



2015-2016

Buku Pedoman Hak dan Kepentingan

Masyarakat dalam Asuransi Kesehatan Nasional





006 Bab 1 Asuransi Kesehatan Nasional (Askes) menjamin hak dan kepentingan medis Anda untuk seumur hidup

Apa itu Asuransi Kesehatan Nasional?

Menurut hukum, setiap orang wajib mengikuti Asuransi Kesehatan Nasional

Bukti Identitas Asuransi Kesehatan : “Kartu Askes”

008 Bab 2 Bagaimana cara mengikuti Askes?

Masyarakat Taiwan yang berdomisili di Taiwan
Masyarakat Hongkong, Macau, Cina, dan WNA lainnya yang tinggal di Taiwan

016 Bab 3 Kondisi Khusus

Kehilangan hak untuk mengikuti Askes

Bila Asuransi terputus, bagaimana cara untuk mengikuti Askes kembali?

Cara mengikuti Askes bagi masyarakat yang telah lama tinggal di luar negeri dan kini kembali ke Taiwan
Kondisi di mana peserta dapat mengajukan penghentian Askes

Perhatian bagi masyarakat yang berencana keluar negeri lebih dari 6 bulan apakah memilih menghentikan asuransi

Askes bagi narapidana

023 Bab 4 Perhitungan dan sumber premi Askes

Dari mana asal uang untuk berobat dengan menggunakan kartu Askes?

Peraturan perhitungan premi

Premi umum

Premi tambahan

037 Bab 5 Cara Pembayaran Premi Askes

Membayar premi Askes dapat saling membantu dan mengurangi pajak

Bagaimana cara mengajukan permohonan bukti pembayaran Askes

Cara pembayaran premi Askes

Bagaimana cara mendaftar pemotongan rekening saldo secara otomatis?

Bagaimana kalau saya lupa untuk membayar, atau saldo tabungan saya tidak cukup untuk transfer pembayaran premi?

044 Bab 6 Pelayanan Medis yang Disediakan Askes

Rawat jalan dan rujukan ke tempat lain

Bagaimana cara merujuk ke tempat lain?

Proses perawatan yang sama

Rawat darurat

Rawat inap

Perawatan di rumah

Perawatan medis khusus (penyakit serius)

Perawatan terpadu dokter keluarga Askes

Program perbaikan tanggungan medis

057 Bab 7 Bagaimana cara peserta Askes berobat?

Bawalah “Kartu Askes” pada saat berobat

Ingat untuk mengambil “Resep Obat” (Daftar obat) sesuai berobat

Peraturan rujukan berobat ke tempat lain

Tanggungjawab (pembayaran) sebagian

Kuitansi pembayaran, daftar perincian biaya pengobatan, dan perincian obat

Dokter harus memberi tahu pasien bila dia harus



membayar sendiri biaya pengobatan
Tanggunganselisihbiayabahan khusus
Kritik, saran, dan informasi
Pengajuan untuk pertimbangan perselisihan

077 Bab 8 Fungsi, pembaharuan, penyimpanan, dan pengajuan permohonan kartu Askes

Fungsi Kartu Askes
Pembaharuan Kartu Askes
Apakah kartu Askes dapat membocorkan data pribadi seseorang?
Penyimpanan Kartu Askes
Apakah kartu Askes mempunyai masa berlaku?
Bagaimana cara mengurus Askes bila rusak, hilang, atau ganti nama?
Bagaimana cara mengurus kartu Askes yang permukaannya normal, tidak rusak atau bengkok tapi tidak dapat digunakan?

087 Bab 9 Hak dan kepentingan medis pasien dengan penyakit khusus

Pasien penyakit kronis (resep obat lanjutan untuk penyakit kronis)
Pasien penyakit parah
Pasien kecelakaan kerja
Pasien penyakit langka

094 Bab 10 Bantuan bagi masyarakat dengan kesulitan medis

Subsidi premi Askes oleh pemerintah bagi masyarakat ekonomi lemah
Bila Anda untuk sementara waktu tidak mampu membayar premi Askes atau tanggungan (pembayaran)

sebagian

Perhatian pada masyarakat ekonomi lemah dan inisiatif aktifkan kartu

Meringankan tanggungan (pembayaran) sebagian biaya perawatan pasien dengan penyakit tertentu

Meningkatkan batas minimum pendapatan paruh waktu yang harus dipotong untuk membayar premi tambahan bagi masyarakat ekonomi lemah

Program perbaikan bagi daerah yang kekurangan sumber daya medis

104 Bab 11 Sistem pencatatan riwayat pengobatan komputasi awan Askes

Apa yang dimaksud dengan “Sistem pencatatan riwayat pengobatan komputasi awan Askes”

“Sistem pencatatan riwayat pengobatan komputasi awan Askes” untuk mengawasi keamanan penggunaan obat

107 Bab 12 Pengembalian biaya pengobatan yang dibayar sendiri terlebih dahulu

Batas waktu permohonan

Dokumen yang harus disiapkan

Cara pengajuan permohonan

Batas maksimal pengembalian biaya perawatan

Kata penutup

114 Bab 13 Layanan kemudahan Askes

Layanan kemudahan antar-lembaga

Layanan lebih canggih

Aktif dalam memberi perhatian dan menjaga penduduk ekonomi lemah

118 Lampiran



Bab 1

Asuransi Kesehatan Nasional (Askes) menjamin hak dan kepentingan medis Anda untuk seumur hidup

Pada saat kita jatuh sakit, selain ada dokter dan perawat yang merawat kita, jangan lupa bahwa “Askes Nasional” senantiasa menemani kita! Peluncuran Askes Nasional sejak tgl.1 Maret 1995, dengan harapan untuk dapat melindungi kesehatan seluruh masyarakat di negara ini.

Apa itu Asuransi Kesehatan Nasional?

“Askes Nasional” adalah asuransi yang harus diikuti oleh seluruh warga sejak lahir, Askes nasional adalah semacam sistem di mana seluruh warga saling membantu satu dengan yang lain. Kita membayar premi asuransi secara teratur sesuai dengan peraturan yang berlaku, jika ada orang yang jatuh sakit, pemerintah akan menggunakan premi yang diterima untuk membantu pasien membayar sebagian dari biaya pengobatan kepada lembaga medis, sehingga bila kita jatuh sakit, tidak hanya beban biaya yang harus kita keluarkan berkurang, kita juga dapat memperoleh perawatan medis yang tepat.

Dengan kata lain, Anda cukup membayar dengan tepat waktu premi Askes Nasional tiap bulan, selain dapat membantu diri Anda

sendiri bila jatuh sakit, juga dapat membantu orang lain; Pada waktu orang lain jatuh sakit, mereka juga dapat menerima bantuan Anda!

Menurut hukum, setiap orang wajib mengikuti Asuransi Kesehatan Nasional

“Askes Nasional” adalah asuransi sosial wajib. Seluruh warga negara Taiwan yang berdomisili di Taiwan dan Warga Negara Asing yang tinggal di Taiwan dan memiliki ARC (Kartu Izin Tinggal), baik orang dewasa maupun anak-anak, tidak peduli apapun jenis kelamin dan umurnya, memiliki pekerjaan ataupun tidak, menurut Undang-undang yang berlaku, semuanya diwajibkan untuk mengikuti Askes Nasional. Selain itu, asuransi ini harus diikuti seumur hidup, sejak lahir hingga meninggal dunia, dan tidak diperbolehkan untuk keluar dari asuransi dengan sewenang-wenang, kecuali bila peserta kehilangan hak untuk berpartisipasi (misalnya orang yang hilang, melepas kewarganegaraan, pindah dan menetap di luar negeri, atau izin tinggal telah habis masa berlakunya).

Bukti Identitas Asuransi Kesehatan : “Kartu Askes”

Setiap peserta Askes Nasional harus mengajukan permohonan sendiri untuk mendapatkan “Kartu Askes”. Kartu ini digunakan sebagai bukti pada waktu berobat di klinik atau rumah sakit, simpanlah Kartu Askes Anda baik-baik.





Bab 2

Bagaimana cara mengikuti Askes?

Masyarakat Taiwan yang berdomisili di Taiwan

Seluruh masyarakat yang berdomisili di Taiwan (memiliki kartu keluarga di Taiwan), terhitung genap 6 bulan sejak tanggal registrasi domisili, harus mengikuti Askes Nasional. (Personel pemerintah yang saat ini bekerja dan dikirim untuk menetap di luar negeri, beserta suami/istri dan anak-anaknya tidak dibatasi 6 bulan. Bayi yang lahir di wilayah Taiwan dan berkewarganegaraan Taiwan, setelah registrasi akta kelahiran harus mengikuti Askes sejak tanggal kelahirannya). Status peserta Askes dibagi menjadi 6 kategori, cara mengikuti Askes berbeda-beda untuk tiap kategorinya, dan dapat berubah sewaktu-waktu bersamaan dengan perubahan kategori status peserta yang bersangkutan. Bila saat ini tidak mempunyai pekerjaan, atau status asuransi terputus pada saat pindah kerja, selama orang tersebut masih berdomisili (memiliki kartu keluarga) di Taiwan, maka harus mengikuti Askes dengan status yang sesuai, tidak diperbolehkan untuk menghentikan asuransi.

Harap ikuti asuransi dengan urutan status di bawah ini

Bila Anda memenuhi status nomor 1 atau 2, maka tidak diperbolehkan untuk memilih nomor 3. Bila memenuhi status

nomor 3, Anda tidak boleh memilih status nomor 4, dan seterusnya:

1. Bila Anda adalah karyawan yang bekerja di sebuah perusahaan, kantor, atau lembaga, maka instansi tempat Anda bekerja harus mengasuransikan Anda.
2. Bila Anda adalah pemilik / penanggung jawab sebuah perusahaan, kantor, atau lembaga, Anda harus membentuk bagian asuransi di instansi Anda untuk mengasuransikan diri Anda sendiri dan para karyawan beserta keluarga mereka.
3. Bila Anda anggota dari serikat pekerja, serikat petani, atau serikat nelayan, maka serikat pekerja, serikat petani, atau serikat nelayan tempat Anda berada tersebut harus mengasuransikan Anda (Jika pada saat yang bersamaan Anda merupakan anggota dari serikat pekerja, serikat petani, ataupun serikat nelayan, maka serikat pekerja yang harus diutamakan untuk mengasuransikan Anda).
4. Bila Anda tidak mempunyai pekerjaan, tapi menurut hukum, Anda diperbolehkan untuk mengikuti suami/istri atau kerabat yang mempunyai pekerjaan yang berhubungan darah langsung dengan Anda, maka Anda harus mengurus asuransi dengan status anggota keluarga di tempat suami/istri atau kerabat yang berhubungan darah langsung dengan Anda tersebut mengurus Askes (Bila anda diperbolehkan dengan status sebagai anggota keluarga untuk mengikuti lebih dari dua orang, maka anda harus mengurus asuransi dengan kerabat yang memiliki hubungan terdekat dengan Anda).
5. Bila Anda tidak mempunyai pekerjaan, dan menurut hukum tidak ada suami/istri ataupun kerabat yang berhubungan darah langsung dengan Anda, maka anda harus mengurus Askes di kantor kecamatan, kotamadya, kota, ataupun kabupaten tempat domisili (registrasi kartu keluarga) Anda.

Bila Anda keluar negeri selama lebih dari 2 tahun dan



tidak kembali ke Taiwan dan bila kantor Kependudukan telah menghapus registrasi kartu keluarga Anda, maka Anda tidak dapat mengikuti Askes lagi, Anda harus mengurus penghentian asuransi. Tunggu registrasi kartu keluarga Anda dipulihkan kembali, Anda dapat mengajukan permohonan ulang untuk bergabung dalam Askes. Bila Anda pernah bergabung dengan Askes sebelumnya, dan karena registrasi kartu keluarga anda dipindahkan ke luar negeri, setelah registrasi kartu keluarga Anda dipulihkan kembali, Anda harus menunggu genap 6 bulan setelah registrasi Anda dipulihkan untuk dapat bergabung kembali dalam Askes, kecuali bila Anda adalah karyawan yang bermajikan tetap, atau bila Anda dalam 2 tahun terakhir tercatat menjadi peserta Askes, maka Anda dapat langsung bergabung kembali dalam Askes maka Anda dapat langsung bergabung kembali dalam Askes terhitung setelah registrasi Anda dipulihkan.

Bayi

Setelah bayi yang baru lahir dicatat dan diregistrasi, terhitung sejak tanggal kelahirannya, menurut hukum dia telah menjadi anggota keluarga dari ayah/ibunya (yang memiliki pekerjaan, bila kedua orang tuanya memiliki pekerjaan, dapat dipilih salah satu). Sang bayi harus didaftarkan untuk mengikuti Askes dengan status anggota keluarga di tempat ayah/ibunya mengurus Askes. Bayi berkewarganegaraan Taiwan yang lahir di luar negeri setelah kembali ke Taiwan dan diregistrasi untuk pertama kalinya harus menunggu genap 6 bulan setelahnya untuk dapat mendaftar mengikuti Askes.

Pelajar

1. Tidak mempunyai pekerjaan

- (1) Bila Anda masih sekolah (berstatus siswa resmi di sekolah di dalam negeri, baik sekolah negeri atau sekolah swasta yang

terdaftar dan disetujui oleh Departemen Pendidikan, ataupun sekolah luar negeri yang telah disetujui oleh pihak yang berwenang, bagi siswa yang telah berumur genap 20 tahun harus menunjukkan bukti dari sekolah yang bersangkutan) dan tidak mempunyai pekerjaan, Anda dapat mengikuti ayah/ibu (cukup pilih salah satu) Anda untuk bergabung dalam Askes dengan status “anggota keluarga”.

- (2) Bila tidak dapat mengikuti ayah/ibu untuk mengurus Askes, dapat mengikuti kakek/nenek dari pihak ayah maupun dari pihak ibu. Bila tidak dapat mengikuti kakek/nenek dari pihak ayah maupun dari pihak ibu, maka harus mengurus Askes di kantor kecamatan, kotamadya, kota, ataupun kabupaten tempat domisili (registrasi kartu keluarga) dengan status tertanggung.
- (3) Setelah lulus dari sekolah atau setelah menyelesaikan wajib militer dan tidak mempunyai pekerjaan, dapat bergabung dalam Askes dengan mengikuti ayah/ibu atau kakek/neneknya (dari pihak ayah maupun ibu), terhitung dalam waktu 1 tahun setelah tanggal kelulusan atau dalam waktu 1 tahun setelah tanggal menyelesaikan wajib militer.

Melanjutkan Askes untuk siswa yang genap berumur 20 tahun

Bila setelah genap berumur 20 tahun, karena sedang sekolah dan tidak mempunyai pekerjaan atau tidak memiliki kemampuan untuk menghidupi diri sendiri, dapat tetap mengikuti ayah/ibu atau kakek/neneknya (dari pihak ayah maupun ibu) untuk mengurus Askes. Pada akhir bulan di saat yang bersangkutan genap berusia 20 tahun, Instansi yang mengurus Askes harus mengisi “formulir pendaftaran pelanjutan Askes”, beserta dengan satu berkas fotokopi surat bukti yang diperlukan, dan mengirimnya ke bagian pelayanan Administrasi Asuransi Kesehatan di daerah kecamatan di mana instansi yang mengurus Askes itu berada.



2. Sekolah sambil bekerja

Pelajar yang mempunyai pekerjaan tetap, harus diasuransikan oleh perusahaan tempat dia bekerja dengan status karyawan.

3. Kerja sambilan di masa liburan musim dingin/panas (kurang dari 3 bulan)

Bila Anda hanya bekerja untuk sementara pada saat liburan musim dingin/panas dengan masa kerja kurang dari 3 bulan, dan setelah sekolah dimulai Anda kembali menjadi siswa “sepenuhnya”, maka pada saat Anda bekerja sambilan di musim liburan itu, Anda dapat memilih untuk tetap mengikuti Askes dengan status semula.

4. Kerja sama antara perusahaan dan sekolah

Bagi pelajar yang mengikuti program kerja sama antara perusahaan dan sekolah, selama kembali untuk mengikuti pelajaran di sekolah, dapat tetap mengikuti Askes melalui perusahaan dengan status “karyawan” sesuai dengan kehendak perusahaan yang bekerja sama. Bila perusahaan tersebut tidak berkehendak untuk terus mengasuransikan pelajar tersebut dengan status karyawan, maka harus mengikuti Askes dengan status pelajar yang tidak mempunyai pekerjaan sesuai dengan urutan yang tertulis di atas.

Bagi yang mempunyai pekerjaan

Bagi yang mempunyai pekerjaan, orang yang bersangkutan harus diasuransikan oleh perusahaan tempat dia bekerja, serikat atau organisasi tempat dia berada:

1. Pemilik / penanggung jawab perusahaan

Disarankan untuk mendirikan satu unit dalam perusahaannya untuk mengurus Askes. Bila memiliki pekerjaan yang lain, dan pekerjaan yang lain itu adalah pekerjaan utamanya, dapat mengurus Askes di perusahaan yang utama tersebut, boleh tanpa menggunakan status pemilik / penanggung jawab perusahaan.

2. Karyawan perusahaan, bermajikan tetap

Harus diasuransikan oleh majikan.

3. Mempunyai pekerjaan, tapi tidak bermajikan tetap

Bila tergabung dalam serikat pekerja, atau merupakan anggota dari serikat petani ataupun serikat nelayan, atau bekerja di dalam bidang pertanian atau perikanan, maka dia harus diasuransikan oleh serikat pekerja, serikat petani, atau serikat nelayan.

4. Memiliki 2 pekerjaan secara bersamaan

Harus mengikuti Askes dengan status pekerjaan yang utama (dinilai dari panjang jam kerja, bila sama, maka dinilai berdasarkan jumlah gaji yang diterima).

5. Cuti tanpa gaji

Bila perusahaan setuju, Anda dapat terus diasuransikan dengan jumlah tanggungan yang sama dengan sebelumnya melalui perusahaan tempat Anda bekerja sekarang, dan Anda harus membayar biaya yang harus ditanggung sendiri, yakni 30% dari premi Askes tiap bulannya, kepada perusahaan yang mengasuransikan Anda. Bila perusahaan tidak setuju untuk terus mengasuransikan Anda, maka Anda harus mengurus Askes dengan mengikuti suami/istri atau kerabat yang mempunyai pekerjaan yang berhubungan darah langsung dengan Anda. Bila tidak memiliki status sebagai anggota keluarga, maka harus mengurus Askes di kantor tempat domisili (kartu keluarga) Anda berada.

6. Peserta Askes yang mengajukan permohonan untuk mengambil cuti tanpa gaji untuk merawat bayi yang baru lahir sesuai dengan Undang-undang persamaan gender (emansipasi) tenaga kerja

Anda dapat memilih untuk terus diasuransikan oleh perusahaan tempat Anda bekerja sekarang dengan besar biaya sama seperti sebelumnya, Anda harus menanggung sendiri 30% dari premi Askes. Anda akan menerima slip tagihan dari kantor



Administrasi Asuransi Kesehatan Pusat, dan batas pembayaran dapat diundur hingga 3 tahun. Bila Anda memilih untuk pindah (status) keluar, anda harus mengikuti suami/istri Anda yang mempunyai pekerjaan dengan status anggota keluarga. Bila Anda tidak memiliki status sebagai anggota keluarga, maka Anda harus mengurus Askes di kantor tempat domisili (kartu keluarga) Anda.

Bagi yang tidak mempunyai pekerjaan

1. Bagi yang tidak mempunyai pekerjaan namun memenuhi status sebagai anggota keluarga, harus bergabung dalam Askes dengan mengikuti suami/istri atau kerabat yang mempunyai pekerjaan yang berhubungan darah langsung
2. Bila orang yang bersangkutan tidak memiliki suami/istri maupun kerabat yang berhubungan darah langsung untuk diikuti, maka dia harus mengurus Askes di kantor kecamatan, kotamadya, kota, ataupun kabupaten tempat domisili (registrasi kartu keluarga) dengan status “penduduk regional”.
3. Warga veteran yang tidak memiliki pekerjaan, serta wakil keluarga almarhum veteran dapat mengurus Askes di kantor kecamatan, kotamadya, kota, ataupun kabupaten tempat domisili (registrasi kartu keluarga) dengan status “veteran”.

Masyarakat Hongkong, Macau, Cina, dan WNA lainnya yang tinggal di Taiwan

Berdasarkan Undang-undang Asuransi Kesehatan Nasional, Warga Negara Asing (termasuk masyarakat Hongkong, Macau, Cina) yang memiliki bukti izin tinggal, harus membawa bukti izin tinggal (ARC) untuk mengajukan permohonan mengikuti Askes setelah terhitung genap tinggal 6 bulan di Taiwan (Tinggal di Taiwan selama 6 bulan berturut-turut ataupun pernah meninggalkan Taiwan kurang dari 30 hari, dan setelah jumlah hari tinggalnya di Taiwan dikurangi dengan jumlah hari meninggalkan Taiwan mencapai 6 bulan). Bila orang tersebut adalah karyawan

yang bermajikan tetap, maka dia harus mengikuti Askes terhitung sejak tanggal dia mulai dipekerjakan.

1. Pelajar keturunan Cina dan pelajar asing

- (1) Dapat mengurus Askes melalui sekolah. Sebelum lulus, keluar dari sekolah, berhenti sekolah untuk sementara, kembali ke negaranya, ataupun meninggalkan Taiwan, harus mengurus permohonan untuk keluar dari Askes di sekolah asalnya.
- (2) Setelah lulus, sebelum masa berlaku ARC (Kartu Izin Tinggal) habis, setelah melalui departemen Imigrasi untuk memperpanjang masa berlaku izin tinggal harus mengurus perpanjangan Askes di kantor kecamatan, kotamadya, kota, ataupun kabupaten tempat domisili untuk memperpanjang status peserta Askes.

2. Bila bermajikan tetap

Harus diasuransikan oleh majikan.

3. Tidak mempunyai pekerjaan, tapi memiliki status sebagai anggota keluarga dan dapat mengikuti suami/istri atau kerabat yang berhubungan darah langsung untuk bergabung dalam Askes

Dapat bergabung dengan Askes di tempat suami/istri atau kerabat yang berhubungan darah langsung dengannya mengurus Askes, terhitung sejak genap tinggal 6 bulan di Taiwan.

4. Tidak mempunyai pekerjaan, dan tidak memiliki anggota keluarga yang dapat diikuti untuk bergabung dalam Askes

Dapat mengurus Askes di kantor kecamatan setempat sesuai dengan alamat pada kartu ARC, terhitung sejak tinggal genap 6 bulan di Taiwan.

5. Pemilik / penanggung jawab perusahaan

Harus mengurus Askes melalui perusahaan, terhitung sejak genap tinggal 6 bulan di Taiwan.

Bab 3 Kondisi khusus



Kehilangan hak untuk mengikuti Askes

Bila Anda memenuhi kondisi di bawah ini, Anda tidak diperbolehkan untuk mengikuti Askes; bila Anda telah bergabung, Anda harus keluar dari Askes:

1. Telah hilang selama genap 6 bulan: Bila hilang karena bencana, maka dapat keluar dari Askes terhitung sejak tanggal bencana itu terjadi.
2. Kehilangan kewarganegaraan Taiwan, pindah dan menetap di luar negeri, izin menetap (tinggal) di Taiwan telah habis masa berlakunya.

Bila Asuransi terputus, bagaimana cara untuk mengikuti Askes kembali?

Bila Askes Anda terputus karena pindah kerja, perubahan status, pindah alamat, dan lain sebagainya, pada saat berobat, Anda harus membayar sendiri terlebih dahulu biaya pengobatan tersebut. Oleh karena itu kami sarankan untuk segera mengajukan permohonan untuk melanjutkan kembali Askes Anda. Proses untuk melanjutkan kembali Askes Anda adalah sebagai berikut:

1. Selama Askes Anda terputus, bila Anda adalah karyawan sebuah perusahaan, kantor, atau lembaga, maka Anda harus mengurus

penyambungan Askes di tempat kerja Anda semula.

2. Selama Askes Anda terputus, bila Anda adalah anggota serikat pekerja, serikat petani atau serikat nelayan, maka Anda harus mengurus penyambungan Askes di serikat pekerja, serikat petani, ataupun serikat nelayan tempat Anda berada semula.
3. Selama Askes Anda terputus, bila Anda tidak memiliki pekerjaan, tapi menurut hukum Anda dapat mengikuti keluarga Anda yang mempunyai pekerjaan, maka Anda harus mengurus penyambungan Askes dengan status anggota keluarga di tempat suami/istri atau kerabat yang berhubungan darah langsung dengan Anda mengurus Askes.
4. Selama Askes Anda terputus, bila Anda tidak memiliki pekerjaan, dan juga menurut hukum tidak mempunyai suami/istri, atau kerabat yang berhubungan darah langsung dengan Anda yang dapat diikuti, maka Anda harus mengurus penyambungan Askes di kantor kecamatan, kota, kotamadya, kabupaten tempat domisili (kartu keluarga) Anda berada.

Cara mengikuti Askes bagi masyarakat yang telah lama tinggal di luar negeri dan kini kembali ke Taiwan

Bila tidak terdapat data bahwa Anda pernah mengikuti Askes dalam waktu 2 tahun terakhir sebelum kembali ke Taiwan, maka Anda harus genap 6 bulan menetap di Taiwan, baru setelah itu Anda dapat mengajukan permohonan untuk bergabung dalam Askes dan menikmati layanan pengobatan Askes.

1. Bila Anda ke luar negeri di bawah 2 tahun, dan masih mempunyai kartu keluarga di Taiwan, maka Anda memiliki status sebagai peserta Askes dan wajib untuk bergabung dalam Askes sesuai dengan peraturan yang berlaku.
2. Bila Anda pindah dan menetap di luar negeri (data kartu keluarga di Taiwan telah dipindahkan), dan keluar dari Askes



kurang dari 2 tahun, setelah Anda kembali ke Taiwan, Anda cukup mengurus pemulihan kembali kartu keluarga Anda di Taiwan, dan Anda dapat langsung menjadi peserta Askes.

3. Bila Anda pindah dan menetap di luar negeri (data kartu keluarga di Taiwan telah dipindahkan), dan telah keluar dari Askes genap 2 tahun, setelah kembali ke Taiwan, Anda harus menunggu pemulihan kembali kartu keluarga di Taiwan setelah genap 6 bulan, Anda baru dapat menjadi peserta Askes

Kondisi di mana peserta dapat mengajukan penghentian Askes

1. Hilang selama kurang dari 6 bulan.

- (1) Keluarga dapat mengisi formulir penghentian Askes atas nama yang bersangkutan, terhitung mulai dari bulan bersangkutan dinyatakan hilang.
- (2) Bukti dokumen: Tanda terima formulir rangkap tiga untuk pencarian orang hilang yang dikeluarkan oleh kantor polisi.
- (3) Bila orang yang hilang tersebut telah diajukan permohonan penghentian Askes, dan dia diikuti oleh anggota keluarganya untuk mengikuti Askes, maka anggota keluarganya harus memilih status lain untuk dapat bergabung dalam Askes.

