

panduan praktis

# Penjaminan di Wilayah Tidak Ada Faskes Penuhi Syarat

## 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 ↳



Dr. dr. Fachmi Idris, M.Kes.

## Daftar Isi

I	<b>Latar Belakang</b>	▸ 05
II	<b>Penentuan Daerah Tidak Tersedia Faskes Yang Memenuhi Syarat</b>	▸ 05
III	<b>Prosedur Pelayanan</b>	▸ 06
IV	<b>Kompensasi Untuk Daerah Yang Belum Tersedia Fasilitas Kesehatan Yang Memenuhi Syarat</b>	▸ 10
V	<b>Pertanyaan</b>	▸ 13

## I Latar Belakang

Dengan kondisi geografis wilayah Indonesia yang sangat luas dan kepulauan belum didukung dengan distribusi ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan yang merata. Hal ini menyebabkan ada sebagian peserta BPJS Kesehatan tidak mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis. Oleh karena itu program Jaminan Kesehatan Nasional memberikan jaminan pelayanan kesehatan kepada peserta yang berada di daerah tersebut, karena tidak terdapat fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat.

## II Penentuan Daerah Tidak Tersedia Faskes Yang Memenuhi Syarat

1. Yang dimaksud dengan daerah tidak tersedia Faskes memenuhi syarat adalah sebuah Kecamatan yang tidak terdapat Puskesmas, Dokter, Bidan atau Perawat.
2. Penentuan daerah tersebut ditetapkan oleh dinas

kesehatan setempat atas pertimbangan BPJS Kesehatan dan Asosiasi Fasilitas Kesehatan.

3. Daerah yang tidak tersedia Faskes memenuhi syarat ditetapkan dengan surat keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan dapat ditinjau sewaktu-waktu menyesuaikan dengan kondisi ketersediaan Faskes di daerah tersebut.

### III Prosedur Pelayanan

1. Peserta yang tinggal di daerah tidak ada Faskes memenuhi syarat harus mengikuti prosedur pelayanan rujukan berjenjang sesuai ketentuan yang berlaku.
2. Prosedur Pelayanan Kesehatan
  - a. Untuk pertama kali mendapatkan pelayanan, peserta mendatangi Faskes tingkat pertama yang terdekat.
  - b. Apabila fasilitas kesehatan tingkat pertama terdekat tersebut adalah Faskes 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 Faskes yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan:
    - 1) Bila pasien dalam kondisi kegawatdaruratan medis maka peserta dilayani dan Faskes menagihkan biaya pelayanan kesehatan ke BPJS Kesehatan, pasien tidak ditarik biaya.
    - 2) Bila pasien tidak dalam kondisi kegawatdaruratan medis maka pasien membayarkan biaya pelayanan kesehatan terlebih dahulu, kemudian peserta menagih kepada BPJS Kesehatan melalui klaim perorangan.

BPJS Kesehatan memberikan kompensasi berupa penggantian uang tunai melalui klaim perorangan bagi peserta yang tinggal di daerah tidak ada Faskes memenuhi syarat, sesuai ketentuan yang berlaku



## IV Kompensasi Untuk Daerah Yang Belum Tersedia Fasilitas Kesehatan Yang Memenuhi Syarat

1. Kompensasi untuk daerah yang belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat diberikan dalam bentuk:
  - a. penggantian uang tunai;
  - b. pengiriman tenaga kesehatan; atau
  - c. penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu.
2. Penggantian uang tunai
  - a. Kompensasi dalam bentuk penggantian uang tunai berupa klaim perorangan atas biaya pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
  - b. Prosedur Pengajuan Klaim Perorangan
    - 1) Peserta mengajukan klaim ke Kantor Operasional Kabupaten atau Kantor Cabang BPJS Kesehatan terdekat
    - 2) Klaim perorangan hanya diberlakukan pada

peserta yang mendapatkan pelayanan di faskes tingkat pertama yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

- 3) Syarat pengajuan klaim :
  - a) Formulir pengajuan klaim
  - b) Berkas pendukung :
    - (1) Menunjukkan identitas peserta BPJS Kesehatan
    - (2) Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (untuk memastikan peserta berada di wilayah tidak ada faskes memenuhi syarat sesuai SK Kepala Dinas Kesehatan)
    - (3) Kwitansi asli bermaterai cukup
    - (4) Rincian pelayanan
  - c. Besaran penggantian biaya klaim perorangan mengikuti ketentuan yang berlaku
3. Pengiriman tenaga kesehatan
  - a. BPJS Kesehatan akan memberikan kompensasi pengiriman tenaga kesehatan bekerjasama dengan dinas kesehatan, organisasi profesi kesehatan, dan/atau asosiasi fasilitas kesehatan.

- b. Tenaga kesehatan yang dikirim berupa:
  - 1) dokter spesialis; atau
  - 2) dokter umum; atau
  - 3) bidan; atau
  - 4) perawat; atau
  - 5) tenaga kesehatan lain.
4. Penyediaan fasilitas kesehatan tertentu
  - a. BPJS Kesehatan akan memberikan kompensasi penyediaan fasilitas kesehatan tertentu bekerjasama dengan dinas kesehatan, organisasi profesi kesehatan, dan/atau asosiasi fasilitas kesehatan.
  - b. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan tersebut disesuaikan dengan kebutuhan medis peserta yang berada di daerah tersebut.

## V Pertanyaan

### 1. Bagaimana untuk pelayanan bagi peserta BPJS Kesehatan dari luar wilayah yang sedang berkunjung ke daerah tidak tersedia faskes memenuhi syarat dan memerlukan pelayanan kesehatan?

Peserta mengikuti prosedur pelayanan sesuai dengan ketentuan diatas dan dapat mengajukan klaim perorangan dengan menyertakan surat keterangan dari RT/RW/Kepala Desa setempat bahwa peserta melakukan kunjungan ke daerah tersebut.

### 2. Apakah klaim perorangan dapat diajukan oleh peserta yang tinggal/berada di daerah yang tidak ditetapkan sebagai daerah tidak tersedia faskes yang memenuhi syarat?

- ✓ Klaim perorangan hanya dapat diajukan oleh peserta yang berada/tinggal di daerah yang telah ditetapkan sebagai daerah tidak tersedia faskes yang memenuhi syarat.

- ✓ Dalam kondisi gawat darurat, sesuai dengan Perpres Nomor 12 tahun 2013 pasal 33 dan 40, bahwa Peserta yang memerlukan pelayanan gawat darurat dapat langsung memperoleh pelayanan di setiap Fasilitas Kesehatan baik yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan maupun yang tidak bekerjasama. Biaya pelayanan kesehatan ditagihkan langsung oleh fasilitas kesehatan dan peserta tidak diperkenankan ditarik biaya pelayanan kesehatan.

