup
		45	Periappendicullata infiltrate
		46	Peritonitis generalisata
		47	Phlegmon dasar mulut
		48	Priapismus
		49	Prolaps rekti
		50	Rectal bleeding
		51	Ruptur otot dan tendon
		52	Strangulasi penis
		53	Tension pneumothoraks
		54	Tetanus generalisata
		55	Torsio testis
		56	Tracheo esophagus fistel
		57	Trauma tajam dan tumpul daerah leher
		58	Trauma tumpul abdomen
		59	Traumatik amputasi
		60	Tumor otak dengan penurunan kesadaran
		61	Unstable pelvis
		62	Urosepsi

NO.	BAGIAN		DIAGNOSA
III	Kardio-vaskular	1	Aritmia
		2	Aritmia dan shock
		3	Cor Pulmonale decompensata yang akut
		4	Edema paru akut
		5	Henti jantung
		6	Hipertensi berat dengan komplikasi (hipertensi encephalopati, CVA)
		7	Infark Miokard dengan komplikasi (shock)
		8	Kelainan jantung bawaan dengan gangguan ABC (<i>Airway Breathing Circulation</i>)
		9	Kelainan katup jantung dengan gangguan ABC (<i>airway Breathing Circulation</i>)
		10	Krisis hipertensi
		11	Miokarditis dengan shock
		12	Nyeri dada
		13	Sesak nafas karena payah jantung
		14	Syncope karena penyakit jantung
IV	Kebidanan	1	Abortus
		2	Distosia

NO.	BAGIAN		DIAGNOSA
		3	Eklampsia
		4	Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)
		5	Perdarahan Antepartum
		6	Perdarahan Postpartum
		7	Inversio Uteri
		8	Febris Puerperalis
		9	Hyperemesis gravidarum dengan dehidrasi
		10	Persalinan kehamilan risiko tinggi dan atau persalinan dengan penyulit
V	Mata	1	Benda asing di kornea mata / kelopak mata
		2	Blenorrhoe/ Gonoblenorrhoe
		3	Dakriosisitis akut
		4	Endoftalmitis/panoftalmitis
		5	Glaukoma : a. Akut b. Sekunder
		6	Penurunan tajam penglihatan mendadak : a. Ablasio retina b. CRAO c. Vitreous bleeding
		7	Selulitis Orbita

NO.	BAGIAN		DIAGNOSA
		8	Semua kelainan kornea mata : a. Erosi b. Ulkus / abses c. Descemetolisis
		9	Semua trauma mata : a. Trauma tumpul b. Trauma fotoelektrik/ radiasi c. Trauma tajam/tajam tembus
		10	Trombosis sinus kavernosis
		11	Tumororbita dengan perdarahan
		12	Uveitis/ skleritis/iritasi
VI	Paru-paru	1	Asma bronchitis moderate severe
		2	Aspirasi pneumonia
		3	Emboli paru
		4	Gagal nafas
		5	Injury paru
		6	Massive hemoptisis
		7	Massive pleural effusion
		8	Oedema paru non cardiogenic
		9	Open/closed pneumothorax
		10	P.P.O.M Exacerbasia akut
		11	Pneumonia sepsis
		12	Pneumothorax ventil

NO.	BAGIAN		DIAGNOSA
		13	Reccurent Haemoptoe
		14	Status Asmaticus
		15	Tenggelm
VII	Penyakit Dalam	1	Demam berdarah dengue (DBD)
		2	Demam tifoid
		3	Difteri
		4	Disequilibrium pasca HD
		5	Gagal ginjal akut
		6	GEA dan dehidrasi
		7	Hematemesis melena
		8	Hematochezia
		9	Hipertensi maligna
		10	Keracunan makanan
		11	Keracunan obat
		12	Koma metabolik
		13	Leptospirosis
		14	Malaria
		15	Observasi shock
VIII	THT	1	Abses di bidang THT & kepala leher
		2	Benda asing laring/trachea/bronkus, dan benda asing tenggorokan
		3	Benda asing telinga dan hidung
		4	Disfagia

NO.	BAGIAN		DIAGNOSA
		5	Obstruksi jalan nafas atas grade II/ III Jackson
		6	Obstruksi jalan nafas atas grade IV Jackson
		7	Otalgia akut (apapun penyebabnya)
		8	Parese fasialis akut
		9	Perdarahan di bidang THT
		10	Syok karena kelainan di bidang THT
		11	Trauma (akut) di bidang THT ,Kepala dan Leher
		12	Tuli mendadak
		13	Vertigo (berat)
IX	Syaraf	1	Kejang
		2	Stroke
		3	Meningo encephalitis