2. Berencana untuk keluar negeri selama lebih dari 6 bulan, dan memilih untuk menghentikan Askes. Namun bila pernah mengurus penghentian Askes sebelumnya, dan setelah kembali ke Taiwan, Askesnya telah dipulihkan kembali selama genap 3 bulan, maka diperbolehkan untuk mengurus ulang penghentian Askes.

- (1) Bila setelah keluar negeri dan kembali ke Taiwan dalam masa kurang dari 6 bulan, maka permohonan penghentian Askes akan dibatalkan, dan harus membayar tagihan premi Askes yang tertunda.
- (2) Bila peserta Askes yang mengajukan permohonan

penghentian Askes diikuti oleh anggota keluarganya, maka anggota keluarga tersebut harus memilih status lain untuk mengurus Askes. Namun apabila instansi semula yang mengasuransikan anggota keluarga tersebut menyetujui, maka anggota keluarga tersebut dapat terus mengikuti Askes melalui instansi tersebut.

Perhatian bagi masyarakat yang berencana keluar negeri lebih dari 6 bulan apakah memilih menghentikan asuransi

Masyarakat yang masih berdomisili (memiliki kartu keluarga) di Taiwan, bila berencana untuk keluar negeri selama lebih dari 6 bulan, dapat memilih untuk “tetap mengikuti Askes” ataupun “mengajukan penghentian Askes”:

1. Tetap mengikuti Askes

Tidak perlu mengajukan permohonan apa pun, cukup dengan terus membayar premi Askes selama berada di luar negeri, maka dapat terus menikmati layanan pengobatan Askes. Bila terjadi perawatan darurat, persalinan bayi di luar negeri, tetap dapat mengajukan “Pengembalian biaya pengobatan yang dibayar sendiri terlebih dahulu” (Mengenai “Pengembalian biaya pengobatan yang dibayar sendiri terlebih dahulu”, dapat dilihat di Bab 12)

2. Mengajukan penghentian Askes

- (1) Harus mengisi “Formulir Penghentian Askes”, dan menyerahkannya sebelum ke luar negeri. Selama berada di luar negeri tidak perlu membayar premi Askes untuk sementara, namun fasilitas pengobatan Askes juga dihentikan untuk sementara. Bila yang bersangkutan tidak dapat mengurus sendiri, penghentian Askes dapat diwakilkan oleh teman atau saudara yang berada di Taiwan dengan membawa data identitas orang yang mewakili dan yang diwakili. Anda juga dapat menggunakan KTP



Digital (Citizen Digital Certificate) atau kartu Askes, menuju website Badan Asuransi Kesehatan “layanan online administrasi data Askes pribadi” untuk mengajukan permohonan penghentian asuransi secara online.

- (2) Pada saat Askes dihentikan, tidak perlu membayar premi Askes. Untuk memulihkan kembali hak berobat Askes dan memenuhi kewajiban untuk mengikuti Askes Anda, jangan lupa untuk mengurus pemulihan kembali Askes terhitung sejak tanggal kembali ke Taiwan. Namun bila Anda kembali ke Taiwan dalam waktu kurang dari 6 bulan sejak Anda ke luar negeri, maka permohonan penghentian Askes Anda akan dibatalkan, dan Anda harus membayar premi Askes terhitung sejak bulan Askes dihentikan hingga tanggal Anda kembali ke Taiwan.
- (3) Permohonan penghentian Askes yang diajukan pada saat telah berada di luar negeri, tanggal penghentian Askes harus dihitung berdasarkan tanggal formulir penghentian Askes diterima oleh kantor Administrasi Asuransi Kesehatan Nasional, tidak dapat dihitung sejak tanggal keberangkatan ke luar negeri. Permohonan penghentian Askes juga tidak dapat diajukan setelah kembali ke Taiwan, dan premi yang telah dibayarkan pada saat di luar negeri juga tidak dapat dikembalikan. Selain itu, setelah Askes dihentikan, Anda tidak dapat mengajukan permohonan untuk pemulihan kembali Askes Anda selama Anda masih berada di luar negeri, Anda juga tidak boleh mengajukan permohonan untuk pengembalian biaya pengobatan. Setelah Anda kembali ke Taiwan dan mengurus pemulihan kembali Askes Anda, Anda baru dapat menikmati kembali hak dan kepentingan pengobatan Askes.
- (4) Bagi warga yang menghentikan Askes untuk ke luar negeri, dan memilih untuk menghentikan Askesnya untuk keluar

negeri terhitung sejak 1 Januari 2013, setelah kembali ke Taiwan, dia harus menunggu genap 3 bulan untuk dapat mengajukan ulang permohonan penghentian Askes.

Bagaimana proses mengurus “penghentian Askes bila berencana ke luar negeri” dan “pemulihan Askes sewaktu kembali ke Taiwan”?

Pada saat mengurus penghentian Askes, instansi yang mengasuransikan harus mengisi satu “Formulir Penghentian Peserta Asuransi”, dengan menunjukkan bukti dokumen seperti visa, tiket pesawat, dan lain- lain. Formulir tersebut kemudian diajukan ke bagian pelayanan kantor Administrasi Asuransi Kesehatan Nasional di tempat instansi yang mengasuransikan berada untuk diproses lebih lanjut. Bila formulir penghentian Askes diajukan sebelum ke luar negeri, maka Askes akan dihentikan terhitung sejak bulan keberangkatan ke luar negeri. Bila diurus setelah ke luar negeri, maka Askes akan dihentikan terhitung sejak bulan penerimaan formulir.

Setelah mengurus penghentian Askes, bila alasan penghentian Askes telah hilang, misalnya kembali ke Taiwan, maka harus mengajukan permohonan untuk pemulihan kembali Askes terhitung sejak tanggal kepulangan ke Taiwan, dalam waktu 3 hari, instansi yang mengasuransikan harus mengisi satu “Formulir pemulihan kembali Askes” dengan melampirkan seluruh bukti imigrasi (atau fotokopi seluruh halaman paspor), dan kemudian diajukan ke bagian pelayanan kantor Administrasi Asuransi Kesehatan Nasional di tempat instansi yang mengasuransikan berada untuk diproses lebih lanjut. Bila Anda lalai untuk mengajukan permohonan pemulihan kembali Askes, di kemudian hari Anda akan ditagih dan harus membayar premi Askes terhitung sejak tanggal kepulangan Anda.



Askes bagi narapidana

Untuk memperbaiki masalah medis narapidana, mulai 1 Januari 2013 pemerintah telah mengasuransikan para tahanan di lembaga pemasyarakatan (termasuk terpidana, pelajar, terhukum, terdakwa, tahanan rehabilitasi, dan tahanan remaja dalam lembaga pemasyarakatan). Para narapidana diwajibkan untuk mengikuti Askes menurut Undang-undang yang berlaku. Para narapidana dalam lembaga pemasyarakatan oleh karena telah melanggar hukum, maka kebebasan Bergeraknya akan dibatasi, di satu sisi melindungi hak asasi mereka untuk berobat, namun di sisi lain tempat dan cara berobat mereka masih tetap harus dibatasi. Oleh karena itu, mereka diberikan prioritas untuk mendapatkan perawatan di klinik yang berada di dalam lembaga pemasyarakatan. Bila diperlukan untuk dirujuk berobat ke tempat lain, maka narapidana tersebut harus dipindahkan dengan dikawal.



Bab 4

Perhitungan dan sumber premi Askes



Bab 4

Dari mana asal uang untuk berobat dengan menggunakan kartu Askes?

Sumber dana utama Askes Nasional berasal dari pendapatan premi asuransi, dan premi asuransi tersebut berasal dari masyarakat, majikan, dan pemerintah yang ditanggung ketiga pihak bersama-sama.

Di sini ditegaskan, premi Askes Nasional hanya digunakan untuk membantu masyarakat membayar biaya pengobatan. Biaya lainnya, seperti biaya administrasi Askes Nasional, gaji karyawan, dan lain-lain, semuanya ditanggung oleh pemerintah, dan tidak menggunakan premi asuransi



Peraturan perhitungan premi

Premi umum

Tertanggung asuransi golongan pertama, kedua, ketiga dihitung menggunakan jumlah nilai tanggungan sebagai dasar perhitungan; tertanggung asuransi golongan keempat, kelima, dan keenam dihitung menggunakan nilai rata-rata dari total premi umum penerima asuransi golongan pertama sampai ketiga sebagai dasar perhitungan.

Rumus perhitungan sebagai berikut:

Kelompok 1		Pihak tertanggung	$\text{Nilai tanggungan} \times \text{tarif asuransi} \times \text{rasio perbandingan tanggungan} \times (1 + \text{jumlah anggota keluarga})$
		Badan pengaju asuransi, pemerintah	$\text{Nilai tanggungan} \times \text{tarif asuransi} \times \text{rasio perbandingan tanggungan} \times (1 + \text{rata-rata jumlah anggota keluarga})$
Kelompok 2, kelompok 3		Pihak tertanggung	$\text{Nilai tanggungan} \times \text{tarif asuransi} \times \text{rasio perbandingan tanggungan} \times (1 + \text{rata-rata jumlah anggota keluarga})$
		Pemerintah	$\text{Nilai tanggungan} \times \text{tarif asuransi} \times \text{rasio perbandingan tanggungan} \times \text{jumlah pengaju asuransi sebenarnya}$
Kelompok 6	Veteran, wakil dari pihak keluarga veteran	Pihak tertanggung	$\text{Rata-rata premi asuransi} \times \text{rasio perbandingan tanggungan} \times \text{jumlah anggota keluarga}$
		Pemerintah	$\text{Rata-rata premi asuransi} \times \text{rasio perbandingan tanggungan} \times \text{jumlah pengaju asuransi sebenarnya}$
	Penduduk regional	Pihak tertanggung	$\text{Rata-rata premi asuransi} \times \text{rasio perbandingan tanggungan} \times (1 + \text{jumlah anggota keluarga})$
		Pemerintah	$\text{Rata-rata premi asuransi} \times \text{rasio perbandingan tanggungan} \times \text{jumlah pengaju asuransi sebenarnya}$

Keterangan:

1. Rasio perbandingan tanggungan: mengacu pada "Rasio perbandingan tanggungan premi umum Askes Nasional"
2. Mulai dari Januari 2016 tarif premi umum menjadi 4,69%
3. Nilai tanggungan: mengacu pada "Tabel pengelompokkan nilai tanggungan Askes Nasional"
4. Jumlah anggota keluarga: jumlah anggota keluarga lebih dari 3 orang dihitung 3 orang
5. Rata-rata jumlah anggota keluarga: mulai 1 Januari 2016 diumumkan sebesar 0,61 orang
6. Berlaku mulai dari Januari 2016, rata-rata premi umum untuk golongan keempat dan kelima sebesar NT\$1.759 ditanggung seluruhnya oleh pemerintah.
7. Berlaku mulai April 2010, rata-rata premi umum untuk penduduk golongan keenam sebesar NT\$1.249, 60% ditanggung sendiri, sedangkan 40% sisanya dibantu oleh pemerintah. Maka, setiap orang diwajibkan membayar premi umum sebesar NT\$749 setiap bulan.





Tabel rasio pembagian tanggungan premi umum Askes Nasional

Golongan peserta asuransi			Perbandingan tanggungan(%)		
			Tertanggung	Badan pengaju asuransi	Pemerintah
Golongan pertama	Pegawai negeri	Individu dan anggota keluarga	30	70	0
	Pejabat publik, perwira dan tentara relawan	Individu dan anggota keluarga	30	70	0
	Staf dan pengajar sekolah swasta	Individu dan anggota keluarga	30	35	35
	Karyawan tetap dalam perusahaan publik dan swasta, lembaga atau organisasi dan sebagainya	Individu dan anggota keluarga	30	60	10
	Pengusaha	Individu dan anggota keluarga	100	0	0
	Pemilik wiraswasta	Individu dan anggota keluarga	100	0	0
	Pekerja Profesional dan staf teknis Pekerja bebas (freelancer)	Individu dan anggota keluarga	100	0	0
Golongan kedua	Anggota serikat kerja	Individu dan anggota keluarga	60	0	40
	Awak kapal berkewarganegaraan asing	Individu dan anggota keluarga	60	0	40
Golongan ketiga	Petani, nelayan, anggota asosiasi irigasi	Individu dan anggota keluarga	30	0	70
Golongan keempat	Tentara wajib militer	Individu	0	0	100
	Mahasiswa akademi militer, keluarga korban militer	Individu	0	0	100
	Penduduk laki-laki pelaksana tugas pengganti wajib militer	Individu	0	0	100
	Narapidana	Individu	0	0	100
Golongan kelima	Penduduk ekonomi lemah	Anggota	0	0	100
Golongan keenam	Veteran, wakil dari pihak keluarga veteran	Individu	0	0	100
	Penduduk tanpa pendapatan	Anggota keluarga	30	0	70
	Penduduk tanpa pendapatan	Individu dan anggota keluarga	60	0	40

Tabel pengelompokan nilai tanggungan Askes Nasional

Kelompok dan selisih jumlah premi	Level premi asuransi	Jumlah nilai tanggungan per bulan (NT\$)	Jumlah gaji per bulan (NT\$)	Kelompok dan selisih jumlah premi	Level premi asuransi	Jumlah nilai tanggungan per bulan (NT\$)	Jumlah gaji per bulan (NT\$)
Kelompok 1 Selisih NT\$900	1	20.008	Kurang dari 20.008	Kelompok 6 Selisih NT\$3.000	26	60.800	57.801-60.800
	2	20.100	20.009-20.100		27	63.800	60.801-63.800
					28	66.800	63.801-66.800
	3	21.000	20.101-21.000		29	69.800	66.801-69.800
	4	21.900	21.001-21.900		30	72.800	69.801-72.800
	5	22.800	21.901-22.800	Kelompok 7 Selisih NT\$3.700	31	76.500	72.801-76.500
6	24.000	22.801-24.000	32		80.200	76.501-80.200	
			33		83.900	80.201-83.900	
Kelompok 2 Selisih NT\$1.200	7	25.200	24.001-25.200	Kelompok 8 Selisih NT\$4.500	34	87.600	83.901-87.600
	8	26.400	25.201-26.400		35	92.100	87.601-92.100
	9	27.600	26.401-27.600		Kelompok 9 Selisih NT\$5.400	36	96.600
	10	28.800	27.601-28.800	37		101.100	96.601-101.100
Kelompok 3 Selisih NT\$1.500	11	30.300	28.801-30.300	38	105.600	101.101-105.600	
	12	31.800	30.301-31.800	39	110.100	105.601-110.100	
	13	33.300	31.801-33.300	Kelompok 10 Selisih NT\$6.400	40	115.500	110.101-115.500
	14	34.800	33.301-34.800		41	120.900	115.501-120.900
	15	36.300	34.801-36.300		42	126.300	120.901-126.300
16	38.200	36.301-38.200	43		131.700	126.301-131.700	
			44		137.100	131.701-137.100	
Kelompok 4 Selisih NT\$1.900	17	40.100	38.201-40.100	45	142.500	137.101-142.500	
	18	42.000	40.101-42.000	46	147.900	142.501-147.900	
	19	43.900	42.001-43.900	47	150.000	147.901-150.000	
	20	45.800	43.901-45.800	48	156.400	150.001-156.400	
Kelompok 5 Selisih NT\$2.400	21	48.200	45.801-48.200	49	162.800	156.401-162.800	
	22	50.600	48.201-50.600	50	169.200	162.801-169.200	
	23	53.000	50.601-53.000	51	175.600	169.201-175.600	
	24	55.400	53.001-55.400	52	182.000	Lebih dari 175.601	
	25	57.800	55.401-57.800				

Keterangan: Level 47 dan level sebelumnya diterapkan sesuai dengan tabel ketentuan pengelompokan dana pensiun bulanan tenaga kerja.

Berlaku mulai 1 Juli 2015



Prinsip perhitungan premi umum

1. Premi asuransi dikenakan berdasarkan sistem bulanan, jadi pada bulan tersebut, tidak peduli tanggal pengajuan asuransi, Badan Asuransi Kesehatan akan mengenakan premi asuransi untuk satu bulan penuh.
2. Pada bulan di mana pindah (status) asuransi terjadi, selain orang yang pindah pada hari terakhir, pada bulan di mana pindah asuransi terjadi tidak perlu dipungut premi di badan pengaju asuransi awal.
3. Peserta asuransi yang pindah (status) pada hari terakhir pada bulan tersebut, asuransi akan mulai berlaku pada tanggal 1 bulan berikutnya, kecuali badan pengaju asuransi memberikan bukti bahwa peserta asuransi yang pindah (status) belum menerima gaji selama satu bulan penuh pada bulan tersebut. Badan Asuransi Kesehatan akan tetap menagih premi asuransi Anda bulan tersebut pada badan pengaju asuransi semula (contoh: untuk pemindahan (status) yang dilakukan pada 30 November, asuransi akan mulai berlaku pada 1 Desember, Badan Asuransi Kesehatan akan tetap menagih pembayaran asuransi satu bulan penuh untuk bulan November)

Contoh perhitungan premi asuransi umum

Contoh 1: Zhang San bekerja di perusahaan A, gaji setiap bulan sebesar NT\$35.000, istrinya bekerja sebagai ibu rumah tangga, 3 orang anaknya masih bersekolah.

Penjelasan:

1. Zhang San sekeluarga harus mengajukan asuransi melalui perusahaan A, meskipun ada 4 orang anggota keluarga, tetapi jumlah anggota keluarga maksimal untuk perhitungan premi asuransi adalah 3 orang. Maka dari itu, 1 orang anggota keluarga tidak perlu dimasukkan dalam perhitungan.

2. Jika dilihat menurut besar pendapatan Zhang San, jumlah nilai tanggungan Zhang San adalah sebesar NT\$36.300 (menggunakan tabel pembagian tingkat jumlah pengajuan asuransi, tingkat 15).
3. Premi asuransi yang Zhang San wajib tanggung sendiri setiap bulan sebesar:
 $[NT\$36.300 \times 4,69\% \times 30\%]$ (pembulatan ke atas atau bawah) $\times(1+3)= NT\$2.044$
4. Perusahaan A wajib menanggung premi asuransi Zhang San setiap bulan sebesar:
 $[NT\$36.300 \times 4,69\% \times 60\% \times(1+0,61)]$ (pembulatan ke atas atau bawah)= NT\$1.645
5. Pemerintah, menurut Undang-undang Asuransi Kesehatan, membantu menanggung premi asuransi Zhang San setiap bulan sebesar:
 $[NT\$36.300 \times 4,69\% \times 10\% \times(1+0,61)]$ (pembulatan ke atas atau bawah)= NT\$274

Perhatian:

1. penjelasan untuk nomor 4 dan 5, angka 0,61 dalam rumus perhitungan adalah rata-rata dari jumlah anggota keluarga.
2. Mulai bulan Januari 2016 tarif premi asuransi umum menjadi 4,69%.

Contoh 2: Li Si dan istrinya mengajukan asuransi di kantor domisili setempat.

Penjelasan:

1. Li Si wajib menanggung sendiri iuran asuransi setiap bulan sebesar:
 $[NT\$1.249 \times 60\%]$ (pembulatan ke atas atau bawah) $\times(1+1)= NT\$1.498$



2. Pemerintah membantu menanggung premi asuransi Li Si setiap bulan sebesar:

$$[NT\$1.249 \times 40\%](\text{pembulatan ke atas atau bawah}) \times (1+1) = NT\$1.000$$

Premi tambahan

Prinsip perhitungan premi tambahan

1. Bila penduduk memiliki 6 macam pendapatan di bawah ini, menurut ketentuan rasio perbandingan premi tambahan (saat ini sebesar 1,91%), badan pengaju asuransi wajib memotong pendapatan peserta asuransi untuk membayar premi tambahan sebesar pendapatan peserta asuransi dikali tarif

Jenis pendapatan	Penjelasan	Kode pajak pendapatan (2 angka paling depan)
Jumlah bonus yang diperoleh dalam 1 tahun melebihi 4 kali jumlah nilai tanggungan yang diajukan	Bonus yang diberikan dalam pendapatan peserta asuransi, yang belum termasuk dalam perhitungan nilai tanggungan (seperti bonus akhir tahun, bonus dan lain sebagainya), jumlahnya melebihi 4 kali dari premi asuransi.	50
Gaji kerja paruh waktu	Gaji yang dibayar kepada pekerja paruh waktu (bagi yang Askesnya bukan ditanggung di badan tersebut)	50
Penghasilan usaha bisnis	Penghasilan usaha bisnis yang dibayar kepada masyarakat (tidak dikurangi biaya yang diperlukan atau modal usaha)	9A 9B
Pendapatan dividen	Jumlah dividen yang dibayar perusahaan kepada pemegang saham (dividen bersih + kredit imputasi).	54
Pendapatan bunga	Pendapatan yang didapatkan dari bunga obligasi, obligasi swasta, obligasi pemerintah, obligasi jangka pendek, deposito, dan bunga pinjaman lainnya.	5A 5B 5C 52

Jenis pendapatan	Penjelasan	Kode pajak pendapatan (2 angka paling depan)
Pendapatan sewa	Biaya sewa yang dibayar oleh lembaga, organisasi, perusahaan kepada masyarakat (belum dikurangi biaya depresiasi dan biaya operasi)	51

2. Premi tambahan akan dipotong langsung dari sumber dan akan langsung dipotong kepada penanggung obligasi pada saat pembayaran, dan premi asuransi tambahan dihitung berdasarkan jumlah orang dan jumlah frekuensi, tidak dijumlahkan.

Contoh perhitungan premi tambahan

[Pendapatan dividen]

Contoh: Tuan Fu memiliki beberapa tabungan deposito di Bank B, tiga tabungan di antaranya masa berlakunya hingga pada 20 Juni 2016, bunga yang dibayar secara bertahap sebesar NT\$1.500, NT\$25.000 dan NT\$1.800. Berapakah jumlah premi tambahan Tuan Fu yang harus dipotong oleh Bank B?

Perhitungan: Premi tambahan = $[NT\$25.000 \times 1,91\%]$

(pembulatan ke atas atau bawah)= NT\$478

Penjelasan: Premi tambahan dihitung secara terpisah berdasarkan besar bunga tabungan yang berbeda. Oleh karena pendapatan bunga NT\$1.500 dan NT\$1.800 belum mencapai batas minimal, dua pendapatan bunga tersebut tidak dikenakan potongan premi tambahan. Bank B harus menyerahkan premi tambahan Tuan Fu sebesar NT\$478 kepada Badan Asuransi Kesehatan sebelum tanggal 31 Juli 2016.

Perhatian: Mulai bulan Januari 2016 tarif premi tambahan asuransi menjadi 1,91%.

[Bonus]

Contoh: Tuan Wang adalah seorang teknisi software komputer. Dia bekerja di perusahaan C. Jumlah nilai tanggungan asuransi Tuan Wang setiap bulan sebesar NT\$150.000. Pada bulan Februari 2016 Tuan Wang mendapatkan bonus akhir tahun sebesar NT\$450.000, dan pada bulan Oktober mendapatkan lagi bonus sebesar NT\$600.000.

Perhitungan: Premi tambahan = $\text{NT\$}450.000 \times 1,91\% = \text{NT\$}8.595$

Penjelasan: Jumlah bonus yang diperoleh Tuan Wang pada bulan Februari sebesar NT\$450.000, jumlah tersebut belum melebihi 4 kali jumlah pertanggungan asuransi, yaitu sebesar NT\$600.000 ($\text{NT\$}150.000 \times 4$). Jadi tidak perlu ditarik premi tambahan. Bonus sebesar NT\$600.000 yang didapat Tuan Wang pada bulan Oktober, menyebabkan total jumlah bonus Tuan Wang sebesar NT\$1.050.000; jumlah kelebihanannya sebesar NT\$450.000 ($\text{NT\$}1.050.000 - \text{NT\$}600.000$). Perusahaan C harus memotong jumlah bonus yang dibagikan untuk Tuan Wang pada bulan Oktober sebesar NT\$8.595. Perhitungan lebih rinci sebagai berikut

Tanggal pembayaran	Jenis bonus	Nilai tanggungan pada bulan tersebut (A)	4 kali jumlah nilai tanggungan (B=Ax4)	Jumlah bonus (C)	Total jumlah bonus (D)	Selisih total jumlah bonus yang diperoleh dan 4 kali jumlah nilai tanggungan (E=D-B)	Perhitungan dasar premi tambahan (F) Min (C,E)	Jumlah premi tambahan (G=F*1,91%)
01/02/2016	Bonus akhir tahun	150.000	600.000	450.000	450.000	-150.000	0	0
01/10/2016	Bonus	150.000	600.000	600.000	1.050.000	450.000	450.000	8.595
Total					1.050.000			8.595

Perhatian: Mulai bulan Januari 2016 tarif premi tambahan asuransi menjadi 1,91%.

3. Ketentuan jenis pendapatan, batas maksimal dan minimal dalam perhitungan premi tambahan individu¹

Jenis pendapatan	batas minimal	batas maksimal
Total jumlah bonus selama satu tahun yang melebihi 4 kali jumlah nilai tanggungan	Tidak ada	Batas maksimal selisih kelebihan total jumlah bonus dan 4 kali jumlah nilai tanggungan sebesar NT\$10.000.000
Gaji kerja paruh waktu	Pembayaran tunggal belum mencapai upah pokok yang diumumkan oleh Lembaga Pusat Tenaga Kerja	Batas maksimal pembayaran tunggal sebesar NT\$10.000.000
Penghasilan usaha bisnis ²	Pembayaran tunggal mencapai NT\$20.000 ³	
Pendapatan dividen ²	<ol style="list-style-type: none"> Mengajukan asuransi atas nama majikan atau wiraswasta: pembayaran tunggal melebihi perhitungan biaya asuransi dan telah mencapai NT\$20.000³. Mengajukan asuransi bukan atas nama majikan atau wiraswasta: pembayaran tunggal mencapai NT\$20.000³. 	<ol style="list-style-type: none"> Mengajukan asuransi atas nama majikan atau wiraswasta: pembayaran tunggal melebihi perhitungan biaya asuransi dan telah mencapai NT\$10.000.000. Mengajukan asuransi bukan atas nama majikan atau wiraswasta: pembayaran tunggal mencapai NT\$10.000.000.
Pendapatan bunga ²	Pembayaran tunggal mencapai NT\$20.000 ³	Batas maksimal pembayaran tunggal sebesar NT\$10.000.000
Pendapatan sewa ²	Pembayaran tunggal mencapai NT\$20.000 ³	Batas maksimal pembayaran tunggal sebesar NT\$10.000.000



Catatan:

- (1) Saat perhitungan premi tambahan individu atau pendapatan mencapai batas minimal, premi tambahan dihitung berdasarkan jumlah keseluruhan; saat melebihi batas maksimal, dihitung berdasarkan batas maksimal.
- (2) Mulai dari 1 Januari 2015, bagi masyarakat dengan pendapatan menengah ke bawah, orang tua dengan pendapatan menengah ke bawah, anak-anak dan remaja penerima bantuan hidup, penderita cacat penerima bantuan hidup, keluarga dengan kondisi khusus dan masyarakat ekonomi lemah yang memenuhi persyaratan Undang-undang Asuransi Kesehatan pasal ke-100, pendapatan tunggal, termasuk pendapatan usaha bisnis, pendapatan dividen, pendapatan bunga, pendapatan sewa yang diterima belum mencapai upah gaji yang diumumkan oleh Lembaga Pusat Tenaga Kerja (saat ini adalah NT\$20.008), tidak dipotong premi asuransi tambahan.
- (3) Berlaku mulai dari 1 Januari 2016.



4. Ketentuan bebas potongan premi tambahan

Pada masa pemberian gaji, bila peserta asuransi memiliki bukti dokumen yang tertera di bawah ini, maka diperbolehkan mendapatkan bebas potongan premi tambahan

Peserta yang boleh mendapatkan bebas potongan	Ketentuan bebas potongan	Bukti dokumen
Tidak memiliki kualifikasi untuk mengajukan asuransi	(1) jumlah bonus melebihi 4 kali jumlah nilai tanggungan (2) pendapatan selain gaji yang diberikan oleh badan pengaju asuransi (3) penghasilan bisnis usaha (4) pendapatan dividen (5) pendapatan bunga (6) pendapatan sewa	Setelah penduduk yang tidak memiliki kualifikasi untuk mengajukan asuransi berinisiatif menginformasikan kondisinya, obligor (pihak yang berkewajiban untuk memotong) memastikan kepada Badan Asuransi Kesehatan.
Termasuk dalam tertanggung asuransi kesehatan golongan 5		Bukti penduduk ekonomi lemah yang masih berlaku yang dikeluarkan oleh pemerintah atau lembaga sosial yang berwenang, pada masa pemberian gaji.
Tertanggung asuransi golongan 2	Pendapatan selain gaji yang diberikan oleh badan pengaju asuransi	Bukti masa jaminan/ tanggungan dan bukti pembayaran premi asuransi yang dikeluarkan oleh serikat kerja, pada masa pemberian gaji.
Tenaga kerja profesional dan staf teknisi serta pekerja bebas atau pemilik wiraswasta yang diasuransikan melalui serikat kerja (jumlah nilai tanggungan dihitung berdasarkan penghasilan bisnis usaha)	Penghasilan bisnis usaha	Pada masa pemberian gaji: a. Peserta asuransi dengan identitas staf teknisi: bukti masa tanggungan/jaminan yang dikeluarkan oleh badan pengaju asuransi (penanggung). b. Peserta asuransi yang mengajukan melalui serikat kerja: bukti masa tanggungan/ jaminan dan bukti pembayaran iuran asuransi yang dikeluarkan oleh serikat kerja.



Bab 4

Peserta yang boleh mendapatkan bebas potongan	Ketentuan bebas potongan	Bukti dokumen
Anak-anak dan remaja	Pendapatan yang dibayar bukan oleh badan pengaju asuransi, masa pembayaran adalah 1 Januari 2013 sampai dengan 31 Agustus 2014, serta pembayaran tunggal belum mencapai upah gaji pokok	Dokumen identitas diri
Penderita cacat dengan pendapatan yang diasuransikan belum mencapai upah gaji pokok		Buku pedoman atau bukti bukti penderita cacat dari lembaga sosial selama masa pembayaran gaji dan bukti dokumen asuransi tenaga kerja
Mahasiswa S1, S2, dan S3 yang bersekolah di dalam negeri dan tidak memiliki pekerjaan tetap		Formulir pendaftaran pendaftaran sekolah atau kartu pelajar dengan stempel pendaftaran selama masa pembayaran gaji serta surat bukti tanpa pekerjaan tetap.
Penduduk dengan pendapatan menengah ke bawah	(I) Pendapatan yang diperoleh bukan dari badan pengaju asuransi, masa pembayaran adalah 1 Januari 2013 sampai dengan 31 Agustus 2014, pembayaran tunggal belum mencapai upah gaji pokok.	Bukti dokumen penduduk dengan pendapatan menengah ke bawah yang masih berlaku yang dikeluarkan oleh pemerintah atau lembaga sosial yang berwenang, pada masa pemberian gaji
Penduduk yang memenuhi persyaratan penduduk ekonomi lemah, yang ditetapkan dalam Undang-undang Asuransi Kesehatan pasal ke-100	(II) Untuk pendapatan di bawah ini yang pembayarannya dilakukan setelah 1 Januari 2015, serta pembayaran tunggal belum mencapai upah gaji pokok: 1. Pendapatan usaha bisnis 2. Pendapatan dividen 3. Pendapatan bunga 4. Pendapatan sewa	Bukti dokumen penduduk ekonomi lemah (kesulitan ekonomi) yang masih berlaku, pada masa pemberian gaji Surat bukti audit kualifikasi dan persetujuan yang dikeluarkan oleh pemerintah atau lembaga sosial yang berwenang, pada masa pemberian gaji
Orang tua dengan pendapatan menengah ke bawah	Untuk pendapatan di bawah ini yang pembayarannya dilakukan setelah 1 Januari 2015, serta pembayaran tunggal belum mencapai upah gaji pokok: 1. Pendapatan usaha bisnis 2. Pendapatan dividen 3. Pendapatan bunga 4. Pendapatan sewa	
Penduduk yang memperoleh bantuan dana untuk penderita cacat		
Anak-anak dan remaja penerima bantuan hidup		
Penerima bantuan karena keluarga dengan kondisi khusus		

5. Premi tambahan majikan (badan pengaju asuransi)

(Total gaji tiap bulan yang dibayar badan pengaju asuransi – total nilai tanggungan pegawai pada bulan tersebut) × 1,91%

- Tidak ada batas maksimal
- Setelah dihitung masing-masing oleh majikan, dibayar secara bulanan bersama-sama dengan premi umum

Bab 5

Cara pembayaran premi Askes



Di mana saya dapat bertanya bila ada pertanyaan mengenai perhitungan premi?

Pada slip pembayaran yang dikirim oleh Badan Asuransi Kesehatan kepada Anda atau perusahaan Anda, terdapat nomor telepon karyawan Badan Asuransi Kesehatan yang bertugas. Bila Anda memiliki pertanyaan sehubungan dengan perhitungan premi asuransi, Anda dapat langsung menghubungi nomor tersebut dan meminta bantuan.

Membayar premi Askes dapat saling membantu dan mengurangi pajak

“Menurut Undang-undang Pajak Pendapatan pasal 17, tidak ada batas maksimal untuk jumlah potongan pajak yang dilaporkan melalui premi asuransi. Dengan kata lain, pada saat menghitung dan melaporkan pajak pendapatan, bila memilih cara pengurangan pajak melalui hitungan terperinci, premi asuransi yang dilaporkan dapat dibagi menjadi dua macam:

1. Pengeluaran premi asuransi kesehatan

Individu, pasangan dan keluarga dekat (langsung), semua premi asuransi yang dibayar oleh setiap orang per tahun boleh dilaporkan untuk mendapatkan potongan pajak, tidak ada batas maksimal untuk jumlah potongan pajak. Dengan kata lain,



semakin banyak jumlah premi asuransi yang biasa dibayar, semakin banyak jumlah potongan pajak, tentu saja pajak pendapatan yang harus dibayar akan semakin sedikit.

2. Pengeluaran premi asuransi lainnya

Termasuk asuransi jiwa, asuransi kecelakaan, asuransi tahunan, serta asuransi pekerjaan, asuransi petani, asuransi tentara dan staf pendidikan dan pengeluaran asuransi lainnya, terdapat batas maksimal untuk jumlah potongan pajak yang boleh didapat setiap orang melalui asuransi jenis ini setiap tahunnya.

Bagaimana cara mengajukan permohonan bukti pembayaran Askes

Saat mendaftarkan pajak penghasilan menyeluruh, iuran premi Askes Nasional dan iuran premi tambahan dapat dipotong sekaligus, tidak menerima batasan maksimal potongan NT\$24.000. Data mengenai iuran Askes saat ini dapat diperiksa melalui website kantor perpajakan di setiap daerah. Jika menggunakan software pengajuan permohonan perhitungan elektronik pajak penghasilan menyeluruh untuk memeriksa potongan iuran Askes, tidak perlu melampirkan bukti pembayaran.

Bila Anda masih membutuhkan keterangan sehubungan dengan pembayaran asuransi, penjelasan cara pengambilan data yang berkaitan adalah sebagai berikut:

1. Bukti pembayaran premi asuransi umum

Jika Anda mendaftar asuransi melalui perusahaan (nomor industri) atau serikat (serikat nelayan, serikat petani, serikat perairan), mohon Anda mengajukan permohonan bukti pembayaran kepada perusahaan (nomor industri) atau serikat (serikat nelayan, serikat petani, serikat perairan).

2. Bukti pemotongan premi asuransi tambahan

Anda dapat mengajukan permohonan kepada tiap lembaga yang memotong iuran premi tambahan. Badan Asuransi Kesehatan akan mengumpulkan data rincian pemotongan dari

lembaga-lembaga tersebut. Sejak bulan April, memberikan kepada masyarakat pemeriksaan bukti pembayaran pada tahun sebelumnya. Informasi tersebut secara bersamaan akan disediakan platform informasi unit perpajakan sebagai potongan pajak saat masyarakat mendaftarkan pajak penghasilan menyeluruhnya.

3. Bila Anda pada akhir bulan April, belum menerima bukti pembayaran asuransi (termasuk premi asuransi tambahan), Anda dapat pada saat mengurus pembayaran asuransi bulan Mei memilih jalur permohonan di bawah ini yang paling praktis bagi Anda untuk mengajukan permohonan penerbitan ulang:

- (1) Menggunakan KTP Digital (Citizen Digital Certificate), menggunakan software pengajuan permohonan perhitungan elektronik pajak penghasilan menyeluruh yang disediakan oleh website-website kantor pajak berbagai area, atau area operasi "Pengurusan dan pemeriksaan melalui internet" pada website dinas perpajakan (juga boleh menggunakan kartu Askes), Anda dapat memeriksa dan download sendiri.
- (2) Membawa KTP pribadi asli, menuju kantor cabang pajak, kantor pengumpulan pajak, kantor tempat (kecamatan, kotamadya, kota, ataupun kabupaten) mengajukan asuransi, Badan Asuransi Kesehatan kantor berbagai cabang kelompok usaha atau menghubungi kantor untuk mengajukan permohonan pemeriksaan.
- (3) Menuju mesin multimedia informasi yang disediakan toko kenyamanan serba ada, menggunakan KTP Digital (Citizen Digital Certificate) juga bisa mencetak bukti pembayaran iuran tahun lalu (tiap tahun pada bulan Januari sampai dengan Maret dilakukan operasi konversi file bukti pembayaran data pembayaran, dalam jangka waktu tersebut layanan pencetakan bukti pembayaran akan diberhentikan sementara).



Cara pembayaran premi Askes

Premi asuransi umum

1. Orang yang diasuransikan lewat perusahaan:

Perusahaan akan langsung memotong dari gaji, kemudian menyerahkannya kepada Badan Asuransi Kesehatan.

2. Orang yang diasuransikan melalui serikat/persatuan pekerja, petani, atau nelayan:

Mohon berikan premi asuransi yang wajib Anda tanggung sendiri kepada serikat tempat Anda mengajukan asuransi, serikat tersebut kemudian akan menyerahkannya kepada Badan Asuransi Kesehatan.

3. Orang yang tidak memiliki pekerjaan, serta mengajukan asuransi di kantor desa, kantor kabupaten atau kota, kantor daerah setempat:

Anda dapat memilih salah satu dari cara di bawah ini yang paling memudahkan Anda untuk melakukan pembayaran:

(1) Pembayaran transfer melalui lembaga keuangan (bank)

Anda dapat pergi ke salah satu lembaga keuangan yang telah ditunjuk oleh Badan Asuransi Kesehatan dan mengurus pembayaran transfer otomatis melalui rekening.

(2) Pembayaran melalui loket

Anda dapat pergi ke loket di lembaga keuangan yang telah ditunjuk oleh Badan Asuransi Kesehatan, dan melakukan pembayaran langsung dengan membawa slip pembayaran yang dikirimkan oleh Badan Asuransi Kesehatan kepada Anda.

(3) Pembayaran melalui Toko 24 jam (Mini Market)

Anda dapat pergi ke 7-eleven, Family Mart, Hi-Life, OK Mart, atau Toko 24 jam terdekat lainnya, dan melakukan pembayaran langsung dengan membawa slip pembayaran yang dikirimkan oleh Badan Asuransi Kesehatan kepada Anda (biaya administrasi ditanggung sendiri, batas maksimal

jumlah pembayaran sebesar NT\$20.000).

(4) Pembayaran melalui transfer mesin ATM

Anda dapat melakukan pembayaran melalui transfer mesin ATM yang memiliki lambang layanan transfer antar bank otomatis (biaya transfer antar bank ditanggung sendiri).

(5) Pembayaran melalui Internet

Anda dapat masuk ke dalam website Badan Asuransi Kesehatan <http://www.nhi.gov.tw/>, website Bank of Taiwan <https://ebank.bot.com.tw/>, atau website Jaringan Pembayaran Nasional <http://ebill.ba.org.tw/>, dan mengikuti petunjuk pembayaran dengan menggunakan kartu ATM (biaya transfer antar bank ditanggung sendiri).

Kami sarankan Anda menggunakan pembayaran transfer otomatis melalui rekening, tidak hanya menghemat waktu, Anda juga dapat menghindari denda karena keterlambatan membayar.

(6) Pembayaran mobile

Anda dapat melakukan pembayaran melalui <http://ebill.ba.org.tw/>, masukkan nomor KTP Digital (Citizen Digital Certificate) dan nomor rekening tabungan Anda (biaya administrasi harus Anda tanggung sendiri).

Bagaimana cara mengurus pembayaran transfer otomatis melalui rekening

Anda dapat pergi ke salah satu lembaga keuangan yang telah ditunjuk oleh Badan Asuransi Kesehatan, mengisi “Formulir pendaftaran pembukaan (pembatalan) rekening

pembayaran Asuransi Kesehatan Nasional” (Anda harus menyertakan slip pembayaran premi asuransi bulan terdekat atau fotokopi bukti pembayaran sebagai referensi), dan mengurus ke petugas loket dengan membawa buku rekening tabungan, stempel nama dan KTP, menuju loket untuk mengajukan permohonan pembayaran otomatis asuransi kesehatan melalui transfer rekening.



Setelah Anda mengajukan pembayaran premi asuransi melalui rekening, mulai dari bulan berikutnya premi asuransi dapat langsung dipotong dari rekening yang telah ditentukan.

Bagaimana kalau saya lupa untuk membayar, atau saldo tabungan saya tidak cukup untuk transfer pembayaran premi?

Perhitungan “keterlambatan pembayaran” dan “denda keterlambatan”

Setelah rekening pembayaran otomatis Anda berlaku, lembaga keuangan yang telah ditunjuk akan melakukan pemotongan rutin pada tanggal 15 setiap bulannya (hari batas tenggang waktu pembayaran premi asuransi). Bila saldo tabungan Anda tidak cukup, lembaga keuangan tidak akan melakukan pemotongan, dan Badan Asuransi Kesehatan akan mengirimkan tanda bukti transaksi gagal ke rumah Anda. Setelah menerima tanda bukti transaksi gagal, mohon agar Anda melakukan pembayaran melalui jalur lainnya dengan membawa tanda bukti tersebut. Maka dari itu, demi memudahkan proses pemotongan dan pembayaran, mohon agar Anda setiap bulan sebelum tanggal 15 memastikan bahwa saldo tabungan Anda cukup.

Apapun jalur pembayaran yang Anda gunakan, ketika Anda melebihi batas akhir pembayaran premi asuransi (batas akhir pembayaran adalah setiap tanggal 15 bulan berikutnya), Badan Asuransi Kesehatan akan mulai dari batas akhir pembayaran hari berikutnya (batas waktu pembayaran tanggal 16 bulan berikutnya) sampai dengan sehari sebelum pembayaran lunas, Badan Asuransi Kesehatan akan mengenakan denda keterlambatan setiap harinya sebesar 0,001 (satu per seribu) premi asuransi. Denda keterlambatan yang dikenakan untuk badan pengaju asuransi dan penanggung obligasi maksimal sampai dengan 15%. Denda keterlambatan yang dikenakan untuk peserta asuransi maksimal sampai dengan 5%

Premi asuransi tambahan

Individu

Premi tambahan dipotong langsung dari sumber pendapatan. Pemotongan tersebut dilakukan langsung oleh pihak pemberi gaji pada saat pembayaran, dan diserahkan oleh pihak pemberi gaji kepada Badan Asuransi Kesehatan. Jumlah pemotongan berdasarkan tarif premi asuransi tambahan. Sebagai contoh, sebelum memberikan gaji kepada pembicara dalam seminar, pihak pemberi gaji akan memotong terlebih dahulu premi asuransi tambahan berdasarkan tarif dari gaji, baru kemudian memberikan gaji tersebut kepada pembicara seminar. Pembicara tidak perlu lagi mengurus administrasi lainnya.

Pendapatan dividen oleh karena jumlah potongan pajak dapat berubah, atau saham dividen oleh karena tidak ada cukup uang tunai untuk dipotong untuk membayar premi asuransi tambahan yang telah ditentukan, serta apabila jumlah pendapatan bunga tunggal yang didapat mencapai NT\$20.000 obligor belum melakukan potongan untuk premi asuransi tambahan, Badan Asuransi Kesehatan akan mengirimkan slip pembayaran dan meminta kepada individu pada tahun berikutnya. Setelah individu mendapatkan slip pembayaran, pembayaran boleh dilakukan melalui loket dalam lembaga keuangan yang telah ditunjuk oleh Badan Asuransi Kesehatan, juga dapat melalui Toko 24 jam, melalui transfer ATM, atau melalui Internet.

Majikan

Perhitungan premi asuransi tambahan untuk pengusaha, berdasarkan selisih dari total pengeluaran gaji setiap bulan dan total asuransi setiap bulan yang diajukan untuk seluruh karyawan, kemudian dihitung sesuai dengan tarif premi asuransi tambahan. Proses pembayaran premi asuransi tambahan tidak akan menambah beban pekerjaan pengusaha karena dibayar secara bulanan bersama-sama dengan tanggungan premi asuransi umum yang berlaku sesuai dengan ketentuan.



Bab 6

Bab 6

Pelayanan Medis yang disediakan Askes

Rawat jalan dan rujukan ke tempat lain

Saat pergi berobat dengan status peserta Askes, Askes dapat membantu Anda menanggung sebagian besar dari biaya pemeriksaan dan biaya obat-obatan. Anda hanya butuh membayar sebagian kecil dari biaya pengobatan (untuk keterangan lebih jelas tentang “Tanggungjawab dasar sebagian untuk rawat jalan” dan “Tanggungjawab sebagian untuk obat-obatan”, silakan lihat Bab 7)

1. Pergi berobat ke klinik terlebih dahulu, bila perlu, baru merujuk ke rumah sakit:

Agar rumah sakit dengan berbagai macam tingkatan dapat memberikan layanan terbaik kepada Anda, kami sarankan Anda untuk mencari dokter yang dapat dipercaya di sekitar tempat tinggal Anda untuk menjadi dokter keluarga Anda. Saat sakit, dokter inilah yang akan pertama-tama memberi Anda pengobatan. Bila diperlukan pemeriksaan lebih lanjut, operasi, ataupun rawat inap, klinik akan membantu Anda merujuk ke rumah sakit.

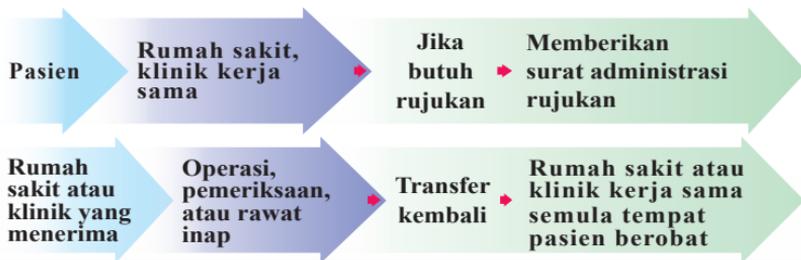
Kebaikan dari cara ini adalah, pertama, Anda dapat mendaftarkan informasi lengkap mengenai riwayat medis Anda dan mendapatkan layanan perawatan medis profesional; kedua, Anda dapat menghemat waktu dan biaya yang diperlukan untuk mencari dokter.

2. Biaya yang diperlukan lebih banyak bila langsung pergi berobat ke rumah sakit tanpa melalui rujukan:

Berlaku mulai 15 Juli 2005, bila Anda pergi berobat ke klinik, tanggungan dasar sebagian untuk biaya rawat jalan tidak berubah, yaitu sebesar NT\$50. Bila menurut diagnosa dokter sesuai dengan keperluan pengobatan penyakit Anda, Anda boleh membawa surat rujukan yang ditulis oleh dokter klinik tempat Anda pergi berobat, dan menuju rumah sakit regional, rumah sakit daerah, atau pusat kesehatan untuk mendapatkan pengobatan lebih lanjut. Pasien yang melakukan operasi rawat jalan, operasi darurat, atau rawat inap, dan setelah keluar dari rumah sakit dalam waktu 1 bulan kembali ke rumah sakit untuk pemeriksaan kembali pertama kalinya, serta pasien yang baru melahirkan dan setelah keluar dari rumah sakit dalam waktu 6 minggu kembali ke rumah sakit untuk pemeriksaan kembali pertama kalinya, dianggap sebagai pasien rujukan, dan hanya butuh membayar tanggungan sebagian dengan jumlah yang lebih sedikit.

Bila dibandingkan dengan pasien yang langsung pergi berobat ke rumah sakit regional, rumah sakit daerah, atau pusat kesehatan (tidak termasuk dokter gigi dan pengobatan Cina) tanpa melalui rujukan, “Tanggungan dasar sebagian untuk biaya rawat jalan” akan lebih banyak dibanding pasien dengan rujukan, yaitu dengan selisih sebesar NT\$30, NT\$100, NT\$150. Sedangkan bagian “Tanggungan sebagian untuk biaya obat-obatan” tidak berbeda baik yang berobat langsung ke rumah sakit atau melalui rujukan.

Bagaimana cara merujuk ke tempat lain?





Hanya dengan mengingat beberapa langkah di bawah ini, Anda dapat merujuk dengan mudah, menghemat waktu dan tenaga:

Langkah 1: Bila sakit, pergilah berobat ke klinik dasar terdekat atau dokter keluarga terlebih dulu, biarkan dokter tersebut memberikan diagnosa dan pengobatan awal.

Langkah 2: Bila butuh menjalani operasi, pemeriksaan, atau rawat inap, atau dokter menyarankan agar Anda pergi merujuk ke rumah sakit untuk mendapatkan pengobatan lebih lanjut, dokter akan memberi Anda surat rujukan dan mengatur rujukan Anda, termasuk hari rujukan, divisi klinik, serta bantuan untuk pendaftaran.

Langkah 3: Pergilah ke rumah sakit yang ditunjuk pada waktu yang tertera dalam surat rujukan, serahkan surat rujukan ke loket layanan rujukan untuk diperiksa.

Langkah 4: Setelah rumah sakit menerima pasien rujukan, dalam waktu 3 hari untuk pasien rawat jalan, dan 14 hari setelah keluar dari rumah sakit untuk pasien rawat inap, rumah sakit akan memberitahu kondisi penanganan, saran, atau ringkasan medis pasien kepada klinik atau rumah sakit tempat pasien berobat semula. Menurut keadaan penyakitnya, bila pasien membutuhkan pengobatan lebih lanjut dan menginap di rumah sakit rujukan, pemberitahuan tersebut juga akan sekaligus diberitahukan.

Langkah 5: Bila pasien tidak butuh melanjutkan pengobatan di rumah sakit atau klinik rujukan, tetapi tetap membutuhkan pengobatan, pengobatan boleh dilanjutkan di klinik atau rumah sakit tempat pasien pergi berobat semula.

Keterangan:

1. Segala proses transfer masuk atau transfer keluar, terlepas dari tempat asal dan tempat tujuan transfer: rumah sakit ke klinik,

klinik ke rumah sakit, ataupun tempat pengobatan dengan tingkatan yang sama, termasuk rujukan.

2. Rumah sakit atau klinik yang memiliki kerja sama khusus dengan Askes, boleh mengeluarkan surat rujukan, pasien dapat langsung menuju rumah sakit tingkatan manapun yang telah ditentukan dengan membawa surat rujukan, tidak perlu rujukan per tingkatan.

Proses perawatan yang sama

Terhadap diagnosa yang sama, membutuhkan pengobatan berlanjut yang tertera di bawah ini, termasuk dalam proses perawatan yang sama:

1. Pengobatan Barat: sejak hari pengobatan pertama

- (1) Dalam waktu 2 hari menerima penggantian obat untuk luka ringan.
- (2) Dalam waktu 30 hari menerima maksimal 6 kali suntikan non-kimia yang sama.
- (3) Dalam waktu 30 hari menerima maksimal 6 kali terapi.
- (4) Dalam waktu 30 hari menerima maksimal 6 kali fototerapi gangguan kulit, inkontinensia urin terapi stimulasi listrik, biofeedback pelatihan otot panggul.
- (5) Dalam waktu 30 hari melakukan maksimal 6 kali membuka jahitan operasi.
- (6) Dalam waktu 30 hari menerima maksimal 6 kali terapi rehabilitasi paru-paru.
- (7) Sebelum akhir bulan berikutnya anak berusia di bawah 9 tahun menerima pengobatan berulang atau sama selama 6 kali atau kurang
- (8) Dalam waktu 30 hari menerima terapi radiasi kanker atau radioterapi.
- (9) Dalam waktu 30 hari melakukan pengobatan cuci darah



atau ginjal.

- (10) Dalam waktu 30 hari menerima terapi oksigen hiperbarik.
- (11) Dalam waktu 30 hari menerima terapi desensitisasi.
- (12) Dalam waktu 30 hari menerima perawatan di rumah.
- (13) Dalam waktu 30 hari menerima terapi mental untuk masyarakat.
- (14) Dalam waktu 30 hari menerima terapi kejiwaan, terapi okupasi aktif atau psikoterapi.

2. Dokter gigi: sejak hari pengobatan pertama

- (1) Dalam waktu 30 hari menerima maksimal 6 kali pengobatan terhadap pencabutan gigi yang sama.
- (2) Dalam waktu 30 hari menerima maksimal 6 kali pengobatan restorasi (tambal gigi) terhadap gigi yang sama.
- (3) Dalam waktu 30 hari menerima maksimal 6 kali pembersihan karang terhadap gigi yang sama.
- (4) Dalam waktu 60 hari menerima perawatan saluran akar gigi pada bagian yang sama.

3. Pengobatan Cina: sejak hari pengobatan pertama

- (1) Dalam waktu 30 hari menerima maksimal 6 kali pengobatan akupunktur yang sama.
- (2) Dalam waktu 30 hari menerima maksimal 6 kali pengobatan untuk dislokasi yang sama.
- (3) Dalam waktu 30 hari menerima maksimal 6 kali pengobatan untuk luka yang sama.

Dalam proses perawatan yang sama, selain pembayaran tanggungan dasar sebagian pada saat pengobatan pertama kalinya, pasien pada masa pengobatan tidak perlu membayar tanggungan dasar sebagian rawat jalan (tidak termasuk pasien rehabilitasi fisik dan pengobatan luka secara tradisional).

Bila Anda adalah pasien rehabilitasi fisik dan pengobatan luka

secara tradisional, maka, mulai dari proses perawatan yang sama kedua kalinya, Anda harus membayar tanggungan sebagian rawat jalan sebesar NT\$50 setiap kali perawatan (tidak termasuk pasien rehabilitasi fisik “tingkat kesulitan menengah ke atas” dan luka “tingkat kesulitan atas”).

Setiap kali perawatan Anda wajib membawa kartu Askes sebagai bukti pengobatan, supaya rumah sakit dapat membuat catatan medis.

Perhatian

1. Bila dokter yang semula membantu pengobatan Anda, saat memberikan proses perawatan yang sama juga memberikan layanan pengobatan lainnya, tidak perlu memotong jumlah kunjungan dokter.
2. Dalam proses pengobatan, bila karena keadaan penyakit berubah, tidak dapat melanjutkan pengobatan semula, bila dokter mendiagnosa ulang, kondisi ini tidak termasuk dalam batasan proses perawatan yang sama. Maka, sesuai dengan prosedur yang berlaku, pasien harus mendaftar ulang, berobat, dan membayar biaya.

Rawat darurat

Badan Asuransi Kesehatan membantu menanggung sebagian besar dari biaya administrasi, pemeriksaan, pengobatan yang dilakukan saat rawat darurat. Anda hanya butuh membayar “Tanggungan sebagian untuk rawat darurat” (keterangan lebih lanjut mengenai tanggungan sebagian untuk rawat darurat, silakan lihat Bab 7).

Rawat inap

Bagi masyarakat yang bergabung dalam Askes, bila membutuhkan rawat inap, Askes akan membantu menanggung sebagian besar dari “biaya kamar inap untuk ranjang asuransi”



dan “biaya rawat inap rumah sakit”, Anda hanya perlu membayar 5%~30% tanggungan sebagian untuk rawat inap (keterangan lebih lanjut mengenai tanggungan sebagian untuk rawat inap, silakan lihat Bab 7).

1. Biaya kamar inap

“Ranjang asuransi” adalah ranjang dalam setiap kamar inap rumah sakit yang memiliki tiga ranjang (atau lebih) serta ranjang khusus seperti ranjang perawatan intensif, ranjang isolasi. Bila yang Anda tempati bukan ranjang asuransi, maka Anda harus membayar selisih biaya yang tidak ditanggung oleh Askes. Mengenai selisih biaya kamar rumah sakit: kamar inap untuk satu orang atau kamar inap untuk dua orang, Anda dapat melihat langsung di loket rumah sakit, website, atau pada papan pengumuman di stasiun perawat di rumah sakit tersebut.

Biaya kamar inap rumah sakit dihitung mulai dari hari pertama rawat inap, hari saat pasien keluar rumah sakit tidak dihitung. Dengan kata lain “hitung masuk, tidak hitung keluar”.

2. Biaya rawat inap

Biaya rawat inap termasuk biaya pemeriksaan, pengobatan, administrasi, dan operasi. Meskipun tidak ada batas maksimal jumlah hari rawat inap, tapi tetap harus dilihat dari kondisi penyakit dan kebutuhan pengobatan Anda.

Bila dokter mendiagnosa Anda tidak perlu menjalani rawat inap, tapi Anda bersikeras untuk menjalaninya, Askes tidak akan membantu menanggung biaya rawat inap. Anda harus menanggung sendiri seluruh biaya tersebut. Selain itu, sesuai dengan ketentuan pemakaian obat khusus, bila melalui diagnosa dokter, keadaan penyakit sesuai dengan ketentuan, biaya akan ditanggung oleh Askes.

Perawatan di rumah

Perawatan di rumah adalah layanan perawatan, termasuk kunjungan, pemeriksaan, penyediaan bahan-bahan pengobatan,

layanan perawatan umum, pemantauan pernapasan, pencernaan atau saluran kemih pasien, dan perawatan berbagai jenis kateter dan stoma lainnya, dan pengiriman pemeriksaan spesimen atas nama pasien, serta bantuan dan bimbingan bagi anggota keluarga atau perawat di rumah untuk menguasai beberapa teknik untuk menjaga pasien.

1. Bagaimanakah cara mendaftar

- (1) Bila pasien rawat inap yang melalui diagnosa dokter memenuhi persyaratan untuk menjalani perawatan di rumah, departemen rumah sakit yang bertanggung jawab mengatur perawatan di rumah akan langsung mendaftarkan, atau mengatur rujukan pasien ke lembaga medis atau fasilitas perawatan lain yang memiliki layanan perawatan di rumah.
- (2) Bila pasien bukan merupakan pasien rawat inap, tetapi melalui diagnosa dokter memenuhi persyaratan untuk menjalani perawatan di rumah, juga boleh langsung mendaftar kepada lembaga medis atau fasilitas perawatan yang memiliki layanan perawatan di rumah.

Pasien yang memenuhi kriteria berikut terdaftar dalam perawatan di rumah

1. Saat pasien sadar, lebih dari 50% kegiatannya terbatas di tempat tidur atau kursi.
2. Pasien memiliki kebutuhan perawatan medis dan layanan perawatan yang jelas.
3. Pasien dengan penyakit kronis yang membutuhkan perawatan jangka panjang atau tetap membutuhkan perawatan setelah keluar dari rumah sakit.

2. Peraturan sehubungan dengan Askes

- (1) Perawatan di rumah dalam waktu 30 hari dianggap sebagai proses perawatan yang sama. Jumlah kunjungan berobat



pada kartu Askes pasien hanya perlu dipotong pada saat kunjungan dokter dan perawat pertama kalinya setiap bulan.

- (2) Jumlah kunjungan ke rumah pasien pada dasarnya dibagi sebagai berikut: perawat dua kali sebulan, dokter sekali dalam dua bulan.
- (3) Tanggungan sebagian yang harus ditanggung pasien adalah sebesar 5% dari biaya pengobatan setiap kunjungan (tidak termasuk pasien yang memenuhi persyaratan bebas tanggungan).
- (4) Biaya transportasi kunjungan dokter dan perawat ditanggung oleh pasien.

Perawatan rumah Hospice

Askes menyediakan tiga macam perawatan Hospice: perawatan Hospice di rumah sakit, perawatan Hospice di rumah (termasuk perawatan Hospice di komunitas), perawatan Hospice bersama. Pasien penerima perawatan jenis ini adalah pasien dengan semua jenis kanker stadium akhir, pasien penderita Sklerosis lateral amiotrofik, serta pasien penderita 8 macam penyakit parah lainnya. Kedelapan macam penyakit parah ini adalah: “penyakit mental yang disebabkan oleh usia lanjut”, “kerusakan otak/mental lainnya”, “gagal jantung”, “hambatan saluran pernapasan kronis, letaknya belum diidentifikasi”, “penyakit paru-paru lainnya”, “penyakit hati kronis dan sirosis”, “gagal ginjal akut, belum jelas kondisinya”, “gagal ginjal kronis dan gagal ginjal, belum jelas kondisinya”.

Layanan

1. Perawatan Hospice di rumah sakit

Oleh karena tidak semua rumah sakit menyediakan ranjang Hospice, Anda dapat mengecek melalui website Badan Asuransi Kesehatan <http://www.nhi.gov.tw/>, atau langsung menelepon cabang kantor layanan Badan Asuransi Kesehatan di setiap daerah, setelah mendapat daftar nama rumah sakit dan lembaga medis yang menyediakan layanan tersebut, lalu pergi berobat.

Setelah melalui diagnosa dokter bahwa Anda memenuhi persyaratan, dokter akan mengatur Anda untuk masuk dan menerima perawatan Hospice. Anda kemudian akan menerima penjelasan rinci mengenai penandatanganan surat persetujuan penerimaan perawatan Hospice, tindakan penanganan dan pencegahan medis non-invasif, serta hal-hal yang perlu diperhatikan lainnya dari tim yang telah menerima pelatihan professional yang ketat.

2. Perawatan Hospice di rumah (termasuk perawatan Hospice di komunitas)

Bila Anda atau anggota keluarga Anda memilih untuk pulang atau menerima perawatan dari lembaga medis terdekat, Badan Asuransi Kesehatan juga menyediakan layanan perawatan Hospice di rumah. Dokter beserta staf medis profesional (golongan A) lainnya akan berkunjung ke rumah Anda, dan memberikan layanan seperti perawatan umum, penanganan berkaitan dengan masalah psikologis, sosial, dan spiritual pasien penyakit kronis, anggota keluarganya. Mulai dari tahun 2014 diterapkan perawatan Hospice di rumah berbasis komunitas (golongan B). Pelonggaran pada ketentuan spesifikasi tenaga medis “Perawatan Hospice di komunitas”, yaitu dokter perawatan primer memiliki kesempatan untuk memenuhi kualifikasi. Hal ini dimaksudkan agar layanan perawatan Hospice dapat diberikan secara mendalam kepada masyarakat serta bermanfaat bagi masyarakat di daerah terpencil. Demi memberikan layanan terbaik kepada pasien perawatan Hospice di rumah, rumah sakit menyediakan saluran telepon 24 jam. Anda dapat sewaktu-waktu menghubungi perawat yang bertugas dan bertanya mengenai masalah berkaitan dengan perawatan pasien. Nomor saluran telepon 24 jam dapat Anda cek di <http://www.nhi.gov.tw/>.

3. Perawatan Hospice bersama

Mengingat bahwa tidak semua rumah sakit menyediakan ranjang Hospice, demi memudahkan pasien yang berkeinginan



menjalani perawatan Hospice, tapi tidak mendapatkan perawatan yang diinginkan oleh karena tidak tersedianya ranjang Hospice. Badan Asuransi Kesehatan sejak bulan April 2011 mulai menjalankan program perawatan Hospice bersama. Pasien dapat menjalani perawatan Hospice di ranjang rawat darurat. Program ini bertujuan agar pasien yang ingin dirawat di ruang penyakit akut, ruang ICU, ruang perawatan pernapasan dan ruang khusus lainnya, serta pasien rawat darurat dapat menikmati layanan perawatan yang disediakan bersama oleh tim medis semula dan tim medis “Perawatan Hospice bersama” (tim medis “Perawatan Hospice bersama” menyediakan layanan perawatan Hospice, tim medis semula menyediakan layanan rawat inap).

Perawatan terpadu dokter keluarga Askes

Perawatan ini terdiri dari 5 klinik dasar di daerah yang sama dan bersama-sama dengan rumah sakit di daerah tersebut, membentuk “Kelompok Komunitas Medis”, bekerja sama dan memberi layanan perawatan kepada masyarakat.

Layanan

1. “Kelompok Komunitas Medis” menyediakan layanan 24 jam saluran konsultasi medis, dapat dengan segera menjawab permasalahan Anda, serta menyediakan layanan perawatan secara berkelanjutan dan menyeluruh.
2. Menyediakan pendidikan mengenai kebersihan dan kesehatan serta manajemen kesehatan, mengajarkan Anda pengetahuan yang tepat untuk meningkatkan kesehatan, memperkuat skrining penyakit, vaksinasi, meningkatkan kemampuan perawatan diri.
3. Bila perlu menjalani pemeriksaan, pengobatan, atau perawatan lebih lanjut ke rumah sakit, dokter keluarga Anda juga dapat menghubungi rumah sakit, membantu Anda rujuk untuk rawat inap, catatan medis Anda juga akan ikut ditransfer ke rumah sakit kerja sama tersebut, rumah sakit kerja sama juga akan segera memberitahu klinik mengenai rujukan dan

hasil pengecekan rujukan. Dengan bantuan dokter keluarga, membantu Anda “mencari dokter yang tepat, berobat di kategori yang tepat”, dengan demikian membantu Anda menghemat pemeriksaan yang tidak perlu, penggunaan obat dan waktu menunggu ranjang pasien, serta mengurangi kerepotan bila pergi ke rumah sakit besar namun tidak tahu cara berobat.

4. Setelah penyakit stabil, rumah sakit dapat membantu Anda untuk kembali ke klinik dokter keluarga dan melanjutkan pengobatan. Hal ini akan menambah kemudahan Anda untuk pergi berobat.

Cara pendaftaran “Perencanaan Perawatan Dokter Keluarga secara Keseluruhan”

Badan Asuransi Kesehatan menganalisa catatan medis dalam klinik pengobatan Barat masyarakat tahun sebelumnya dan mencari calon penerima perawatan yang paling cocok untuk perawatan dasar. Klinik yang biasa dikunjungi sebagai klinik perawatan utama, setelah klinik tersebut mengikuti program ini, Badan Asuransi Kesehatan akan memberikan daftar nama klinik kepada Program layanan perawatan terpadu dokter keluarga, memberikan layanan perawatan pada masyarakat.

Bila Anda ingin mengetahui klinik mana saja yang termasuk anggota “Kelompok Komunitas Medis”, Anda boleh menghubungi nomor saluran layanan bebas pulsa 0800-030-598 atau cek di website Badan Asuransi Kesehatan <http://www.nhi.gov.tw/>.

Program perbaikan tanggungan medis

“Pencegahan lebih baik daripada pengobatan”. Sebagian besar penyakit, bila saat baru terjadi dapat dideteksi dan ditemukan sejak dini, serta segera dilakukan penanganan, maka peluang kesembuhan akan meningkat. Selain itu, ada beberapa penyakit kronis atau penyakit yang memerlukan pengobatan jangka panjang, bila pasien dapat mematuhi instruksi dokter, minum obat tepat waktu, asalkan dikontrol dengan benar, pasien juga dapat hidup normal seperti orang lain pada umumnya.



Badan Asuransi Kesehatan, berdasarkan konsep “membeli kesehatan demi masyarakat”, memilih beberapa macam penyakit yang sering ditemui dan merencanakan “Program perbaikan tanggungan medis”, berharap bahwa dengan memberikan dorongan (insentif) yang sesuai, membimbing lembaga medis untuk memberikan layanan perawatan terpadu dan berkelanjutan kepada pasien, menggunakan kualitas layanan dan efisiensi sebagai dasar jumlah pembayaran. Program membeli kesehatan ini merupakan program yang inovatif.

Layanan

Kasus penyakit yang ditangani dalam “Program perbaikan tanggungan medis” saat ini antara lain: diabetes, penyakit kronis ginjal tahap awal, asma, hepatitis B dan pembawa hepatitis C, kanker payudara, serta kizofrenia. Rumah sakit akan mengubah kebiasaan lama, yaitu pasien mencari dokter, menjadi penanggung jawab kasus penyakit berinisiatif membantu pasien, bersama-sama dengan pasien membuat rencana perawatan, mengingatkan pasien untuk minum obat tepat waktu, memantau kondisi pasien, mengingatkan pasien waktu untuk pemeriksaan kembali.

Cara untuk berpartisipasi

Hanya dengan cek di website Badan Asuransi Kesehatan <http://www.nhi.gov.tw/>, atau langsung menelepon kantor layanan Badan Asuransi Kesehatan, Anda dapat segera mengetahui daftar nama rumah sakit yang berpartisipasi dalam “Program perbaikan tanggungan medis” Anda dapat langsung berobat ataupun melalui rujukan.

Bila melalui diagnosa dokter, penyakit yang diderita pasien termasuk dalam kasus penyakit dalam program, pasien tidak perlu mendaftar. Dokter dan tenaga medis profesional lainnya akan memantau kondisi penyakit Anda, serta membuat perencanaan perawatan terpadu. Perlu kami ingatkan, demi perawatan terpadu dan berkelanjutan, pilihlah lembaga medis yang sama selama menjalani masa perawatan.

Bab 7



Bagaimana cara peserta Askes berobat?

Bawalah “Kartu Askes” pada saat berobat

Pada saat pergi berobat, mengambil obat, ataupun menjalani pemeriksaan, ingatlah untuk membawa “Kartu Askes” pergi ke klinik atau rumah sakit dengan lambang Askes Nasional, maka Anda dapat berobat dengan status peserta Askes, tetapi Anda tetap harus membayar biaya pendaftaran dan biaya tanggungan sebagian.

Bila Anda lupa membawa kartu Askes, seluruh biaya pengobatan harus Anda tanggung sendiri terlebih dahulu. Asalkan dalam waktu 10 hari (tidak termasuk hari libur) Anda membawa kartu Askes dan bukti slip pembayaran ke rumah sakit atau klinik tempat Anda berobat saat itu, setelah memotong biaya pendaftaran dan biaya tanggungan sebagian yang harus Anda bayar, rumah sakit atau klinik tersebut akan mengembalikan sisanya kepada Anda.

Ingat untuk mengambil “Resep Obat” (Daftar obat) sesuai berobat

Resep obat atau daftar obat, sesuai dengan ketentuan Badan Asuransi Kesehatan, dokter bertanggung jawab untuk memeriksa pasien dan memutuskan obat apa yang harus Anda konsumsi. Kemudian apoteker akan membantu Anda menyiapkan obat

sesuai dengan resep dokter. Saat menyerahkan obat kepada Anda, apoteker akan sekaligus mengingatkan Anda hal-hal yang perlu diperhatikan berkaitan dengan cara penggunaan obat tersebut.

Oleh karena itu, se usai Anda berobat, dokter akan menulis dalam resep obat: obat-obatan yang diperlukan, cara mengonsumsi, dan jumlah yang harus dikonsumsi, dan memberikannya kepada Anda. Dalam waktu 3 hari (lebih dari 3 hari resep obat tidak lagi berlaku) bawalah resep obat dan kartu Askes ke “apotek yang bekerja sama dengan Askes” untuk mengambil obat. Bila klinik atau rumah sakit tempat Anda berobat terdapat apoteker yang memenuhi syarat, Anda juga dapat langsung membawa resep obat ke apotek di klinik atau rumah sakit untuk mengambil obat.

Resep obat harus mencakup keterangan berikut:

1. Nama dan umur (atau tahun, bulan, dan tanggal kelahiran) pasien
2. Diagnosa penyakit, tanda tangan atau stempel dokter penulis resep obat
3. Nama, alamat, nomor telepon klinik atau rumah sakit
4. Nama, formula, jumlah obat, dosis, keterangan penggunaan (hal-hal yang harus diperhatikan dalam penggunaan obat seperti berapa lama atau kapan obat harus dikonsumsi, dan lain sebagainya)
5. Tanggal penulisan resep, keterangan berapa kali penggunaan resep obat (maksudnya adalah boleh berapa kali membawa resep obat ini untuk mengambil obat, serta jumlah hari dari setiap pengambilan).

Proses berobat



Perhatian:

biaya pendaftaran adalah biaya administrasi yang dipungut oleh rumah sakit terhadap masyarakat; menurut Undang-undang Asuransi Kesehatan, biaya pendaftaran bukan tanggungan Askes, juga bukan dipungut oleh Badan Asuransi Kesehatan. Bila masyarakat memiliki pertanyaan, dapat langsung bertanya pada Departemen Kesehatan setempat.

Peraturan penggunaan resep obat umum

Setiap kali dokter memberikan resep obat, resep akan diberikan untuk pengobatan selama 7 hari. Bila Anda didiagnosa menderita penyakit kronis, dokter dapat memberi Anda resep obat untuk konsumsi selama 30 hari. (berkaitan dengan resep obat lanjutan untuk penyakit kronis, silakan lihat Bab 9)

Bila apotek kebetulan tidak memiliki obat yang tertera pada resep obat, dokter juga tidak memberi keterangan bahwa pasien wajib untuk mengkonsumsi/memakai obat tersebut, apoteker boleh mengganti obat tersebut dengan obat merek lain yang memiliki bahan, formula dan dosis serupa, yang harganya tidak melampaui harga obat semula. Akan tetapi, obat pengganti ini harus termasuk dalam obat yang ditanggung oleh Askes.

Peraturan rujukan berobat ke tempat lain

Bila tenaga kerja, peralatan, kemampuan teknik rumah sakit atau klinik kerja sama terbatas, tidak dapat memberikan layanan secara penuh atau menyeluruh, wajib membantu Anda melakukan rujukan ke rumah sakit lain yang memiliki kemampuan untuk memberikan Anda pengobatan. Akan tetapi, bila kondisi penyakit Anda kritis, rumah sakit kerja sama wajib melakukan penanganan terlebih dahulu, baru boleh melakukan rujukan. Selain itu, bila kondisi Anda setelah menjalani perawatan rujukan telah stabil dan tidak perlu melanjutkan perawatan di rumah sakit rujukan tersebut, rumah sakit kerja sama akan membantu Anda transfer kembali ke rumah sakit tempat Anda berobat semula, atau rumah sakit kerja



sama lain yang cocok, untuk melanjutkan pengobatan.

Bila Anda memenuhi persyaratan yang diperlukan untuk melakukan rujukan di atas, dokter keluarga Anda atau loket rujukan rumah sakit kerja sama akan mengatur perencanaan rujukan Anda, termasuk waktu, jenis divisi klinik, dan bantuan untuk administrasi pendaftaran, tidak perlu mengikuti urutan tingkatan rumah sakit untuk melakukan rujukan. Kami sarankan sewaktu dokter keluarga Anda menulis surat rujukan, diskusilah dengan dokter yang akan menerima rujukan Anda. Karena perencanaan rujukan dibuat berdasarkan komunikasi dua arah dan melalui pertimbangan profesional, maka Anda harus pergi merujuk sesuai dengan rumah sakit, klinik kerja sama, jenis divisi klinik yang tertera di atas. Dengan demikian, dokter baru dapat memberikan layanan terbaik untuk Anda, serta biaya tanggungan sebagian baru dapat dihitung sesuai dengan ketentuan rujukan.

Bila karena kondisi khusus, Anda tidak dapat melakukan rujukan pada waktu yang tertera di atas surat rujukan, Anda dapat langsung berkonsultasi dengan rumah sakit tempat penerima rujukan agar membantu untuk mengatur waktu berobat yang lain. (keterangan berkaitan dengan cara rujukan, silakan lihat Bab 6)

Tanggung (pembayaran) sebagian

Saat kita pergi berobat ke klinik atau rumah sakit, selain biaya pengobatan yang ditanggung Askes, kita juga harus menanggung sebagian kecil dari biaya, inilah yang dimaksud dengan “Tanggung (pembayaran) sebagian”. Kami ingatkan bahwa upaya ini dilakukan untuk membantu orang yang sakit, maka harus dipergunakan sebaik-baiknya, karena sumber daya sangat berharga dan tidak boleh disia-siakan.

Biasanya, pada saat pergi berobat, tanggungan sebagian yang harus Anda tanggung termasuk: tanggungan sebagian untuk rawat jalan, tanggungan sebagian untuk obat-obatan. Bila Anda juga

menerima terapi rehabilitasi fisik atau terapi pengobatan luka ala Cina, maka Anda juga harus membayar “Tanggungannya sebagian untuk terapi rehabilitasi fisik (termasuk terapi pengobatan luka ala Cina)”. Bila Anda diatur untuk menjalani rawat inap, maka saat keluar dari rumah sakit Anda harus membayar “Tanggungannya sebagian untuk rawat inap”.

1. Tanggungan sebagian untuk rawat jalan:

Jenis	Tanggungannya sebagian				
	Pengobatan Barat		Rawat darurat	Dokter gigi	Pengobatan Cina
Tingkatan rumah sakit	Melalui rujukan	Tanpa melalui rujukan			
Pusat kesehatan	NT\$210	NT\$360	NT\$450	NT\$50	NT\$50
Rumah sakit distrik	NT\$140	NT\$240	NT\$300	NT\$50	NT\$50
Rumah sakit daerah	NT\$50	NT\$80	NT\$150	NT\$50	NT\$50
klินิก	NT\$50	NT\$50	NT\$150	NT\$50	NT\$50

Perhatian:

1. Bagi pemegang “Bukti penderita cacat” terlepas dari tingkatan rumah sakit manapun, saat berobat akan dikenakan tanggungan sebagian sebesar NT\$50.
2. Pasien operasi rawat jalan, operasi darurat, atau rawat inap, yang telah keluar dari rumah sakit dan kembali berobat pertama kalinya dalam waktu 1 bulan, serta pasien melahirkan yang keluar dari rumah sakit dan kembali berobat pertama kalinya dalam waktu 6 minggu, dianggap sebagai rujukan. Rumah sakit wajib mengeluarkan surat bukti untuk pasien.

2. Tanggungan sebagian untuk biaya obat:

Biaya obat	Tanggungan sebagian	Biaya obat	Tanggungan sebagian
kurang dari NT\$100	NT\$0	NT\$601-700	NT\$120
NT\$101-200	NT\$20	NT\$701-800	NT\$140
NT\$201-300	NT\$40	NT\$801-900	NT\$160
NT\$301-400	NT\$60	NT\$901-1.000	NT\$180
NT\$401-500	NT\$80	lebih dari NT\$1.001	NT\$200
NT\$501-600	NT\$100		

3. Tanggungan sebagian biaya terapi rehabilitasi (termasuk terapi pengobatan luka ala Cina):

Jika Anda menerima terapi rehabilitasi fisik atau terapi pengobatan luka secara tradisional, maka mulai dari proses perawatan yang sama untuk kedua kalinya, akan ditarik biaya tanggungan sebagian sebesar NT\$50 setiap kalinya (tidak termasuk terapi rehabilitasi fisik “tingkat kesulitan menengah ke atas” dan “tingkat kesulitan atas”)

4. Tanggungan sebagian untuk rawat inap:

Jumlah biaya tanggungan sebagian yang harus Anda tanggung di rumah sakit yang bekerja sama dengan Askes adalah berdasarkan jenis kamar rumah sakit untuk penyakit akut atau kronis dan jumlah hari rawat inap, dan dihitung berdasarkan total biaya rawat inap saat itu dan perbandingan tanggungan sebagian. Perbandingan tanggungan sebagian sebagai berikut:

Jenis kamar rumah sakit	Perbandingan tanggungan sebagian			
	5%	10%	20%	30%
Penyakit akut	--	dalam waktu 30 hari	31-60 hari	lebih dari 61 hari
Penyakit kronis	dalam waktu 30 hari	31-90 hari	91-180 hari	lebih dari 181 hari

Perhatian:

Bila Anda dengan penyakit yang sama, dalam waktu 30 hari menginap di ruang penyakit akut, atau dalam waktu 180 hari menginap di ruang penyakit kronis, besar tanggungan sebagian yang perlu ditanggung memiliki batas maksimal. Batas maksimal biaya akan diumumkan setiap satu tahun sekali, misalnya mulai dari 1 Januari 2015 sampai dengan 31 Desember 2015, pasien dengan penyakit yang sama, dalam waktu 30 hari menginap di ruang penyakit akut, atau dalam waktu 180 hari menginap di ruang penyakit kronis, batas maksimal tanggungan sebagian sebesar NT\$33.000 untuk setiap kali menginap, dan batas maksimal tanggungan sebagian sebesar NT\$56.000 untuk sepanjang tahun. Bila melampaui batas tanggungan sebagian untuk sepanjang tahun, boleh mengajukan permintaan pengembalian sebelum 30 Juni tahun berikutnya (perhatian: Badan Asuransi Kesehatan setiap tahun mengumumkan batas maksimal tanggungan sebagian untuk rawat inap tahun tersebut).

Cara mengajukan permintaan pengembalian :

1. Mengisi formulir pengajuan permintaan pengembalian biaya pengobatan Askes Nasional dari Badan Asuransi Kesehatan, membawa formulir pendaftaran, bukti pembayaran biaya pengobatan, dan daftar perincian biaya, serta mengajukan pendaftaran ke kantor cabang Badan Asuransi Kesehatan di mana rumah sakit tempat Anda pertama berobat berada.
2. Formulir permohonan dapat didapatkan dari loket layanan kantor cabang Badan Asuransi Kesehatan di setiap daerah atau dari website Badan Asuransi Kesehatan: <http://www.nhi.gov.tw/>

Orang yang boleh bebas dari tanggungan sebagian

1. Orang yang boleh bebas dari seluruh tanggungan sebagian:

- (1) Pasien dengan penyakit berat, menjalani persalinan, serta pasien di daerah pegunungan atau luar pulau.
- (2) Pasien yang dari lembaga medis di luar pulau merujuk ke lembaga medis di pulau Taiwan, baik sebagai pasien rawat jalan ataupun rawat darurat.
- (3) Veteran dan perwakilan anggota keluarga korban veteran dengan kartu Askes yang memiliki huruf “Rong (terhormat)” di atasnya.
- (4) Penduduk ekonomi lemah.
- (5) Anak di bawah umur 3 tahun.
- (6) Terdaftar sebagai pasien tuberkulosis dan berobat ke rumah sakit yang telah ditunjuk.
- (7) Penduduk yang terdaftar dalam asuransi tenaga kerja, dan berobat karena mengalami kecelakaan dalam pekerjaan.
- (8) Pasien rawat jalan yang menderita keracunan minyak PCB.
- (9) Penduduk berusia lebih dari 100 tahun.
- (10) Pria peserta Wajib Militer pemegang kartu identitas wajib militer selama masa layanan (termasuk peserta Layanan Pengganti Wajib Militer penelitian dan pengembangan tahap pertama dan kedua).

2. Orang yang boleh bebas dari tanggungan sebagian untuk biaya obat:

- (1) Pemegang “resep obat berkelanjutan” (lebih dari 28 hari). (Penyakit kronis yang diumumkan oleh Departemen Kesehatan termasuk hipertensi, diabetes, dan sekitar 100 jenis penyakit lainnya, untuk keterangan lebih lanjut kunjungi website Badan

Asuransi Kesehatan <http://www.nhi.gov.tw/>)

- (2) Penerima layanan perawatan gigi.
- (3) Penerima layanan perawatan yang terdaftar dalam “standar” ketentuan tanggungan Askes.

3. Orang yang boleh bebas dari tanggungan sebagian untuk biaya terapi rehabilitasi:

- (1) Terapi rehabilitasi yang dilakukan termasuk dalam “tingkat menengah-kompleks”, di antaranya menjalani terapi fisik “tingkat menengah” lebih dari 3 macam dengan total jumlah jam terapi melebihi 50 menit, seperti stimulasi otot listrik dan 14 jenis terapi lainnya.
- (2) Terapi rehabilitasi yang dilakukan termasuk dalam “tingkat kompleks”, perlu dilakukan langsung oleh tenaga terapi profesional, seperti pelatihan keseimbangan, dan 7 jenis terapi lainnya. Resep obat hanya boleh ditulis oleh dokter ahli terapi.

4. Daerah yang langka sumber daya pengobatan:

Penduduk yang menerima perawatan di daerah yang kekurangan sumber daya pengobatan, baik sebagai pasien rawat jalan, pasien rawat inap atau perawatan di rumah, dibebaskan dari 20% tanggungan sebagian. (Badan Asuransi Kesehatan setiap setahun sekali mengumumkan daftar daerah yang termasuk langka sumber daya pengobatan).

Kuitansi pembayaran, daftar perincian biaya pengobatan, dan perincian obat

Setelah Anda selesai berobat atau keluar dari rumah sakit, ingatlah untuk meminta dan menyimpan dengan baik “kuitansi pembayaran”, “daftar perincian biaya pengobatan”, dan “perincian obat” dari rumah sakit atau klinik.

1. Kuitansi pembayaran

Isi dari “kuitansi pembayaran” termasuk “biaya tanggungan



Askes” dan “biaya yang harus ditanggung sendiri” serta nomor kode kartu Askes. Saat melaporkan pajak perorangan, kuitansi ini dapat menjadi bukti untuk mendapatkan potongan pajak. Melalui nomor kode kartu Askes dapat diketahui berapa kali pemegang kartu pergi berobat pada tahun tersebut, serta mencegah kesalahan dalam pemakaian kartu.

Ada klinik atau rumah sakit yang memberikan “kuitansi pembayaran”, ada juga beberapa klinik atau rumah sakit yang mencetaknya bersama-sama dengan “Daftar perincian biaya pengobatan” di atas satu kertas.

2. Daftar perincian biaya pengobatan

Isi dari “daftar perincian biaya pengobatan”, termasuk biaya pengobatan pada saat itu yang harus Anda tanggung (termasuk biaya administrasi pendaftaran dan biaya tanggungan sebagian, serta biaya lainnya), poin Askes (biaya yang memakai poin Askes termasuk biaya pemeriksaan, biaya pengobatan, biaya obat, biaya layanan farmasi/apotek) dan lainnya. Bila Anda menerima perawatan terapi rehabilitasi fisik ala Barat atau terapi pengobatan luka ala Cina, pada “daftar perincian biaya pengobatan” juga akan mencantumkan biaya terapi tersebut.

Dengan adanya daftar perincian ini, setelah selesai berobat Anda dapat memeriksa apakah rincian biaya yang dipungut oleh rumah sakit atau klinik itu benar, sekaligus mengetahui poin Askes yang dipakai untuk pengobatan saat itu.

3. Perincian obat

Isi dari “perincian obat” termasuk nama pasien, jenis kelamin pasien, nama obat, formula dan jumlah obat, cara dan jumlah penggunaan, nama, alamat, nomor telepon dari tempat penyediaan/peracikan obat, nama apoteker, tanggal peracikan, keterangan peringatan lainnya. Keterangan peringatan ini menurut Undang-undang Farmasi harus dicetak di atas kantong obat, bila tidak dapat dicetak di atas kantong obat, harus

menyertakan daftar perincian obat.

Perincian obat dapat membantu Anda obat mana saja yang Anda konsumsi/pakai serta bagaimana cara mengonsumsi/memakainya. Bila Anda perlu untuk pergi berobat ke dokter lain, perincian obat ini juga dapat memberikan referensi untuk dokter tersebut.

Dokter harus memberi tahu pasien bila dia harus membayar sendiri biaya pengobatan

Bila dokter ingin memberikan perawatan yang “tidak termasuk dalam tanggungan Askes”, dokter wajib memberitahukan terlebih dahulu dan memastikan Anda setuju untuk menjalani perawatan tersebut, baru boleh melakukan perawatan.

Bila Anda tidak mengerti atau memiliki pertanyaan sehubungan dengan “biaya tanggungan sendiri” yang tertera dalam daftar perincian, Anda boleh meminta bantuan rumah sakit dan lembaga medis untuk memeriksa jelas atau menghubungi saluran layanan konsultasi bebas pulsa 0800-030-598.

Undang-undang Asuransi Kesehatan Nasional pasal 51, biaya berikut tidak termasuk dalam tanggungan Askes

1. Layanan perawatan yang sesuai peraturan termasuk dalam tanggungan pemerintah.
2. Vaksinasi dan layanan perawatan lain yang termasuk dalam tanggungan pemerintah.
3. Pengobatan untuk kecanduan narkoba (termasuk kecanduan minuman keras dan kecanduan rokok), bedah kecantikan, operasi ortodontik (pembenahan gigi), operasi yang bersifat pencegahan, operasi untuk teknologi bantuan reproduksi, operasi pergantian kelamin.
4. Obat-obatan ringan yang dapat diperoleh tanpa resep dokter, obat-obatan yang disarankan oleh dokter, apoteker, atau

- peracik obat (juga tanpa melalui resep dokter).
5. Dokter khusus, tenaga medis khusus, serta perawat yang telah ditentukan.
 6. Transfusi darah. Akan tetapi, transfusi yang telah melalui diagnosa dokter dan dilakukan untuk pasien gawat darurat, tidak termasuk dalam batasan ini.
 7. Percobaan menggunakan tubuh manusia.
 8. Perawatan inap pada siang hari. Akan tetapi, perawatan mental/kejiwaan tidak termasuk dalam batasan ini.
 9. Makanan selain makanan melalui saluran pipa tabung, selisih biaya kamar rumah sakit.
 10. Transportasi, pendaftaran, dan bukti dokumen pasien.
 11. Pemasangan gigi palsu, mata buatan, kacamata, alat bantu dengar, kursi roda, tongkat penopang, dan alat lainnya yang tidak termasuk dalam kebutuhan pengobatan aktif.
 12. Layanan perawatan dan obat-obatan lain yang telah ditanggung oleh asuransi lain, yang telah melalui persetujuan dari pihak yang berwenang dan diumumkan oleh Badan Asuransi Kesehatan.

Tanggungannya selisih biaya bahan khusus

1. Askes menyediakan tanggungan selisih biaya bahan khusus, memberi lebih banyak pilihan kepada masyarakat

Penerapan tanggungan selisih biaya bahan khusus oleh Badan Asuransi Kesehatan saat ini telah memadai serta memiliki hasil yang baik. Akan tetapi, oleh karena perbaruan dan perbaikan peralatan medis yang terus menerus, Badan Asuransi Kesehatan, demi meringankan beban serta memberi lebih banyak pilihan pada masyarakat, menyediakan tanggungan selisih biaya untuk bahan khusus yang memperbaiki kegunaan peralatan medis tapi dengan

harga mahal dan belum termasuk dalam tanggungan Askes.

(1) Alat picu jantung kategori fungsi baru

Mulai dari 3 Agustus 1995, alat tersebut termasuk dalam alat tanggungan sebagian. Alat picu jantung (termasuk elektroda timbal) yang ditanggung oleh Badan Asuransi Kesehatan saat ini menggunakan aliran listrik lemah untuk memicu jantung, menjaga fungsi jantung dengan cara memperbaiki irama jantung. Sedangkan “alat picu jantung kategori fungsi baru” memiliki fungsi yang lebih baik yaitu menggunakan deteksi sinyal, yang lebih dapat memenuhi kebutuhan penderita penyakit jantung, bisa mendekati kebutuhan jangka panjang pasien. Oleh karena ada beberapa pantangan penyakit tertentu yang tidak boleh memakai alat tersebut, maka penggunaannya harus melalui pertimbangan ahli medis untuk memberikan perawatan dan penanganan yang sesuai.

Jika berharap menggunakan “alat picu jantung kategori fungsi baru”, terhadap pasien yang telah memenuhi syarat penggunaan alat tersebut, Badan Asuransi Kesehatan akan menanggung sebagian biaya alat sesuai dengan biaya “alat picu jantung”, selisih biaya ditanggung oleh pasien.

(2) Drug-Eluting Stent (DES) atau Stent dengan lapisan khusus

Tanggungan selisih biaya berlaku mulai dari 1 Desember 2006. Saat ini vaskular stent yang ditanggung oleh Askes sudah sangat umum digunakan. “Drug-Eluting Stent (DES) atau Stent dengan lapisan khusus” adalah teknik di mana stent dilapisi dengan obat atau lapisan khusus. Pemasangan alat ini dapat mengurangi kemungkinan penyempitan pembuluh darah. Namun, alat ini memiliki pantangan dan efek samping, dibutuhkan pertimbangan cermat dokter ahli agar dapat dilakukan penanganan yang tepat dan terbaik.



Bila pasien atau keluarganya berharap memasang “Drug-Eluting Stent (DES) atau Stent dengan lapisan khusus”, Badan Asuransi Kesehatan akan membantu pasien yang memenuhi persyaratan pemasangan alat tersebut untuk menanggung sebagian dari harga alat, selisih kekurangannya ditanggung oleh pasien.

(3) Sendi panggul buatan dengan bahan khusus

Bahan khusus termasuk sendi panggul buatan dengan bahan keramik, berlaku mulai 1 Januari 2007, dan antar sendi panggul buatan berbahan logam, berlaku mulai 1 Mei 2008 termasuk dalam tanggungan selisih biaya bahan khusus. Sendi panggul buatan yang ditanggung oleh Badan Asuransi Kesehatan saat ini adalah bagian kepala femoral yang dibuat dari paduan logam atau paduan dari kobalt-kromium-molibdenum, serta bagian Liners acetabular mengandung banyak bahan polyethylene yang tahan aus, dengan tingkat keausan sangat rendah. Asalkan digunakan dengan hati-hati, peluang untuk tidak perlu melakukan operasi penggantian sendi panggul buatan sangat besar.

Bila pasien atau keluarganya berkeinginan memasang “sendi panggul buatan berbahan keramik” atau “antar sendi panggul buatan berbahan logam”, Badan Asuransi Kesehatan akan membantu pasien yang telah memenuhi persyaratan pemakaian “sendi panggul buatan tradisional” untuk menanggung sebagian sesuai dengan harga “sendi panggul buatan tradisional”, selisih biaya ditanggung oleh pasien. Oleh karena alat ini juga memiliki kontraindikasi dan efek samping, dibutuhkan pertimbangan cermat dokter ahli.

(4) IOL (Intraocular lens) dengan fungsi khusus

Berlaku mulai dari 1 Oktober 2007 termasuk dalam tanggungan selisih biaya bahan khusus. Masyarakat hanya perlu memenuhi persyaratan layanan bedah katarak, “IOL dengan fungsi umum” yang ia pakai termasuk dalam batasan tanggungan Askes. IOL ini terbuat dari PMMA, Silicone, Acrylic serta bahan lain.

Setelah operasi implantasi (penanaman) sukses, menunjukkan stabilitas dalam jangka panjang, kondisi ini telah memadai bagi lebih dari 90% pasien katarak. Selain itu “IOL dengan fungsi khusus” memiliki indikasi dan kontraindikasi, bukan setiap pasien katarak cocok menggunakannya.

Bila pasien memenuhi persyaratan untuk menjalani operasi katarak, melalui penjelasan rinci oleh dokter serta mengerti dengan jelas, bila berkeinginan untuk memakai “IOL dengan fungsi khusus”, Badan Asuransi Kesehatan akan membantu menanggung sesuai dengan harga “IOL dengan fungsi umum”, selisih biaya ditanggung oleh pasien.

Selain itu, Badan Asuransi Kesehatan juga menetapkan peraturan bahwa sebelum melaksanakan operasi, rumah sakit atau lembaga medis lainnya wajib memberitahu kepada pasien atau keluarganya tentang alasan operasi, hal-hal yang harus diperhatikan, besar biaya yang harus ditanggung sendiri, dan lain sebagainya, serta harus mengisi berbagai surat persetujuan dengan lengkap sesuai dengan peraturan.

Rumah sakit atau lembaga medis lainnya wajib menginformasikan kepada masyarakat sebagai referensi, merek dan jenis produk/obat (termasuk efek samping, kontraindikasi, hal-hal yang perlu diperhatikan, dan lain sebagainya) yang termasuk dalam program tanggungan sebagian Askes dan program serupa. Demi memudahkan masyarakat, rumah sakit atau lembaga medis lainnya wajib mengumumkan merek, standar pembayaran dan informasi lain berkaitan dengan produk/obat tersebut dalam website rumah sakit, papan pengumuman, ataupun pintu-pintu klinik dalam rumah sakit. Badan Asuransi Kesehatan telah mengumpulkan dan mengarsipkan informasi mengenai spesifikasi, nomor seri dan harga produk/obat tersebut. Masyarakat dapat langsung memeriksa di website Badan Asuransi Kesehatan <http://www.nhi.gov.tw/>.

(5) Katup jantung biologis dengan daya tahan kuat

Berlaku mulai dari 1 Juni 2014 termasuk dalam tanggungan selisih biaya khusus. Katup jantung buatan yang digunakan oleh Askes saat ini telah cukup dalam membantu sebagian besar pasien. Kategori tambahan baru yaitu katup jantung biologis dengan daya tahan kuat merupakan salah satu jenis dari katup jantung biologis (bioprostesis). Perbedaannya dengan katup jantung biologis tradisional adalah pada teknologi pencegahan pengapuran (kalsifikasi), fiksasi jaringan biologis, bahan bingkai katup, cara penanaman (implantasi), atau lama masa penggunaan dan lain sebagainya, telah memiliki kemajuan dalam desain dan data statistik sebagai bukti. Namun, katup jantung biologis dengan daya tahan kuat tetap memiliki pantangan dan efek samping. Maka, dibutuhkan penilaian dan pertimbangan oleh dokter spesialis untuk melakukan pengobatan dan penanganan yang terbaik.

Bila pasien butuh melakukan operasi penggantian katup jantung biologis dengan daya tahan kuat, setelah mendapatkan penjelasan seksama oleh dokter dan memahami dengan jelas, secara sukarela menggunakan kategori tanggungan selisih biaya khusus “katup jantung biologis dengan daya tahan kuat” yang lebih mahal, Badan Asuransi Kesehatan akan menanggung biaya sesuai dengan biaya katup jantung biologis tradisional, sisa selisih biayanya ditanggung oleh pasien.

(6) VP-Shunt (Ventriculoperitoneal Shunting) dengan pengendalian sistem drainase

Mulai dari 1 Juni 2015 termasuk dalam item tanggungan sebagian. VP-Shunt yang ditanggung oleh Badan Asuransi saat ini adalah sistem kontrol biasa, yaitu katup drainase dengan menggunakan tekanan tetap, terhadap pasien dengan kondisi penyakit stabil, bisa memberikan efek prognosis yang baik, telah cukup digunakan untuk sebagian besar pasien. Akan tetapi, untuk pasien dengan kondisi penyakit tidak stabil, kemungkinan

mengalami perubahan di kemudian hari (sebagai contoh: pasien hidrosefalus dengan tekanan normal atau NPH, pasien trauma, pasien anak dan lain sebagainya), jika di kemudian hari butuh untuk mengubah tekanan, mungkin hanya bisa melalui cara operasi ulang. VP-Shunt yang baru tidak perlu diset ulang melalui operasi, tekanan dapat diatur ulang langsung dari luar tubuh. Akan tetapi, pengaturan ulang tekanan tetap harus melalui pertimbangan seksama ahli medis, untuk memberikan pengobatan dan penanganan yang paling sesuai.

Jika pasien butuh menggunakan VP-Shunt dengan kontrol tekanan di luar tubuh, setelah melalui penjelasan dokter secara seksama, secara sukarela memilih menggunakan VP-Shunt dengan pengendalian sistem drainase, Badan Asuransi Kesehatan akan membantu menanggung biaya sesuai dengan biaya VP-Shunt yang biasa, selisih biaya ditanggung oleh pasien.

2. Demi meningkatkan akses pasien untuk mendapatkan informasi yang memadai, Badan Asuransi Kesehatan menetapkan peraturan agar saat lembaga layanan medis mengusulkan pasien untuk menggunakan tanggungan selisih biaya, memberikan informasi secara transparan, lengkap, serta menandatangani surat persetujuan

Sewaktu lembaga medis memberikan bahan khusus di mana peserta asuransi harus menanggung sendiri selisih biaya tanggungan, agar warga mendapatkan informasi yang lengkap, prosedur pemberitahuan seharusnya dibagi menjadi dua tahap:

Tahap pertama

- (1) Pada 2 hari sebelum melakukan operasi atau penanganan (tidak termasuk kondisi darurat), dokter harus memberikan surat keterangan kepada peserta asuransi atau anggota keluarga, serta wajib menjelaskan dengan seksama. Dokter dan peserta asuransi atau keluarganya harus menandatangani surat keterangan sebanyak dua rangkup, satu rangkup



disimpan oleh pasien peserta asuransi atau keluarganya, satu rangkup disimpan sebagai catatan riwayat pengobatan.

- (2) Surat keterangan tersebut harus mencakup: jumlah selisih biaya yang harus ditanggung sendiri oleh pasien, karakteristik alat, alasan penggunaan, hal-hal yang harus diperhatikan, efek samping, dan perbandingan alat bahan yang ditanggung oleh Askes.

Tahap kedua

- (1) Peserta asuransi atau keluarga setelah mendapatkan informasi yang bersangkutan, dokter dan lembaga medis harus memberikan keterangan mengenai biaya yang dibutuhkan, serta memberikan waktu yang sesuai untuk pasien mempertimbangkan, baru setelah itu menandatangani surat persetujuan sebanyak dua rangkup, satu rangkup disimpan oleh pasien peserta asuransi atau keluarganya, satu rangkup disimpan sebagai catatan riwayat pengobatan.
- (2) Surat persetujuan tersebut harus mencakup: nama item tanggungan sebagian dan nomor kode item, nomor lisensi alat, harga alat, jumlah alat, tanggungan sebagian yang harus ditanggung pasien, dan lain sebagainya.

Lembaga medis harus menerbitkan slip pembayaran untuk disimpan oleh pasien atau keluarganya. Selain itu harus menyertakan detail nama item tanggungan sebagian, nomor kode item, harga item, jumlah item, dan jumlah tanggungan sebagian yang harus ditanggung pasien untuk disimpan oleh oleh pasien atau keluarganya.

Sehubungan dengan penambahan, pembatalan, atau perubahan biaya alat tanggungan sebagian, lembaga medis harus mengikuti peraturan yang ditetapkan oleh Badan Asuransi Kesehatan, masuk ke dalam sistem layanan jaringan informasi (VPN) Badan Asuransi Kesehatan, dan mengumumkan di website Badan Asuransi Kesehatan untuk memudahkan masyarakat memeriksa.

Masyarakat dapat masuk ke website Badan Asuransi Kesehatan dan menuju “perbandingan biaya item medis tanggungan sendiri” untuk memeriksa biaya item di setiap lembaga medis, serta dapat memeriksa penyakit yang cocok menggunakan item tersebut, penyakit yang tidak boleh menggunakan item tersebut, efek samping, hal-hal yang harus diperhatikan dan lain sebagainya.

Kritik, saran, dan informasi

Bila masyarakat pada saat berobat menemukan bahwa rumah sakit atau lembaga medis lainnya beroperasi tidak sesuai dengan ketentuan di atas, boleh menyampaikan keluhan atau berkonsultasi melalui jalur berikut:

1. Menghubungi saluran layanan konsultasi bebas pulsa 0800-030-598.
2. Melalui kotak saran di website Badan Asuransi Kesehatan, atau langsung mendatangi atau menghubungi loket layanan keluhan pasien dalam rumah sakit (keterangan nomor telepon yang bersangkutan dapat dilihat di website Badan Asuransi Kesehatan <http://www.nhi.gov.tw/>).
3. Langsung menuju cabang kantor layanan Badan Asuransi Kesehatan di setiap daerah.

Pengajuan untuk pertimbangan perselisihan

Bila masyarakat memiliki permasalahan sehubungan dengan ketentuan Badan Asuransi Kesehatan berikut, dapat mengirimkan dokumen yang telah disetujui oleh Badan Asuransi Kesehatan, dalam waktu 60 hari setelah hari persetujuan, untuk mendaftarkan pertimbangan perselisihan kepada Dewan Persengketaan Asuransi Kesehatan Nasional:

1. Kriteria/persyaratan penerima asuransi dan proses administrasi pengajuan asuransi
2. Masalah berkaitan dengan jumlah nilai tanggungan yang diajukan dan disetujui.



3. Masalah berkaitan dengan premi asuransi, denda keterlambatan pembayaran, dan denda lain.
4. Masalah berkaitan dengan tanggungan asuransi.
5. Masalah berkaitan dengan hak-hak asuransi lain.

Informasi kontak Dewan Persengketaan Badan Asuransi Kesehatan Nasional Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan sebagai berikut:

Alamat: No.488, Sec. 6, Zhongxiao E. Rd., Nangang Dist., Taipei City 115, Taiwan (R.O.C.)

Website: <http://www.mohw.gov.tw/CHT/NHIDSB/>

Layanan bisnis		Nomor telepon	
Hal-hal yang menyangkut hak dalam persengketaan	Biaya asuransi sehubungan dengan peserta asuransi dan badan pengaju asuransi, premi tambahan asuransi, kualifikasi pengajuan asuransi, pembayaran asuransi, audit bukti penyakit luka berat, layanan Askes oleh lembaga layanan medis dengan kontrak mengenai item Askes kontrak dan kasus hak lainnya	(02)8590-7222	
Hal-hal yang menyangkut pertimbangan biaya medis	Penerimaan pertimbangan persengketaan	(I) Bagian pernyataan tertulis, dokter gigi	(02)8590-7163
		(II) Bagian pernyataan media, sebelum ulasan	(02)8590-7162



Bab 8

Fungsi, pembaharuan, penyimpanan, dan pengajuan permohonan kartu Askes

Badan Asuransi Kesehatan mulai dari 1 Januari 2004 menggunakan kartu Askes secara menyeluruh. Jika di atas kartu terpampang foto Anda, saat pergi berobat Anda tidak perlu lagi mengeluarkan kartu identitas diri untuk memastikan identitas Anda. Chip yang dipasang pada kartu dapat mencatat informasi 6 kali pengobatan terakhir, yaitu informasi mengenai apakah pasien termasuk penderita penyakit atau luka berat, pemeriksaan penting, serta informasi tentang penggunaan obat. Hal ini bertujuan agar dapat menambah kemudahan dalam proses pengobatan serta menambah jaminan keamanan Anda saat pergi berobat.

Fungsi kartu Askes

1. Sebagai rekaman berbagai catatan medis

Kartu Askes berfungsi sebagai bukti masyarakat berobat. Setiap macam catatan pengobatan akan tersimpan di dalam kartu Askes.

2. Sebagai catatan pemeriksaan penting dan resep obat

Kartu Askes memuat berbagai macam catatan pemeriksaan dan penggunaan obat, pada saat dokter melakukan pemeriksaan, dapat memeriksa penggunaan obat dan pemeriksaan yang



telah Anda jalani sebelumnya, untuk menghindari terjadinya penggunaan obat atau pemeriksaan berulang, menjamin keselamatan Anda saat berobat, meningkatkan kualitas pelayanan, juga dapat mengurangi pemborosan sumber daya medis.

3. Sebagai catatan penyakit berat

Catatan mengenai penyakit atau cedera berat akan langsung dicatat dalam kartu. Pasien yang berobat oleh karena penyakit atau cedera berat tersebut, hanya dengan membawa kartu Askes, dapat terbebas dari biaya tanggungan sebagian. Saat berobat, bila kartu Askes belum memuat catatan mengenai penyakit atau cedera berat yang Anda derita, Anda dapat meminta pihak rumah sakit tempat berobat untuk membantu melakukan pembaharuan, atau langsung menuju tempat di mana tersedia mesin pembaca kartu Askes (card reader) (seperti cabang kantor layanan Badan Asuransi Kesehatan di setiap daerah, kantor desa, kabupaten, kota, atau kantor daerah) melakukan pembaharuan.

4. Penduduk yang berkeinginan untuk mendonorkan organ atau menerima perawatan Hospice

Anda dapat melalui “Persatuan Donor Organ Republik Cina” atau “Yayasan Pusat Donasi Organ dan Transplantasi”, “Serikat Perawatan Hospice Taiwan” mengisi formulir yang bersangkutan, pihak persatuan atau pihak yayasan akan mengirimkan informasi kepada Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan, departemen akan menyampaikan informasi kepada Badan Asuransi Kesehatan. Saat kartu Askes diperbarui, informasi ini akan secara otomatis ditambahkan dalam kartu Askes Anda. Dengan demikian, petugas medis akan langsung mengetahui keinginan Anda untuk mendonorkan organ atau untuk menerima perawatan Hospice.

5. Menggunakan sistem pemeriksaan kartu Askes, dapat mengingatkan masyarakat untuk mengikuti asuransi atau melunaskan tunggakan yang belum dibayar

Bila Anda saat ini masih belum menjadi peserta Askes, atau bila Anda masih mempunyai tunggakan yang belum lunas, Anda tidak dapat pergi berobat dengan status sebagai peserta Askes. Saat kuota Askes yang boleh Anda gunakan untuk 6 kali pengobatan telah habis, atau kartu telah habis masa berlakunya, kartu Askes Anda tidak akan dapat diperbarui serta tidak dapat mendaftar rawat inap. Demi menjamin hak berobat Anda, segera urus pengajuan asuransi dan lunaskan tunggakan yang belum dibayar.

6. Menggunakan kartu Askes mendaftar layanan melalui website

Badan Asuransi Kesehatan pada website informasi mendirikan "Operasi layanan internet data Askes pribadi", agar masyarakat bisa menggunakan "KTP Digital (Citizen Digital Certificate)" melalui internet mengurus berbagai usaha mengajukan asuransi. Mulai dari 4 Februari 2015, Badan Asuransi Kesehatan memberikan layanan internet pendaftaran permohonan dengan "Kartu Askes", memeriksa dan mengurus berbagai usaha Askes.

Pembaharuan Kartu Askes

Saat terjadi situasi di bawah ini, mohon mengurus pembaruan kartu:

1. Kuota (jumlah kali) untuk pergi berobat sudah habis

Setiap kali data pada kartu Askes diperbarui, terdapat 6 kali untuk berobat, namun bagi orang yang memerlukan jumlah yang lebih banyak, bisa mendapatkan jumlah berobat yang lebih banyak, anak di bawah umur 6 tahun mendapatkan 18 kali, orang tua di atas 70 tahun mendapatkan 12 kali. Setiap kali menggunakan kartu Askes untuk berobat, akan dipotong 1 kali.



Bila jumlah berobat telah habis, jumlah berobat kartu Askes harus diperbarui, supaya dapat berobat atau menjalani rawat inap dengan menggunakan kartu Askes.

2. Kartu yang masa berlakunya akan berakhir

Kartu Askes memiliki masa berlaku. Demi mencegah Anda lupa memperbarui kartu Askes sebelum masa berlaku berakhir, kartu Askes telah diset agar masa berlaku habis pada saat satu hari sebelum hari ulang tahun Anda. Pada setiap tahun 30 hari sebelum ulang tahun, Anda dapat menuju tempat yang menyediakan mesin pembaca kartu Askes (card reader), atau pada saat berobat di rumah sakit, akan langsung membantu Anda untuk memperbarui kartu.

3. Pemegang kartu mengubah informasi identitas

Jika Anda mengganti status Askes menjadi status penduduk ekonomi lemah atau veteran tanpa pekerjaan, Anda dapat menuju tempat-tempat yang menyediakan mesin pembaca kartu Askes (card reader), seperti cabang kantor layanan Badan Asuransi Kesehatan di setiap daerah atau klinik, rumah sakit, dan lain-lain, untuk melakukan pembaharuan kartu. Setelah kartu diperbarui, saat berobat tidak perlu menanggung biaya tanggungan sebagian.

4. Tempat pembaharuan kartu

Bila Anda untuk pergi berobat sudah habis, pada saat mendaftar untuk berobat, klinik atau rumah sakit biasanya akan langsung membantu Anda memperbarui kartu. Anda juga dapat melakukan pembaharuan melalui mesin pembaca kartu Askes (card reader) di cabang kantor layanan Badan Asuransi Kesehatan di setiap daerah, kantor desa, kabupaten, kota, atau kantor daerah.

Apakah kartu Askes dapat membocorkan data pribadi seseorang?

1. Kartu Askes dirancang agar dapat menjaga kerahasiaan informasi dalam kartu. Melalui sistem perizinan yang ketat serta sistem otentikasi bersama, mesin pembaca kartu (card reader) di rumah sakit dan lembaga medis lainnya harus memasang terlebih dahulu “modul keamanan kartu” yang disediakan oleh Badan Asuransi Kesehatan, baru dapat membaca kartu Askes. Dokter juga harus menggunakan “kartu dokter” baru dapat melihat catatan penyakit dan luka berat yang diderita pasien, resep obat, serta catatan pribadi lainnya. Bukan setiap orang boleh membaca informasi tersebut. Oleh karena itu, Anda tidak perlu khawatir data pengobatan pribadi Anda dibocorkan.
2. Anda juga boleh memilih menggunakan password (sandis) untuk kartu Askes Anda (pengaturan kunci nomor pin untuk kartu baru). Begitu Anda memasang password, meskipun menggunakan mesin pembaca kartu dan modul keamanan, diperlukan pemasukkan password dengan benar, baru dapat membaca informasi di dalam kartu.
3. Password dapat diset, diperbarui, serta diatur ulang melalui mesin pembaca kartu Askes (card reader) di setiap pusat layanan bersama, setiap cabang kantor layanan dan setiap kantor daerah (desa, kota, kabupaten) Badan Asuransi Kesehatan. Jika Anda lupa password Anda hubungi 0800-030-598, untuk pengaturan ulang password.

Penyimpanan Kartu Askes

Bila informasi pada kartu Askes hilang (memudar) atau terjadi kerusakan pada chip kartu, kartu Askes tidak akan dapat dibaca dengan normal. Maka dari itu, mohon agar berhati-hati:

1. Agar terhindar dari kerusakan chip, jangan melipat kartu, menggores chip kartu, atau menduduki kartu.



2. Jangan mencuci atau rendam kartu dalam air, jangan menggosok chip dengan menggunakan alkohol, pelarut, penghapus karet, dan menaruh kartu bersama dengan benda tajam, atau menaruh kartu ke dalam lingkungan dengan asam keras, alkali, dan lingkungan korosif lainnya.
3. Hindari kontak langsung chip dengan sumber listrik, api, di bawah sengatan sinar panas, atau diletakkan di atas televisi, komputer atau tempat lainnya yang kaya akan magnet.

Apakah kartu Askes mempunyai masa berlaku?

Masa berlaku kartu Askes sangat lama, meskipun terjadi perubahan tempat kerja Anda tidak perlu mengajukan penerbitan kembali kartu. Mohon agar menyimpan kartu dengan baik.

Bagaimana cara mengurus Askes bila rusak, hilang, atau ganti nama?

1. Mengajukan permohonan secara langsung

Mohon mengajukan permohonan menuju kantor cabang dan kantor layanan bersama Badan Asuransi Kesehatan setempat dengan membawa KTP asli, 1 lembar foto 2 inci, dan biaya administrasi NT\$200. Jika Anda mengajukan permohonan melalui wali, harus bersama-sama menyertakan bukti identitas diri pemohon dan wali untuk diperiksa oleh petugas loket.

Lokasi pendaftaran dan pengambilan Kartu Askes secara langsung

Lokasi layanan	Alamat	Nomor telepon
Kantor pusat	B1F., No.140, Sec. 3, Xinyi Rd., Da'an Dist., Taipei City 106, Taiwan (R.O.C.) (8:30-12:30, 13:30-17:30)	(02)2706-5866
Layanan daerah Taipei	5F., No.15-1, Gongyuan Rd., Zhongzheng Dist., Taipei City 100, Taiwan (R.O.C.) No.7, Sec. 1, Zhongshan N. Rd., Zhongshan Dist., Taipei City 104, Taiwan (R.O.C.) No.11, Zhanqian N. Rd., Luodong Township, Yilan County 265, Taiwan (R.O.C.)	(02)2191-2006

Lokasi layanan	Alamat	Nomor telepon
Layanan daerah Utara	No.525, Sec. 3, Zhongshan E. Rd., Zhongli Dist., Taoyuan City 320, Taiwan (R.O.C.) No.11-4, Jieshou Rd., Taoyuan Dist., Taoyuan City 330, Taiwan (R.O.C.)	(03)433-9111
Layanan daerah Tengah	No.66, Shizheng N. 1st Rd., Xitun Dist., Taichung City 407, Taiwan (R.O.C.)	(04)2258-3988
Layanan daerah Selatan	No.96, Gongyuan Rd., West Central Dist., Tainan City 700, Taiwan (R.O.C.) No.395, Zhuangjing Rd., Douliu City, Yunlin County 640, Taiwan (R.O.C.)	(06)224-5678
Layanan daerah Kaohsiung Pingtung	No.157, Jiuru 2nd Rd., Sanmin Dist., Kaohsiung City 807, Taiwan (R.O.C.) No.259, Zhongzheng 4th Rd., Qianjin Dist., Kaohsiung City 801, Taiwan (R.O.C.) No.63-40, Xiwen'ao, Magong City, Penghu County 880, Taiwan (R.O.C.) No.1518, Guangdong Rd., Pingtung City, Pingtung County 900, Taiwan (R.O.C.)	(07)323-3123
Layanan daerah Timur	No.36, Xuanyuan Rd., Hualien City, Hualien County 970, Taiwan (R.O.C.) No.146, Sec. 3, Siwei Rd., Taitung City, Taitung County 950, Taiwan (R.O.C.)	(03)833-2111

Perhatian:

Mulai dari 2016, Badan Asuransi Kesehatan akan mengadakan layanan pengajuan permohonan kartu Askes secara langsung pada tiap kantor cabang di kabupaten dan kota, untuk keterangan lebih lanjut mengenai waktu layanan dapat dilihat di website Badan Asuransi Kesehatan.

2. Permohonan melalui kantor pos

Mohon tulis “Formulir permohonan untuk pengambilan kartu Askes”, di bagian depan tempel foto 2 inch, dan tempelkan fotokopi dokumen bukti identitas diri pada bagian belakang formulir permohonan, berikan pada loket layanan beserta biaya



administrasi NT\$200. Permohonan akan diproses dan Anda dapat mengambil kartu yang baru setelah kira-kira 7 hari kerja. Anda dapat menuju kantor pos untuk mengambil “formulir permohonan untuk pengambilan kartu Askes” atau download langsung dari website Badan Asuransi Kesehatan.

Lokasi dan jam layanan kantor pos di setiap daerah dapat dilihat di website Pos Chunghwa <http://www.post.gov.tw>

3. Permohonan online

Bagi yang ingin menggunakan layanan permohonan online (layanan ini hanya terbatas untuk pengajuan permohonan penerbitan kembali kartu Askes karena rusak, hilang, atau penggantian foto), dapat menuju kantor layanan di bawah ini untuk mengajukan permohonan:

Platform	Platform multi operasional dokumen penjamin	Layanan online data Askes pribadi	Website Bank E-Sun
Website	https://eservice.nhi.gov.tw/nhiweb1/system/login.aspx	https://eservice.nhi.gov.tw/Personal1/System/Login.aspx	https://netbank.esunbank.com.tw/nhi/
Pihak pengguna	Sertifikat lembaga dan KTP staf	KTP atau kartu Askes	Kartu debit chip Bank E-Sun
Pihak pemohon	Seluruh penerima asuransi dalam lembaga	Pemilik KTP atau pemegang kartu Askes dan anggota keluarganya	Pemegang kartu debit chip

Perhatian:

pembayaran permohonan online dapat langsung dilakukan melalui transfer ATM online atau download slip tagihan pembayaran, dan dapat melalui Toko kenyamanan serba ada atau lembaga keuangan untuk melakukan pembayaran. Keterangan lebih lanjut mengenai biaya permohonan dan administrasi serta panduan permohonan kartu Askes, dapat dilihat di website Badan Asuransi Kesehatan www.nhi.gov.tw,

pengajuan permohonan dan pengecekan Kartu Askes.

4. Perwakilan pengajuan permohonan melalui badan instansi pemerintah

Bagi masyarakat yang KTPnya hilang, butuh mengganti informasi (nomor KTP, nama, dan tanggal lahir), dapat menuju Departemen Kependudukan setempat dapat sekaligus mengajukan permohonan kartu Askes. Masyarakat hanya butuh memberitahukan petugas bahwa ingin sekaligus mengurus kartu Askes sewaktu mengajukan permohonan KTP serta melunasi pembayaran. Dalam waktu kira-kira 7 hari kerja akan menerima kartu Askes. Akan tetapi, bagi masyarakat yang belum menerima kartu KTP dengan perubahan informasi, hanya dapat memperoleh kartu Askes tanpa foto.

5. Pengajuan permohonan melalui kantor desa, kabupaten, kota, atau kantor daerah

Masyarakat yang bila kartu Askes hilang atau rusak dapat mengajukan permohonan melalui kantor desa, kabupaten, kota, atau kantor daerah terdekat, pemohon harap membawa bukti identitas diri asli, CD foto menuju loket layanan di kantor desa, kabupaten, kota, atau kantor daerah. Kira-kira 7 hari kerja setelah pelunasan pembayaran Anda dapat menerima kartu baru. Jika mengajukan permohonan melalui wali, harus bersama-sama menyertakan bukti identitas pemohon dan wali untuk diperiksa oleh petugas loket.

Bagaimana cara mengurus kartu Askes yang permukaannya normal, tidak rusak atau bengkok tapi tidak dapat digunakan?

1. Periksa bagian chip depan dan belakang kartu apakah tidak ada karat, goresan, lepas, timbul, atau kondisi lainnya. Mohon isi “Formulir permohonan untuk pengambilan kartu Askes”serta menulis alasan permohonan, yaitu: lembaga medis tidak dapat membaca kartu (kartu tidak rusak) memohon untuk penggantian



- kartu.
2. Selain itu, sertakan fotokopi bukti identitas diri dan foto 2 inch, bersama-sama dengan kartu lama, kirimkan menuju kantor pusat melalui pos atau bawalah bukti identitas diri asli dan menuju langsung kantor cabang layanan setempat.
 3. Jika Anda mengajukan permohonan melalui wali, harus bersama-sama menyertakan bukti identitas pemohon dan bukti identitas diri wali (untuk warga yang belum mencapai usia 14 tahun dan belum memiliki KTP, wajib menyertakan kartu keluarga asli sebagai pengganti KTP).

Hal-hal yang harus diperhatikan:

1. Saat mengganti kartu baru, Anda perlu membayar biaya administrasi dan pembuatan sebesar NT\$200. Saat kartu baru dibuat, Badan Asuransi Kesehatan akan membatalkan kartu lama. Kartu lama tidak akan dapat digunakan lagi.
2. Saat mengajukan permohonan pembuatan kartu baru, Anda dapat memilih apakah kartu baru memuat foto Anda. Bila memilih untuk memasang foto, Anda harus menempelkan 1 lembar foto 2 inci yang diambil selama 2 tahun terakhir, setengah badan tanpa memakai topi dan kacamata berlensa warna pada “formulir pendaftaran kartu Askes baru”. Bagi pemegang kartu tanpa foto, saat berobat wajib membawa kartu identitas diri untuk mencocokkan informasi.
3. Selama periode permohonan kartu baru, bila sebelum menerima kartu baru Anda butuh pergi berobat, Anda boleh membawa bukti pembayaran biaya administrasi dan pembuatan kartu baru yang ditulis dengan tanggal tidak lebih dari 14 hari (seperti tanda bukti penerimaan kartu baru), serta mengisi “daftar pengecualian dalam perawatan medis”. Dengan demikian, Anda tetap dapat berobat sebagai peserta Askes.



Bab 9

Hak dan kepentingan medis pasien dengan penyakit khusus

Pasien penyakit kronis (resep obat lanjutan untuk penyakit kronis)

Bila melalui diagnosa dokter, penyakit Anda termasuk dalam “penyakit kronis yang diumumkan oleh Departemen Kesehatan”, dan keadaannya stabil dan dapat dikontrol, hanya perlu mengonsumsi obat tepat waktu, dokter dapat memberikan “resep obat lanjutan untuk penyakit kronis” kepada Anda. Dengan cara demikian dapat membantu mengurangi pengeluaran yang harus ditanggung untuk pengobatan. Batasan mengenai penyakit kronis dapat diperiksa di website Badan Asuransi Kesehatan <http://www.nhi.gov.tw/>

Masa waktu penggunaan “resep obat lanjutan untuk penyakit kronis” paling lama 90 hari, dihitung dari tanggal penulisan resep. Masa waktu penggunaan biasanya dibagi menjadi 3 kali pengambilan obat. Pada setiap pengambilan obat, pasien mengambil obat untuk konsumsi selama 30 hari. Pada saat setiap pengambilan obat, rumah sakit, klinik, atau apotek harus memeriksa kartu Askes Anda. Akan tetapi, kuota Askes Anda untuk berobat tidak akan dipotong pada saat setiap pengambilan obat, hanya akan dicatat bahwa Anda mengambil obat dengan “resep obat lanjutan untuk penyakit kronis”. Bila setiap kali pengambilan obat lebih dari 28



hari, Anda juga tidak perlu membayar tanggungan sebagian untuk biaya obat.

Pasien penderita penyakit kronis yang memerlukan perawatan jangka panjang, bila oleh karena keterbatasan mobilitas, yaitu pasien sulit bergerak (telah dipastikan oleh dokter atau melalui surat pernyataan yang disediakan oleh pihak perwakilan), atau karena pergi ke luar negeri, melaut, berlayar jauh untuk operasi penangkapan ikan atau bekerja dalam kapal navigasi yang berlayar pada rute internasional (telah dipastikan melalui surat pernyataan yang disediakan oleh pihak perwakilan), dan tidak dapat pergi berobat sendiri, harus meminta perwakilan dari orang lain untuk menemui dokter dan menjelaskan kondisi penyakit pasien. Dokter, berdasarkan pengetahuan dan keahliannya mempertimbangkan kondisi penyakit pasien. Bila dokter yakin dapat mengontrol kondisi penyakit, boleh mengeluarkan resep yang sama. Cara ini hanya boleh dilakukan apabila pasien dapat menerima pengobatan yang sama.

“Resep obat lanjutan untuk penyakit kronis” dapat membantu menghemat banyak biaya pengobatan. Akan tetapi, penggunaan “resep biasa” atau “resep obat lanjutan untuk penyakit kronis”, manakah yang lebih cocok untuk kondisi Anda, harus ditentukan oleh dokter. Meskipun penyakit Anda termasuk dalam daftar penyakit kronis yang diumumkan oleh Departemen Kesehatan, apabila kondisi penyakit tidak stabil, perlu sering kembali ke rumah sakit untuk melakukan pemeriksaan, tidak cocok untuk menggunakan “resep obat lanjutan untuk penyakit kronis”.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan resep obat lanjutan untuk penyakit kronis

1. Untuk menghindari agar pengobatan Anda tidak terputus, Anda harus mengambil obat pada saat 10 hari sebelum obat habis digunakan. Hanya pada saat Tahun Baru Cina, oleh karena masa liburan lebih panjang, demi menjamin agar pengobatan tidak terputus, Anda baru boleh mengambil obat lebih cepat.

2. Bawalah “resep obat lanjutan untuk penyakit kronis” menuju rumah sakit tempat Anda pergi berobat semula, atau ke apotek yang bekerja sama dengan Badan Asuransi Kesehatan untuk mengambil obat. Bila di tempat Anda tidak ada apotek yang bekerja sama dengan Badan Asuransi Kesehatan, Anda juga tidak dapat menuju rumah sakit tempat Anda pergi berobat semula, maka Anda juga boleh mengambil obat di rumah sakit lain di daerah Anda yang bekerja sama dengan Badan Asuransi Kesehatan atau ke Departemen Kesehatan.
3. Bila Anda berencana untuk pergi ke luar negeri (diperkirakan jangka waktunya lebih dari 2 bulan), pulang ke luar pulau ataupun berlayar jauh untuk melaksanakan operasi penangkapan ikan, ikut serta dalam kapal navigasi yang berlayar pada rute Internasional, atau merupakan penderita penyakit langka, hanya dengan mengeluarkan bukti dokumen yang bersangkutan atau surat pernyataan, Anda dapat mengambil seluruh total jumlah obat dalam resep obat lanjutan sekaligus untuk penyakit kronis. Batas maksimal total jumlah obat yang diambil dalam sekali pengambilan tersebut adalah untuk penggunaan selama 90 hari.
4. Pada masa penggunaan obat dari “resep obat lanjutan untuk penyakit kronis”, bila terjadi tanda-tanda ketidaknyamanan, segera kembali ke klinik atau rumah sakit tempat Anda berobat semula, dengan membawa resep semula dan berkonsultasi dengan dokter. Ingat untuk menginformasikan pada dokter, obat dalam resep yang Anda pakai. Dengan demikian, dokter tidak akan memberikan obat yang sama dalam keadaan yang tidak jelas untuk Anda, serta mempengaruhi keamanan Anda dalam penggunaan obat.
5. Bila Anda tanpa sengaja menghilangkan “resep obat lanjutan untuk penyakit kronis”, mohon agar Anda kembali ke klinik atau rumah sakit untuk menjalani pemeriksaan ulang. Bila telah mengambil obat, jika mengambil obat yang sama secara berulang, Anda harus menanggung sendiri biaya obat.



Pasien penyakit parah

Bila penyakit yang Anda derita termasuk dalam batasan daftar penyakit atau luka parah yang diumumkan oleh Departemen Kesehatan, Anda boleh menyiapkan informasi yang berkaitan serta mengajukan permohonan. Pendaftar yang setelah melalui pemeriksaan diakui memenuhi persyaratan akan diberi bukti dokumen pasien penderita penyakit parah. Informasi ini juga akan dimasukkan dalam kartu Askes. Pasien penderita penyakit atau luka parah dalam batas waktu bukti penderita penyakit parah yang masih berlaku, berobat ke rumah sakit dan lembaga medis. Bila penyakit yang diderita, berdasarkan bukti atau melalui diagnosa dokter termasuk penyakit atau luka parah, Anda boleh terbebas dari biaya tanggungan sebagian pengobatan serta rawat inap.

Pasien lain tetap harus mengikuti prosedur umum untuk berobat serta menyerahkan biaya tanggungan sebagian.

Keterangan lebih lanjut mengenai batasan penyakit atau luka parah, serta bagaimana cara permohonannya, dapat dilihat di website Badan Asuransi Kesehatan <http://www.nhi.gov.tw/>

Pasien kecelakaan kerja

Apabila Anda selain mengikuti Askes, pada saat bersamaan juga mengikuti Asuransi Tenaga Kerja, bila Anda berobat karena kecelakaan kerja ke klinik atau rumah sakit yang bekerja sama dengan Badan Asuransi Kesehatan, Anda tidak hanya terbebas dari tanggungan sebagian, separuh dari biaya makanan rawat inap selama 30 hari juga akan ditanggung oleh Asuransi Tenaga Kerja.

Definisi kecelakaan kerja

1. Kecelakaan yang dialami oleh karena melakukan pekerjaan.
2. Penyebab kecelakaan sesuai dengan kecelakaan yang disebabkan oleh pekerjaan, tempat kerja, ataupun penderitaan dari pekerjaan dalam tabel jenis kecelakaan kerja yang diumumkan oleh Asuransi Tenaga Kerja.
3. Kecelakaan yang terjadi pada saat berangkat atau pulang dari tempat kerja, telah dipastikan bahwa jam masuk dan selesai

kerja normal, melewati jalur perjalanan yang biasa dilalui, serta tidak terjadi pelanggaran peraturan lalu lintas.

Keterangan:

1. Saat terjadi kecelakaan kerja, harus memenuhi ketentuan “standar pemeriksaan penerima asuransi oleh karena pekerjaan dan mengalami kecelakaan”.
2. Tempat yang harus dilewati: dari tempat tinggal sehari-hari, perjalanan dari tempat tinggal menuju tempat kerja yang harus ditempuh.

Dokumen yang harus dibawa pada saat berobat

1. Surat asuransi perawatan kecelakaan kerja (surat perawatan asuransi kecelakaan kerja atau formulir permohonan rawat inap asuransi kecelakaan kerja).
2. Kartu Askes.

Keterangan:

1. “Daftar asuransi kecelakaan kerja” dapat didownload dari website Badan Asuransi Tenaga Kerja atau diambil di kantor layanan lainnya di setiap daerah, serta setelah distempel badan pengaju asuransi dapat digunakan untuk berobat, silakan lihat website Badan Asuransi Tenaga Kerja <http://www.bli.gov.tw>.
2. Pada lembaran “Surat rawat jalan asuransi perawatan kecelakaan kerja” yang sama, hanya terbatas untuk pengobatan luka yang sama di klinik atau rumah sakit yang sama, setiap lembar hanya dapat digunakan sebanyak 6 kali.
3. Bila saat berobat tidak membawa “Surat asuransi perawatan kecelakaan kerja”, asalkan berobat pada dokter atau dokter spesialis di rumah sakit pendidikan daerah yang kemampuan pengobatannya telah melalui pengakuan Departemen Kesehatan, serta telah dipastikan sebagai pasien kecelakaan kerja, juga sama, boleh terbebas dari biaya tanggungan sebagian.

Apa yang harus saya lakukan apabila saat berobat tidak membawa “Surat asuransi perawatan kecelakaan kerja”, dan telah membayar biaya tanggungan sebagian?



Bab 9

1. Dalam waktu 10 hari setelah hari pemeriksaan atau setelah keluar dari rumah sakit (tidak termasuk hari libur), atau sebelum keluar dari rumah sakit: menyerahkan “Surat asuransi perawatan kecelakaan kerja” kepada klinik atau rumah sakit tempat berobat semula, klinik atau rumah sakit tersebut akan mengembalikan biaya tanggungan sebagian yang Anda serahkan sebelumnya.
2. Bila dalam waktu 10 hari setelah pemeriksaan atau sebelum keluar dari rumah sakit belum dapat menyerahkan “Surat asuransi perawatan kecelakaan kerja” serta membayar sendiri terlebih dahulu biaya pengobatan, Anda dapat mengirimkan dokumen di bawah ini melalui pos ke Badan Asuransi Tenaga Kerja, dalam batas waktu 6 bulan setelah hari pemeriksaan (atau hari keluar dari rumah sakit) (berlaku mulai 21 Desember 2012, batas waktu penyerahan dokumen adalah 5 tahun bagi penderita dengan alasan khusus) untuk memohon pengembalian biaya tanggungan sebagian yang telah dibayar.
 - (1) Formulir permohonan pengembalian biaya perawatan kecelakaan kerja yang ditanggung sendiri.
 - (2) Surat perawatan kecelakaan kerja atau formulir permohonan rawat inap rumah sakit (seperti yang tertulis sebelumnya, pembawa formulir permohonan pengembalian biaya yang telah distempel oleh badan pengaju asuransi tidak perlu mengajukan surat ini)
 - (3) Kuitansi asli pembayaran dan daftar perincian biaya pengobatan. Bila kuitansi asli pembayaran dan daftar perincian biaya pengobatan hilang atau dibutuhkan untuk mengurus kepentingan lain, harus membawa fotokopi yang isinya sesuai dengan dokumen asli serta telah distempel oleh pihak rumah sakit atau lembaga rumah sakit.
 - (4) Surat diagnosa dokter atau bukti dokumen.

Keterangan:

“Formulir permohonan pengembalian biaya perawatan kecelakaan kerja yang ditanggung sendiri terlebih dahulu” dapat diambil

langsung di cabang kantor layanan Badan Asuransi Kesehatan di setiap daerah, atau di-download melalui website Badan Asuransi Kesehatan:

1. Website Badan Asuransi Kesehatan: <http://www.bli.gov.tw/>
2. Alamat Badan Asuransi Tenaga Kerja: No.4, Sec. 1, Roosevelt Rd., Zhongzheng Dist., Taipei City 10013, Taiwan (R.O.C.), nomor telepon: (02)2396-1266

Pasien penyakit langka

Penyakit langka termasuk dalam item penyakit dan luka berat. Setelah melalui diagnosa dokter dan dikonfirmasi kepastiannya, dapat memohon bukti penderita penyakit atau luka berat, serta boleh terbebas dari biaya tanggungan sebagian yang berkaitan dengan pengobatan penyakit tersebut. Untuk penggunaan obat bagi anak yatim piatu atau penggunaan obat penyakit langka, Askes akan membayar dengan menggunakan “Dana Khusus”, agar pasien dengan penyakit langka bisa mendapatkan pengobatan yang layak.

Pasien penyakit langka dapat pergi berobat ke rumah sakit yang bekerja sama dengan Badan Asuransi Kesehatan, dokter akan menangani sesuai dengan diagnosa dan resep, serta ketentuan yang berkaitan dengan pemberian obat.

Bila obat-obatan yang diperlukan, adalah obat yang belum memperoleh persetujuan ketentuan pembuatan obat atau ketentuan obat impor yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan, serta termasuk dalam “ketentuan perawatan dan obat-obatan untuk penyakit langka”, maka harus melalui pemeriksaan Badan Asuransi Kesehatan. Keterangan lebih lanjut sehubungan dengan proses dapat dilihat di website Badan Asuransi Kesehatan <http://www.nhi.gov.tw/>, di bagian “cara dan proses permohonan tanggungan Askes Nasional untuk perawatan penyakit langka”, “arsip daftar obat-obatan tanggungan Askes yang sesuai dengan “ketentuan perawatan dan obat-obatan untuk penyakit langka”.



Bab 10



Bantuan bagi masyarakat dengan kesulitan medis

Subsidi premi Askes oleh pemerintah bagi masyarakat dengan ekonomi lemah

Ada sebagian masyarakat boleh menerima subsidi premi asuransi dari pemerintah, menurut jumlah subsidi yang diberikan penerima subsidi digolongkan sebagai berikut:

1. Orang yang dapat menerima subsidi seluruh biaya:

- (1) Penduduk ekonomi lemah.
- (2) Anak-anak dan remaja di bawah 18 tahun, dengan keluarga berpendapatan menengah ke bawah.
- (3) Penduduk berusia lebih dari 70 tahun dengan pendapatan keluarga menengah ke bawah.
- (4) Orang dengan status “Penduduk regional” berusia lebih dari 55 tahun ke atas yang mengajukan asuransi di kantor desa, kabupaten, kota, atau kantor daerah (tanpa pekerjaan), serta penduduk asli (aborigin) dengan usia di bawah 20 tahun.
- (5) Penduduk asli (aborigin) berdomisili di Lanyu yang mengajukan asuransi dengan status “penduduk regional” (tanpa pekerjaan), atau “anggota serikat kerja, persatuan petani, nelayan dan lain-lain”, atau “anggota keluarga”.
- (6) Penderita cacat berat.

- (7) Pengangguran beserta anggota keluarga yang harus ditanggung pada saat tidak memiliki pekerjaan (penerima subsidi terbatas pada penerima asuransi dengan status golongan 6 kelas kedua penduduk regional, serta golongan 1, golongan 2, serta golongan 3), akan diberi bantuan premi asuransi untuk masa pengangguran atau biaya hidup selama pelatihan kerja.
- (8) Penderita cacat tingkat ringan atau menengah berusia lebih dari 65 tahun serta berdomisili di kota Tainan.
- (9) Penduduk asli (aborigin) di kota Taipei (berusia antara 20 hingga 55 tahun, berdomisili dan telah bertempat tinggal di kota Taipei selama lebih dari 6 bulan, tidak memiliki pekerjaan bukan karena keinginan sendiri, mengalami kesulitan ekonomi keluarga atau keadaan serupa lainnya, sehingga menyebabkan pembayaran premi asuransi terputus. Setelah melalui pemeriksaan dan persetujuan dari Komite Pengurusan Penduduk Asli (Aborigin) Kota Taipei, setiap orang mendapatkan subsidi premi asuransi paling banyak selama 3 bulan dalam setiap tahun).
- (10) Penduduk berusia lebih dari 65 tahun yang berdomisili di luar pulau selama lebih dari 1 tahun.

2. Orang yang dapat menerima subsidi 1/2 dari biaya:

- (1) Penduduk dengan pendapatan keluarga menengah ke bawah serta sesuai dengan ketentuan Undang-undang Bantuan Sosial.
- (2) Penderita cacat tingkat menengah.

3. Orang yang dapat menerima subsidi 1/4 dari biaya: Penderita cacat tingkat ringan.

4. Batas maksimal subsidi untuk premi asuransi penduduk regional, mulai bulan Januari 2016 menjadi sebesar NT\$749:

- (1) Penduduk berusia lebih dari 65 tahun yang telah berdomisili di kota Taipei, kota Taoyuan, atau kota Kaohsiung (penduduk dengan tarif pajak pendapatan belum mencapai 20%) selama



lebih dari satu tahun. Selain itu, batas maksimal subsidi bagi penduduk berusia lebih dari 65 tahun yang berdomisili di kota Kaohsiung selama lebih dari satu tahun dengan tarif pajak pendapatan yang telah mencapai 20% saat ini adalah NT\$659.

- (2) Penduduk asli (aborigin/pribumi) berusia lebih dari 55 tahun (penduduk dengan tarif pajak pendapatan belum mencapai 20%) yang telah berdomisili di kota Taipei dan kota Taoyuan selama lebih dari satu tahun.
- (3) Penduduk dengan pendapatan menengah ke bawah berusia antara 65 hingga 69 tahun yang telah berdomisili di New Taipei City, Taoyuan City, Hsinchu City, Hsinchu County, Taichung City, Changhua County, Yunlin County, Chiayi City, Tainan City, Yilan County, Taitung County atau Hualien County selama lebih dari satu tahun.
- (4) Penduduk Taoyuan City yang berusia lebih dari 100 tahun.
- (5) Penduduk yang bertempat tinggal di daerah pencemaran petrokimia Distrik An-Nan, kota Tainan (sebelum 30 Juni 2005 disebut sebagai desa Hsian Gong, Lu Er, Si Cao serta desa lainnya) serta karyawan yang terdaftar dalam Departemen Ekonomi.
- (6) Penduduk berusia 65 tahun ke atas atau penduduk asli berusia 55 tahun ke atas yang berdomisili di kota Taichung selama lebih dari 1 tahun (dengan tarif pajak pendapatan belum mencapai 5%).
- (7) Penduduk penderita cacat tingkat ringan atau menengah yang berdomisili di kota Kaohsiung selama lebih dari 1 tahun (dengan tarif pajak pendapatan belum mencapai 20%).
- (8) Penduduk berusia 65 tahun ke atas, atau penduduk asli berusia 55 tahun ke atas yang berdomisili di kota Keelung selama lebih dari 3 tahun.
- (9) Anak berusia 6 tahun ke bawah atau penderita kanker di Penghu County.

Untuk menerima berbagai macam bantuan di atas, penduduk

tidak perlu mengajukan permohonan sendiri melalui Badan Asuransi Kesehatan. Badan Asuransi Kesehatan melalui informasi yang diberikan oleh pihak pemberi bantuan, akan langsung mengurangi jumlah premi asuransi dengan jumlah bantuan yang diberikan. Bagi orang yang memenuhi persyaratan penerima bantuan, tetapi tidak menerima bantuan premi asuransi, periksalah ke pihak (badan) pemberi bantuan yang bersangkutan. Keterangan lebih lanjut mengenai daftar berbagai tingkatan subsidi premi asuransi pemerintah dapat dilihat di website Badan Asuransi Kesehatan <http://www.nhi.gov.tw/>.

Bila Anda untuk sementara waktu tidak mampu membayar premi Askes atau tanggungan (pembayaran) sebagian

Bila Anda oleh karena kesulitan ekonomi sesaat, tidak mampu membayar premi asuransi atau tanggungan sebagian biaya perawatan, Badan Asuransi Kesehatan menyediakan bantuan sebagai berikut untuk membantu Anda melewati kesulitan tersebut:

1. Bantuan dana kredit

- (1) Persyaratan pengajuan: memenuhi “Standar identifikasi kesulitan ekonomi Askes Nasional”, melalui pemeriksaan dan pengidentifikasian yang dilakukan oleh kantor desa, kabupaten, kota, atau kantor daerah setempat.
- (2) Cara pengajuan: membawa kartu identitas diri, stempel nama (bila tidak dapat mengurus sendiri secara langsung, perwakilan wajib membawa juga bukti identitas, stempel nama perwakilan, pihak perwakilan harus sudah dewasa), serta dokumen memenuhi persyaratan “Standar pengidentifikasian Askes Nasional untuk penduduk dengan kesulitan ekonomi” (termasuk tunggakan seluruh keluarga, kartu keluarga, kualifikasi kesulitan ekonomi, bukti pendapatan dan kepemilikan harta pada tahun-tahun terakhir, serta bukti dokumen lainnya), mengajukan permohonan kepada cabang kantor layanan Badan Asuransi Kesehatan



di daerah. Setelah permohonan disetujui, bantuan akan dibagikan secara bertahap sesuai dengan surat kredit.

2. Bantuan premi asuransi yang disalurkan melalui lembaga sosial

- (1) Persyaratan pengajuan: mengajukan asuransi di kantor desa, kabupaten, kota, atau kantor daerah setempat namun tidak mampu membayar premi asuransi.
- (2) Cara pengajuan: membawa kartu keluarga atau fotokopinya, beserta dengan surat kesulitan ekonomi dari lurah / kepala desa setempat. (bila tidak dapat bekerja mencari nafkah dikarenakan sakit dan telah didiagnosis oleh dokter, harap lampirkan surat diagnosis dari rumah sakit), mengajukan permohonan kepada cabang kantor layanan Badan Asuransi Kesehatan di daerah setempat. Setelah permohonan disetujui, lembaga sosial akan memberikan bantuan premi asuransi.

3. Pembayaran premi asuransi secara berangsur

- (1) Persyaratan pengajuan
 - ① Orang yang tidak memenuhi persyaratan bantuan dana kredit, tapi memiliki tunggakan (termasuk denda keterlambatan) lebih dari NT\$2.000, karena kesulitan ekonomi tidak dapat membayar lunas dalam satu kali pembayaran atau memiliki situasi khusus, dapat mengajukan bukti tidak mampu melakukan satu kali pelunasan iuran asuransi dari kepala desa tempat domisili atau bukti pendapatan, serta penjelasan alasan ketidakmampuan, melalui pemeriksaan cabang kantor layanan Badan Asuransi Kesehatan di daerah, mengurus pengembalian pembayaran.
 - ② Premi asuransi pemohon yang telah diproses dan disetujui oleh badan administrasi daerah akan dikembalikan secara berangsur.
- (2) Mengajukan permohonan ke cabang kantor layanan terdekat di setiap daerah dengan membawa kartu identitas diri dan stempel nama (bila tidak dapat mengurus sendiri secara

langsung, perwakilan wajib membawa juga bukti identitas, stempel nama perwakilan, pihak perwakilan harus sudah dewasa), serta pada saat pengajuan, sekaligus melakukan pembayaran periode pertama. Akan tetapi, bila pembayaran tunggakan telah ditransfer kepada cabang kantor badan administrasi di daerah, permohonan pembayaran premi asuransi secara berangsur yang diajukan harus melalui persetujuan kantor badan administrasi yang bersangkutan (nomor telepon dan alamat cabang kantor layanan di setiap daerah, silakan lihat pada lampiran).

Kualifikasi untuk kesulitan ekonomi termasuk:

1. Pendapatan keluarga menengah ke bawah sesuai dengan ketentuan dalam Undang- undang Bantuan Sosial, serta mendapatkan surat bukti dari kantor daerah (desa, kota, daerah) setempat.
2. Pencari nafkah utama memiliki salah satu kondisi berikut, sehingga tidak mampu membayar iuran asuransi:
 - (1) Meninggal dalam waktu kurang dari 2 tahun.
 - (2) Tidak jelas keberadaannya selama lebih dari 6 bulan, dengan masa laporan kurang dari 2 tahun.
 - (3) Memiliki bukti penderita cacat.
 - (4) Pasien penderita penyakit parah atau pasien memerlukan perawatan jangka panjang sehingga tidak memungkinkan untuk bekerja.
 - (5) Mengandung selama 6 bulan ke atas atau dalam waktu 2 bulan baru melahirkan.
 - (6) Menjalani wajib militer atau layanan pengganti wajib militer, dengan masa pelayanan yang tersisa masih ada 6 bulan lebih.
 - (7) Menjalani hukuman di penjara, dengan masa hukuman yang tersisa masih ada 6 bulan lebih.
 - (8) Tidak mempunyai pekerjaan selama lebih dari 6 bulan.



3. Anggota keluarga memiliki salah satu kondisi berikut, sehingga tidak mampu membayar premi asuransi:

- (1) Pasangan atau keluarga yang tinggal bersama menderita penyakit parah.
- (2) Orang tua tunggal, harus membesarkan anak sendiri.
- (3) Anak dan menantu meninggal, atau anak meninggal dan menantu menikah lagi, sehingga harus menanggung cucu laki-laki atau perempuan yang belum dewasa.

Bila Anda ingin memahami lebih jelas mengenai ketentuan tersebut, Anda dapat memeriksa di website Badan Asuransi Kesehatan di <http://www.nhi.gov.tw/>, atau menelepon layanan saluran bebas pulsa 0800-030-598 untuk berkonsultasi.

4. Pertimbangan jaminan medis

- (1) Persyaratan pengajuan: penduduk yang tidak mampu membayar premi asuransi, meskipun pada saat belum membayar tunggakan premi asuransi, bila melalui diagnosa dokter Anda perlu menjalani rawat inap, pemilik bukti tidak mampu akan tetap boleh menerima perawatan dengan status sebagai peserta Askes.
- (2) Cara pengajuan: bawalah bukti keterangan tidak mampu membayar premi asuransi yang dikeluarkan oleh kepala desa dan mengajukan permohonan ke tempat Anda berobat. Setelah memeriksa jelas, rumah sakit tersebut akan mengeluarkan bukti tidak mampu untuk Anda, sehingga Anda dapat menerima pengobatan yang layak dahulu dengan status peserta Askes. Mengenai tunggakan premi asuransi, cabang kantor layanan Badan Asuransi di daerah akan memberi bantuan dan solusi.

Perhatian pada masyarakat ekonomi lemah, inisiatif mengaktifkan kartu

Mulai dari 1 Januari 2013, setelah Askes generasi kedua diberlakukan, Badan Asuransi Kesehatan sesuai dengan Undang-

undang Asuransi Kesehatan pasal ke-37, hanya terhadap penduduk yang memiliki kemampuan ekonomi tapi menolak untuk membayar iuran asuransi, melakukan pemberhentian sementara kartu (penguncian kartu), dan memberikan bimbingan agar segera melunasi pembayaran. Terhadap masyarakat yang memang tidak mampu membayar iuran asuransi, Badan Asuransi Kesehatan menerapkan usaha operasi penanganan hutang biaya dan terlepas dari pengobatan, terus menerus memberikan berbagai pembayaran medis, untuk menjamin hak Askes yang seharusnya dia dapatkan. Selain itu, bagi masyarakat yang telah diberikan bimbingan untuk membayar secara bertahap atau melalui bantuan pemerintah membayar iuran, atau termasuk masyarakat dengan situasi khusus (misal berusia di bawah 20 tahun, keluarga penerima bantuan dengan kondisi khusus, ibu hamil dan lain sebagainya) tidak akan diberlakukan penguncian kartu. Bagi yang ada kemampuan membayar tapi tetap menunggak, Badan Asuransi Kesehatan akan menambah bimbingan untuk menangani biaya tunggakan. Bila karena kondisi keluarga atau perubahan kondisi ekonomi, Badan Asuransi Kesehatan akan melakukan pengaktifan kembali status peserta Askesnya, serta tetap menjamin hak asuransi kesehatannya, agar mendapatkan perawatan medis yang layak.

Meringankan tanggungan (pembayaran) sebagian biaya perawatan pasien dengan penyakit tertentu

1. Pemegang “bukti penderita cacat”, apapun tingkat rumah sakit tempat berobat, saat berobat akan hanya ditarik biaya dasar tanggungan sebagian sebesar NT\$50, lebih rendah dari masyarakat pada umumnya (NT\$80-360).
2. Pemegang bukti penderita penyakit parah, termasuk kanker, penyakit mental kronis, gagal ginjal, penyakit langka, penyakit keturunan dan lain sebagainya, dibebaskan dari tanggungan sebagian biaya perawatan penyakit tersebut. Selain itu, demi menjamin hak pasien penderita penyakit langka, serta meringankan beban ekonomi pasien, biaya obat wajib yang termasuk dalam daftar obat-obatan penyakit langka yang diumumkan oleh Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan,



akan ditanggung sepenuhnya oleh Askes.

Meningkatkan batas minimum pendapatan paruh waktu yang harus dipotong untuk pembayaran premi tambahan bagi masyarakat ekonomi lemah

Demi mempertimbangkan beban orang-orang yang karena tidak mempunyai pilihan bekerja paruh waktu di banyak tempat, demi meringankan beban penduduk ekonomi lemah, diberlakukan potongan premi asuransi tambahan tahap awal (1 Januari 2013 sampai 31 Agustus 2014), diberlakukan bagi anak-anak atau remaja, penduduk dengan pendapatan menengah ke bawah, orang tua dengan pendapatan menengah ke bawah, pemegang bukti penderita cacat yang menerima bantuan biaya hidup atau pendapatannya di bawah upah pokok minimal, pelajar akademi atau universitas dalam negeri yang tidak memiliki pekerjaan tetap, serta memenuhi persyaratan Undang-undang Asuransi Kesehatan pasal ke-100 untuk penduduk ekonomi lemah atau pekerja paruh waktu. Jumlah pendapatan (paruh waktu) yang bukan diperoleh dari badan pengaju asuransi, diberikan dalam sekali pemberian, belum mencapai upah minimal pokok, akan bebas dari potongan..

Bagi masyarakat yang karena pengeluaran rumah tangga harus mengerjakan pekerjaan paruh waktu dengan gaji , mempertimbangkan beban ekonominya yang berat untuk pendapatan yang bukan diberikan oleh pihak pengaju asuransi Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan akan memotong standar premi asuransi tambahan ditingkatkan sampai dengan upah pokok minimal, dan berlaku mulai dari 1 September 2014.

Mulai dari 1 Januari 2015, masyarakat dengan pendapatan menengah ke bawah, orang tua dengan pendapatan menengah ke bawah, anak-anak dan remaja penerima bantuan hidup, penerima bantuan hidup penderita cacat, keluarga dengan kondisi khusus dan masyarakat ekonomi lemah yang memenuhi persyaratan Undang-undang Asuransi Kesehatan pasal ke-100, pendapatan tunggal termasuk pendapatan usaha bisnis, pendapatan dividen, pendapatan bunga, pendapatan sewa, yang diterima belum

mencapai upah gaji pokok yang diumumkan oleh pusat tenaga kerja, tidak dipotong premi asuransi tambahan.

Program perbaikan bagi daerah yang kekurangan sumber daya medis

Badan Asuransi Kesehatan mencanangkan program perbaikan bagi daerah pedesaan atau kota yang kekurangan sumber daya medis. Melalui semangat pelayanan bagi daerah setempat, mendorong para dokter pengobatan Cina, dokter pengobatan Barat, serta dokter gigi untuk memberikan pelayanan pengobatan di daerah yang kekurangan sumber daya medis, memberikan kemudahan bagi masyarakat setempat untuk memperoleh pengobatan.

Keterangan lebih lanjut mengenai tempat dan waktu layanan pengobatan di daerah terpencil, dapat dilihat di website Badan Asuransi Kesehatan <http://www.nhi.gov.tw/>, atau menghubungi nomor telepon cabang kantor layanan Badan Asuransi Kesehatan di daerah untuk berkonsultasi mengenai informasi layanan pengobatan di daerah terpencil terdekat.





Bab 11

Sistem pencatatan riwayat pengobatan komputasi awan Askes



Apa yang dimaksud dengan “Sistem pencatatan riwayat pengobatan komputasi awan Askes”

Jumlah lembaga medis dan rumah sakit di Taiwan banyak dan lokasinya berdekatan. Bila masyarakat tidak memiliki lembaga medis tetap untuk berobat, data riwayat pengobatan pribadi akan tersebar di berbagai lembaga medis yang berbeda. Berobat ke lembaga medis yang berbeda mudah menyebabkan penggunaan obat yang berulang, mengakibatkan konsumsi obat yang berlebihan atau efek samping dari reaksi mengkonsumsi obat-obat yang berbeda.

Demi meningkatkan kualitas konsumsi obat masyarakat, serta meningkatkan pengawasan dokter dan apoteker dalam konsumsi obat pada masyarakat, Badan Asuransi Kesehatan mulai bulan Juli 2013 menggunakan teknologi komputasi awan membangun “Sistem pencatatan riwayat pengobatan komputasi awan Askes” dengan pasien sebagai pusat, memberikan kemudahan bagi dokter dalam lembaga yang bekerja sama dengan Badan Asuransi Kesehatan untuk perawatan klinis, membuka resep obat, termasuk apoteker saat memberikan bimbingan penggunaan obat

juga dapat segera memeriksa catatan riwayat penggunaan obat pasien selama 3 bulan sebelumnya, termasuk sumber resep dan diagnosis utama resep, efek farmakologis obat, nama bahan obat, kode nomor obat Askes, nama obat, spesifikasi obat, cara dan porsi konsumsi obat, tanggal pasien berobat, tanggal resep obat lanjutan untuk penyakit kronis, jumlah konsumsi obat, jumlah hari dari porsi obat yang diberikan, data perhitungan hari sisa penggunaan obat, serta data lainnya.

Sistem ini memberikan wewenang kepada staf medis dalam lembaga medis yang bekerja sama dengan Badan Asuransi Kesehatan, pada saat bersamaan menggunakan kartu identitas staf medis dan kartu Askes pasien untuk verifikasi, melalui mesin pembaca kartu (card reader) (di dalamnya terdapat chip verifikasi), baru bisa memeriksa data di dalam Sistem pencatatan riwayat pengobatan komputasi awan Askes. Staf medis juga harus menyetujui peraturan medis yang bersangkutan, saat mendapatkan data berkenaan dengan pasien wajib menjaga kerahasiaan data tersebut.

“Sistem pencatatan riwayat pengobatan komputasi awan Askes” untuk mengawasi keamanan penggunaan obat

Dengan adanya “Sistem pencatatan riwayat pengobatan komputasi awan Askes”, di satu sisi dokter saat memeriksa pasien dapat memahami obat yang akhir-akhir ini dikonsumsi atau sedang dikonsumsi oleh pasien. Saat membuka resep, dokter dapat mempertimbangkan apakah obat yang diberikan berulang atau memiliki reaksi dengan obat yang semula dikonsumsi pasien. Dengan demikian, dokter dapat meningkatkan kualitas keamanan penggunaan obat. Selain itu dokter dapat aktif memberi perhatian pada pasien, meningkatkan hubungan dokter dan pasiennya. Masyarakat saat berobat disarankan agar aktif memberitahu dokter atau apoteker agar mereka dapat lebih memahami obat yang akhir-akhir ini dikonsumsi atau anggota keluarga pasien dapat



mengingatkan dokter agar memeriksa riwayat penggunaan obat pasien. Bila pihak medis dan pasien bersama-sama memperhatikan keamanan penggunaan obat, dokter dapat lebih berhati-hati saat membuka resep, mencapai keuntungan tiga pihak: pasien, dokter dan Askes secara bersamaan.

Sampai dengan 31 Juli 2015, rumah sakit di seluruh Taiwan telah memiliki akses ke Sistem pencatatan riwayat pengobatan komputasi awan Askes. Jumlah lembaga medis yang bekerja sama dengan Badan Asuransi Kesehatan seluruhnya sebanyak 15.108, termasuk klinik, apotek, dan lembaga perawatan rumah Hospice.

Bab 11



Bab 12



Pengembalian biaya pengobatan yang dibayar sendiri terlebih dahulu

Bila Anda memenuhi salah satu kondisi berikut, asalkan Anda dalam batas waktu pengajuan permohonan, siapkan dokumen yang bersangkutan serta mengajukan permohonan kepada cabang kantor layanan Badan Asuransi Kesehatan di setiap daerah, sesuai dengan hasil pemeriksaan, Badan Asuransi Kesehatan akan mengembalikan biaya pengobatan Anda.

1. Karena keadaan darurat, tidak sempat menuju klinik atau rumah sakit yang bekerja sama dengan Badan Asuransi Kesehatan, harus menjalani rawat darurat di klinik atau rumah sakit yang tidak bekerja sama dengan Asuransi Kesehatan sekitar, kebetulan sedang bepergian atau melakukan dinas di luar negeri, tanpa terduga mengalami penyakit atau luka atau melahirkan, dan harus berobat ke rumah sakit atau klinik setempat.
2. Saat pemberian tunjangan asuransi diberhentikan sementara, berobat ke klinik atau rumah sakit yang bekerja sama dengan Asuransi Kesehatan, dan Anda telah membayar lunas premi asuransi serta premi lainnya yang bersangkutan pada saat itu.
3. Berobat ke klinik atau rumah sakit yang bekerja sama



dengan Asuransi Kesehatan, dan tidak berhubungan dengan permasalahan Anda (sebagai contoh: Anda berobat di rumah sakit di luar daerah, dan selama periode pemulihan premi, setelah keluar dari rumah sakit baru diumumkan sebagai pasien penyakit luka berat, atau penduduk ekonomi lemah, veteran, tuberkulosis, pembawa bukti penderita cacat dan sebagainya, tapi belum menunjukkan bukti saat berobat) sehingga menyebabkan Anda membayar sendiri terlebih dahulu, serta masa pengembalian biaya pengobatan (dalam waktu 10 hari setelah berobat, tidak termasuk hari libur) atau pada saat sebelum keluar dari rumah sakit belum memberikan kartu Askes dan bukti identitas diri.

4. Pemohon dengan jumlah rawat inap darurat selama 1 tahun kurang dari 30 hari atau rawat inap penyakit kronis kurang dari 180 hari yang jumlah tanggungan sebagiannya melebihi batas maksimal yang telah ditentukan hukum.
5. Peserta asuransi saat menjalani perawatan di rumah sakit oleh karena luka berat, setelah keluar dari rumah sakit baru diumumkan sebagai penderita luka berat, telah menanggung sendiri sebagian biaya, serta tidak dalam batas waktu pengembalian biaya rumah sakit (dalam waktu 10 hari setelah mulai berobat, tidak termasuk hari libur)

Batas waktu permohonan

1. Dalam waktu 6 bulan dihitung mulai dari hari rawat jalan, darurat atau dari hari keluar dari rumah sakit; pada hari rawat jalan atau rawat darurat dianggap sebagai hari pertama, sedangkan hari keluar dari rumah sakit keesokan harinya baru dianggap sebagai hari pertama, kemudian setelahnya dihitung dengan batas maksimal 6 bulan. Akan tetapi, batas waktu bagi awak kapal yang beroperasi di luar negeri, batas waktu adalah 6 bulan setelah kembali ke Taiwan.
2. Jika karena peserta asuransi pada masa perhentian sementara

pembayaran pergi berobat, serta telah melunasi pembayaran asuransi masa itu, batas waktu permohonan adalah 6 bulan dihitung dari waktu pelunasan (dapat mengajukan permohonan untuk tunggakan biaya pengobatan selama 5 tahun terakhir).

3. Terlepas dari kondisi terjadi di dalam atau luar negeri, bila melampaui batas waktu, tidak dapat mengajukan permohonan. Jadi ingat agar jangan sampai Anda melewatkan kesempatan.
4. Jumlah tanggungan sebagian selama 1 tahun melebihi batas maksimal yang ditentukan hukum, batas waktu adalah sebelum tanggal 30 Juni pada tahun berikutnya.
5. Peserta asuransi saat menjalani perawatan di rumah sakit oleh karena luka berat, setelah keluar dari rumah sakit baru diumumkan sebagai penderita penyakit atau luka berat, harus mengajukan permohonan dalam waktu 6 bulan dihitung dari hari keluar dari rumah sakit.

Dokumen yang harus disiapkan

1. Formulir permohonan pengembalian biaya pengobatan Askes Nasional yang dibayar sendiri terlebih dahulu:

Anda dapat menggunakan salah satu cara berikut untuk mendapatkan formulir permohonan:

- (1) Mengambil langsung dari loket cabang kantor Badan Asuransi Kesehatan di daerah.
- (2) Download dari website Badan Asuransi Kesehatan: <http://www.nhi.gov.tw/>.

2. Silahkan sediakan kuitansi pembayaran, serta daftar perincian biaya

Bila Anda tanpa sengaja menghilangkan kuitansi pembayaran atau daftar perincian biaya atau kuitansi diperlukan untuk pengurusan hal lain, Anda boleh menuju ke klinik atau rumah sakit tempat berobat semula untuk meminta fotokopian. Fotokopian tersebut harus distempel dengan stempel klinik



Bab 12

atau rumah sakit serta stempel “sesuai dengan aslinya”. Bagi pemohon yang melakukan pengobatan luar negeri, kesulitan mendapatkan stempel untuk fotokopi kuitansi biaya, diperbolehkan untuk tidak perlu kembali ke rumah sakit tersebut untuk meminta stempel. Terlepas dari pengobatan di dalam atau luar negeri, seluruh surat keterangan yang bukan asli, harus disertai dengan “surat keterangan tidak dapat menyerahkan bukti asli biaya pengobatan”, serta menjelaskan alasan mengapa tidak dapat mengeluarkan bukti asli.

3. Bila wali atau perwakilan mewakili pengajuan permohonan, mohon ingat agar menandatangani formulir dan memberikan fotokopi bukti identitas diri.
4. Surat diagnosa atau bukti dokumen.

Bila berobat di daerah di luar tanggungan asuransi (termasuk luar negeri dan Cina) atau klinik dan rumah sakit yang tidak bekerja sama dengan Askes, mintalah bukti dokumen berikut kepada dokter atau rumah sakit:

- (1) Bila menjalani rawat jalan atau rawat darurat, siapkan “surat bukti keterangan diagnosa” (isi surat tersebut harus mencakup nama dan keterangan penyakit yang diderita).
 - (2) Bila menjalani rawat inap, selain “surat bukti keterangan diagnosa” (isi surat tersebut harus mencakup nama dan keterangan penyakit yang diderita), Anda juga harus menyiapkan “catatan kondisi penyakit keluar dari rumah sakit”
 - (3) Bila surat keterangan diagnosa atau bukti dokumen lainnya ditulis menggunakan bahasa asing selain Bahasa Inggris, mohon lampirkan terjemahan Bahasa Mandarin.
5. Bila Anda mengajukan permohonan pengembalian biaya perawatan luar negeri, siapkan fotokopi bukti keimigrasian (seperti paspor dengan foto dan stempel imigrasi) atau bukti

lain yang dikeluarkan oleh lembaga pelayanan, bila Anda belum kembali ke Taiwan, diperbolehkan untuk menunjuk orang lain untuk mewakili permohonan, mohon lampirkan “surat kuasa” (Anda dapat download dari <http://www.nhi.gov.tw/> pilih masyarakat umum, pilih penjelasan dan formulir permohonan pengembalian tanggungan sebagian, pilih surat perwakilan)

6. Bila Anda mengajukan permohonan pengembalian biaya perawatan untuk rawat inap selama 5 hari (termasuk 5 hari, tapi tidak termasuk hari keluar rumah sakit: misalkan 1 Januari masuk rumah sakit, 6 Januari keluar rumah sakit, maka dihitung 5 hari di rumah sakit) atau lebih di Cina, bawalah kuitansi asli pembayaran serta surat keterangan diagnosa ke kantor notaris Cina terlebih dahulu untuk diresmikan. Setelah kembali ke Taiwan, bawalah surat asli bukti notaris tersebut ke Yayasan Pertukaran Antar Selat untuk mengajukan sertifikasi. Keterangan lebih lanjut hubungi: (02)2533-5995; atau kunjungi website: <http://www.sef.org.tw>.

Cara pengajuan permohonan

Siapkan dokumen di atas, mengajukan permohonan melalui pos atau langsung menuju loket:

1. Masyarakat yang mengajukan pengembalian biaya perawatan di luar Taiwan, dapat mengajukan permohonan kepada cabang kantor layanan Badan Asuransi Kesehatan di daerah setempat.
2. Bagi masyarakat yang mengajukan permohonan pengembalian biaya pengobatan yang dibayar sendiri terlebih dahulu, silakan menuju cabang kantor layanan Badan Asuransi Kesehatan di daerah dimana lembaga medis atau rumah sakit Anda berobat berada. Badan pengaju asuransi setempat akan membantu mentransfer data Anda.

Batas maksimal pengembalian biaya perawatan

Prosedur permohonan pengembalian biaya perawatan untuk

rawat jalan, rawat darurat, dan rawat inap di luar daerah (termasuk luar negeri dan Cina), sama untuk permohonan yang diajukan oleh rumah sakit dalam negeri kepada Badan Asuransi Kesehatan, harus melalui pemeriksaan profesional, berdasarkan rasionalitas perawatan, persyaratan dan batasan pengembalian biaya sama dengan dalam negeri, harus memenuhi ketentuan tanggungan Askes Nasional.

Pengembalian biaya perawatan memiliki batas maksimal sebesar: rata-rata tanggungan Askes yang diberikan kepada pusat kesehatan untuk biaya rawat jalan, rawat darurat atau rawat inap setiap orang triwulan sebelumnya. Oleh karena batas maksimal pengembalian biaya perawatan setiap triwulan berubah, akan diumumkan di website Badan Asuransi Kesehatan, Anda dapat memeriksa on-line (Situs: <http://www.nhi.gov.tw/>).

Bila Anda masih merasa ada bagian yang tidak jelas, atau memiliki pendapat, boleh menghubungi Badan Asuransi Kesehatan melalui cara berikut:

1. Menghubungi nomor 0800-030-598 saluran layanan konsultasi bebas pulsa, atau nomor telepon cabang kantor layanan Badan Asuransi Kesehatan di daerah
2. Melalui “kotak saran” di website Badan Asuransi Kesehatan <http://www.nhi.gov.tw>
3. Langsung menuju cabang kantor layanan Badan Asuransi Kesehatan di daerah



Alamat dan nomor telepon Badan Asuransi Kesehatan untuk mengurus administrasi pengembalian biaya pengobatan yang dibayar sendiri terlebih dahulu

Kantor layanan	Alamat	Nomor telepon	Lingkup daerah
Kantor layanan Taipei	1F., No.15-1, Gongyuan Rd., Zhongzheng Dist., Taipei City (10041)	(02)2523-2388	Taipei City, New Taipei City, Yilan County, Keelung City, Jinmen County, Lienchiang County
Kantor layanan daerah Utara Taiwan	No. 525, Sec. 3, Zhongshan E. Rd., Zhongli District, Taoyuan City (32005)	(03)433-9111	Taoyuan City, Hsinchu City, Hsinchu County, Miaoli County
Kantor layanan daerah Tengah Taiwan	No.66, Shizheng N. 1st Rd., Xitun Dist., Taichung City (40709)	(04)2258-3988	Taichung City, Changhua County, Nantou County
Kantor layanan daerah Selatan Taiwan	No.96, Gongyuan Rd., West Central Dist., Tainan City(70006)	(06)224-5678	Yunlin County, Chiayi City, Chiayi County, Tainan City
Kantor layanan daerah Kaohsiung dan Pingtung	No.157, Jiuru 2nd Rd., Sanmin Dist., Kaohsiung City (80706)	(07)323-3123	Kaohsiung City, Pingtung County, Penghu County
Kantor layanan daerah Timur Taiwan	No.36, Xuanyuan Rd., Hualien City, Hualien County (97049)	(03)833-2111	Hualien County, Taitung County

Bab 13

Layanan kemudahan Askes



Demi meningkatkan efisiensi administrasi, Badan Asuransi Kesehatan menyediakan berbagai layanan kemudahan untuk masyarakat, menjamin kesehatan masyarakat.

Layanan kemudahan antar-lembaga

1. Satu loket layanan untuk pendaftaran kelahiran dan pengajuan permohonan ikut serta dalam Askes dan kartu Askes bayi yang baru lahir”

Orang tua dari bayi yang baru lahir asalkan berada di rumah sakit atau klinik kelahiran, mengajukan laporan bahwa si bayi membutuhkan orang tua sebagai wali untuk pengajuan asuransi dan setuju untuk “pembuatan kartu Askes tanpa foto”, setelah pengurusan akte kelahiran bayi selesai, Badan Asuransi Kesehatan akan menyelesaikan pengurusan asuransi si bayi, serta mengirimkan kartu Askes ke alamat domisili atau alamat yang ditunjuk wali dalam waktu 7-10 hari kerja.

Catatan:

orang tua yang dipilih sebagai wali harus merupakan peserta asuransi, dan merupakan peserta asuransi kelompok 1, 2, 3 atau 6.

2. Layanan kemudahan “Platform untuk layanan Askes melalui Departemen Kependudukan”

Masyarakat karena kartu hilang, perubahan data pribadi (nama, tanggal lahir, nomor KTP Digital (Citizen Digital Certificate), pemulihan nama penduduk asli), penerbitan kembali kartu karena informasi kartu yang salah oleh staf Dinas Penduduk, pendaftaran kelahiran bayi yang baru lahir pada instansi Kependudukan menyatakan si bayi ikut serta Askes pada ayah atau ibu serta mengajukan permohonan kartu Askes tanpa foto, seluruh proses permohonan dapat selesai dilakukan pada satu tempat. Badan Asuransi Kesehatan saat menerima data pembayaran masyarakat dan informasi pengajuan permohonan ikut serta Askes untuk bayi yang baru lahir, akan segera membuat kartu. Masyarakat dalam waktu kira-kira 7 hari kerja dapat menentukan alamat pengiriman karu Askes.

Layanan lebih canggih

1. Layanan “tanpa pengisian formulir, tanpa kertas”

Bila kartu Askes Anda hilang, rusak, atau perubahan nama dan alasan lainnya, silahkan bawa dokumen identitas ke loket cabang kantor layanan Badan Asuransi Kesehatan terdekat mengajukan permohonan kartu Askes tanpa pengisian formulir. Anda hanya butuh memastikan apakah data dan foto Anda sudah benar, maka dapat menyelesaikan permohonan.

2. Layanan pembuatan kartu setempat

Demi melayani masyarakat di daerah terpencil yang tidak dapat segera berobat dengan kartu Askes, mulai dari tahun 2015 Badan Asuransi Kesehatan terus berupaya agar kantor cabang daerah Penghu, Yunlin, Pingtung, Taitung, Yilan, Taoyuan dan daerah lainnya untuk dapat menyediakan layanan pembuatan dan penerbitan kartu Askes di tempat. Masyarakat dapat menuju loket untuk mengajukan permohonan pembuatan dan



pengambilan kartu Askes. Layanan ini diupayakan agar dapat memenuhi kebutuhan mendesak masyarakat setempat untuk memakai kartu Askes. Pada tahun 2016 layanan pembuatan kartu setempat akan diadakan di kantor cabang di 15 daerah kabupaten lainnya.

3. Permohonan “bukti penyakit luka berat” tanpa bolak balik

- (1) Bila ada rawat nginap di rumah sakit, luka atau penyakit yang diderita memenuhi persyaratan permohonan bukti penyakit luka berat, keluarga dapat membawa dokumen yang diperlukan ke Badan Asuransi Kesehatan cabang daerah terdekat untuk mengajukan permohonan bukti penyakit luka berat, setelah permohonan disetujui, dapat dibebaskan dari tanggungan sebagian menurut ketentuan.
- (2) Selain itu, bila penyakit yang diderita memenuhi persyaratan penyakit luka berat, selain mengurus melalui loket layanan dan pengiriman pos, rumah sakit juga dapat membantu Anda mengajukan permohonan “bukti penyakit luka berat” kepada Badan Asuransi Kesehatan serta mengecek proses permohonan melalui Internet.
- (3) Masa berlaku bukti penyakit luka berat yang berkaitan dengan kanker saat ini adalah 5 tahun. Saat masa berlaku habis, perlu untuk mengajukan permohonan penggantian bukti luka berat kanker. Badan Asuransi Kesehatan akan meminta ahli medis untuk memeriksa dan memutuskan apakah data pemohon memenuhi ketentuan “memerlukan perawatan intensif atau pengobatan jangka panjang”, serta melalui hasil pemeriksaan tersebut, mempertimbangkan apakah akan menyetujui permohonan penggantian bukti penyakit luka berat.
- (4) Bagi penduduk Penghu pemegang kartu penyakit luka berat yang berobat ke Pulau Taiwan yang perlu mengajukan permohonan “Bantuan dana transportasi untuk penduduk

Penghu County yang berobat ke Taiwan”, perlu membawa kartu Askes, surat rujukan berobat, formulir permohonan bantuan dana transportasi, dan dokumen lainnya, menuju Dinas Kesehatan pemerintah Penghu County ataupun Biro Kesehatan di berbagai daerah di Penghu County mengajukan permohonan bantuan (tidak diwajibkan untuk mengajukan permohonan bukti penyakit luka berat kepada Badan Asuransi Kesehatan).

Aktif dalam memberi perhatian dan menjaga penduduk ekonomi lemah

1. Memberi perhatian kepada penduduk yang membutuhkan, membantu dengan cinta kasih.

Cabang kantor layanan Badan Asuransi Kesehatan di setiap daerah memiliki “akun cinta kasih”, asalkan Anda memenuhi persyaratan seperti ekonomi lemah, sakit, kondisi darurat dan alasan lainnya, setelah melalui persetujuan Komite Bantuan Cinta Kasih, dapat berdasarkan bukti diagnosa dokter, keadaan ekonomi lemah, atau dokumen lain, mengajukan bantuan dana cinta kasih untuk biaya Askes.

2. “Program bantuan dana Askes untuk pasangan asing sebelum memiliki status kependudukan.”

Badan Asuransi Kesehatan bergabung dengan balai komunitas masyarakat di desa, kota, daerah, terhadap pasangan asing yang belum memiliki status kependudukan yang memenuhi persyaratan “penduduk dengan pendapatan rendah atau menengah ke bawah”, secara aktif memberikan bimbingan dan perwakilan penerimaan dokumen memudahkan penduduk yang memenuhi persyaratan dapat mengajukan permohonan di kantor layanan terdekat di desa, kota, daerah.



Lampiran

Nomor telepon bebas pulsa 0800-030-598 dan alamat Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Badan Asuransi Kesehatan Nasional Pusat beserta cabang kantor layanan di tiap daerah

Cabang	Nomor telepon	Alamat
Kantor Pusat	(02)2706-5866	No. 140, Sec. 3, Xinyi Rd., Daan District, Taipei City (10634)
Kantor layanan Taipei	(02)2191-2006	5th Fl., No. 15-1, Gongyuan Rd. Zhongzheng District, Taipei City (10041)
Kantor layanan Keelung	(02)2191-2006	No. 95, Yiyi Rd., Keelung City (20241)
Kantor layanan Yilan	(02)2191-2006	No. 11, Jhancian N. Rd., Luodong Town, Yilan County (26550)
Kantor layanan Jinmen	(082)372-465	No. 65, Huandao Rd., Jincheng Town, Kinmen County (89350)
Kantor layanan Lienchiang	(083)622-368	No. 216, Fusing Village, Nangan Township, Lienchiang County (20941)
Kantor layanan daerah Utara Taiwan	(03)433-9111	No. 525, Sec. 3, Zhongshan E. Rd., Zhongli District, Taoyuan City (32005)
Kantor layanan Taoyuan	(03)433-9111	No.11-4, Jieshou Rd., Taoyuan District, Taoyuan City (33062)
Kantor layanan Hsinchu	(03)433-9111	No. 3, Wuling Ed., North District, Hsinchu City (30054)
Kantor layanan Jhubei	(03)433-9111	No. 9-12, Guangming 9th Rd., Jhubei City, Hsinchu County (30268)
Kantor layanan Miaoli	(03)433-9111	No. 1146, JhongJheng Rd., Miaoli City, Miaoli County (36052)
Kantor layanan daerah Tengah Taiwan	(04)2258-3988	No. 66, Shihjheng North One Rd., Xitun District, Taichung City (40709)

Cabang	Nomor telepon	Alamat
Kantor layanan Fengyuan	(04)2258-3988	No. 146, Ruei-an St., Fongyuan District, Taichung City (42041)
Kantor layanan Shalu	(04)2258-3988	No. 16, Fulu St., Shalu District, Taichung City (43352)
Kantor layanan Changhua	(04)2258-3988	3F, No. 369, Jhonghua W. Rd., Changhua City, Changhua County (50056)
Kantor layanan Nantou	(04)2258-3988	No. 126, Jhongsing Rd., Caotun Town, Nantou County (54261)
Kantor layanan daerah Selatan Taiwan	(06)224-5678	No. 96, Gongyuan Rd., Jhongsu District, Tainan City (70006)





Cabang	Nomor telepon	Alamat
Kantor layanan Hsinying	(06)224-5678	No. 78, Dongsyue Rd., Sinying District, Tainan City (73064)
Kantor layanan Chiayi	(06)224-5678	No. 131, De-an Rd., West Dist., Chiayi City (60085)
Kantor layanan Yunlin	(06)224-5678	No. 395, Jhuangjing Rd., Douliou City, Yunlin County (64043)
Kantor layanan Kaohsiung dan Pingtung	(07)323-3123	No. 157, Jiuru 2nd Rd., Sanmin District, Kaohsiung City (80706)
Pusat layanan terpadu Zhongzheng	(07)323-3123	1F., No.261, Zhongzheng 4th Rd., Qianjin Dist., Kaohsiung City 801, Taiwan (R.O.C.) (80147) (Di dalam Biro Urusan Tenaga Kerja Pemerintah Kota Kaohsiung)
Kantor layanan Gangshan	(07)323-3123	No. 1, Dayi 2nd Rd., Gangshan District, Kaohsiung City(82050) (Di dalam GangShan Armed Forces Hospital)
Kantor layanan Qishan	(07)323-3123	No. 60, Jhongsyue Rd., Cishan District, Kaohsiung City (84247) (Di dalam Chi-Shan Hospital)
Kantor layanan Pingtung	(07)323-3123	No. 1518, Guangdong Rd., Pingtung City, Pingtung County (90071)
Kantor layanan Tungkang	(07)323-3123	No. 210, Sec. 1, Jhongshan Rd., Donggang Town, Pingtung County (92842) (Di dalam Antai Tian-Sheng Memorial Hospital)

Cabang	Nomor telepon	Alamat
Kantor layanan Penghu	(07)323-3123	No. 63-40 Siwun Ao, Siwun Li, Magong City, Penghu County (88050)
Kantor layanan daerah Timur Taiwan	(03)833-2111	No. 36, Syuanyuan Rd., Hualien City, Hualien County (97049)
Kantor layanan Taitung	(03)833-2111	No. 146, Sec. 3, Siwei Rd., Taitung City, Taitung County (95049)

Informasi dalam buku panduan ini ditulis pada Desember 2015. Undang-undang dan peraturan dapat berubah sewaktu-waktu. Silakan kunjungi website Badan Asuransi Kesehatan <http://www.nhi.gov.tw> setiap saat untuk mendapatkan informasi yang terbaru.



2015-2016 全民健康保險民眾權益手冊 (印尼文版)

編 著：衛生福利部中央健康保險署

出版機關：衛生福利部中央健康保險署

地 址：10634 臺北市大安區信義路三段 140 號

電 話：02-2706-5866

出版日期：中華民國 104 年 12 月

版 次：第 1 版第 1 刷

本書同時登載於衛生福利部中央健康保險署網站

<http://www.nhi.gov.tw>

定 價：新臺幣 50 元

經 銷 者：五南文化廣場

地 址：400 台中市中區中山路 6 號

電 話：04-2226-0330

經 銷 者：國家書店松江門市

地 址：10485 臺北市松江路 209 號 1 樓

電 話：02-2518-0207

設計印刷：博創印藝文化事業有限公司

電 話：02-8221-5966

GPN：1010403261

ISBN：978-986-04-7577-7

著 作 人：衛生福利部中央健康保險署

著作財產權人：衛生福利部中央健康保險署

* 本書保留所有權利，欲利用本書全部或部分內容者，需徵求
著作財產權人衛生福利部中央健康保險署同意或書面授權。