

PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN
NOMOR 3 TAHUN 2017
TENTANG
PENGELOLAAN ADMINISTRASI KLAIM FASILITAS KESEHATAN
DALAM PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

- Menimbang :
- a. bahwa untuk menjalankan tugas BPJS Kesehatan dalam membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan serta menerapkan kendali mutu dan kendali biaya, diperlukan pengaturan mengenai pengelolaan pengajuan dokumen klaim dan pembayaran pelayanan kesehatan ke fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan;
 - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional;



- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
 2. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
 3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
 4. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 62);
 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2017 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 143);

A

6. Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 5/POJK.05/2013 tentang Pengawasan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial oleh Otoritas Jasa Keuangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 258);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN TENTANG PENGELOLAAN ADMINISTRASI KLAIM FASILITAS KESEHATAN DALAM PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Badan ini yang dimaksud dengan:

1. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.
2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
3. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
4. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya.
5. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif,

preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.

6. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
7. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKRTL adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
8. Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
9. Rawat jalan tingkat pertama yang selanjutnya disingkat RJTP adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik yang dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
10. Rawat inap tingkat pertama yang selanjutnya disingkat RITP adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik dan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan fasilitas rawat inap, untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan medis lainnya, dimana Peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari.
11. Hari rawat adalah lamanya peserta dan atau anggota keluarganya yang dirawat inap dengan memperhitungkan lamanya jumlah hari rawat.

12. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialistik atau sub spesialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
13. Pelayanan Kesehatan Lain adalah pelayanan kesehatan yang ditetapkan oleh Menteri yang dijamin berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*) dengan memperhitungkan kecukupan iuran setelah berkoordinasi dengan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan.
14. Pelayanan Kesehatan Darurat Medis adalah pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah kematian, keparahan, dan/atau kecacatan sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan.
15. Klaim Manfaat Pelayanan Kesehatan Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
16. Alat Kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin, dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosa, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan pada manusia dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.
17. Formularium Nasional adalah daftar obat yang disusun oleh komite nasional yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, didasarkan pada bukti ilmiah mutakhir berkhasiat, aman, dan dengan harga yang terjangkau yang disediakan serta digunakan sebagai acuan penggunaan obat dalam jaminan kesehatan nasional.
18. Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan



- jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
19. Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
 20. Tarif *Indonesian-Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur.
 21. Tarif Non *Indonesian-Case Based Groups* yang selanjutnya di sebut Tarif non INA-CBG adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas layanan di luar paket INA-CBG yang di tetapkan oleh menteri.
 22. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintah di bidang kesehatan.
 23. Identitas Peserta Jaminan Kesehatan Nasional adalah berupa Kartu Indonesia Sehat yang paling sedikit memuat nama dan nomor identitas tunggal Peserta yang berlaku untuk semua program jaminan sosial.
 24. Pemeriksaan adalah proses identifikasi masalah, analisis, dan evaluasi yang dilakukan secara independen, objektif, dan profesional berdasarkan standar pemeriksaan, untuk menilai kebenaran, kecermatan, kredibilitas, dan keandalan informasi mengenai pengelolaan dan tanggung jawab keuangan negara.
 25. Puskesmas Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar selanjutnya disingkat Puskesmas PONED adalah Puskesmas Rawat Inap yang memiliki kemampuan serta fasilitas PONED siap 24 (duapuluh empat) jam untuk memberikan pelayanan terhadap ibu

A

hamil, bersalin dan nifas dan bayi baru lahir dengan komplikasi.

26. *Antenatal Care* (ANC) adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada perempuan saat sebelum hamil dalam rangka menyiapkan perempuan menjadi hamil sehat.
27. *Postnatal Care* (PNC) adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan ditujukan pada ibu selama masa nifas dan pelayanan yang mendukung bayi yang dilahirkan.

BAB II

SISTEM PEMBAYARAN MANFAAT PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 2

BPJS Kesehatan membayarkan klaim pembayaran manfaat fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan meliputi:

- a. pembayaran manfaat pelayanan kesehatan di FKTP; dan
- b. pembayaran manfaat pelayanan kesehatan di FKRTL.

Pasal 3

- (1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran pelayanan kesehatan berdasarkan tarif kapitasi dan tarif non kapitasi kepada FKTP.
- (2) Tarif non kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan pada FKTP yang melakukan pelayanan kesehatan di luar lingkup pembayaran kapitasi meliputi:
 - a. pelayanan ambulan diberikan untuk rujukan antar fasilitas kesehatan yaitu:
 1. antar FKTP; atau
 2. dari FKTP ke fasilitas kesehatan rujukan.
 - b. pelayanan Program Rujuk Balik meliputi:
 1. pelayanan obat rujuk balik; dan
 2. pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik.

A

- c. pelayanan skrining kesehatan tertentu berupa IVA atau *Pap smear*;
- d. pelayanan terapi krio untuk kanker leher rahim dengan kasus pemeriksaan IVA positif;
- e. pelayanan pemeriksaan penunjang (skrining kesehatan dan program rujuk balik) meliputi pemeriksaan gula darah puasa, gula darah post prandial, gula darah sewaktu, HbA1c dan kimia darah;
- f. pelayanan RITP dibayar dengan paket per hari rawat;
- g. pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter sesuai kompetensi dan kewenangannya meliputi:
 - 1. pemeriksaan *Antenatal Care* dan *Postnatal Care*;
 - 2. persalinan pervaginam normal, persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar di puskesmas PONED, pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal; dan
 - 3. pelayanan Keluarga Berencana (KB) berupa MOP/vasektomi.
- h. pelayanan protesa gigi diberikan atas rekomendasi dari dokter gigi; dan
- i. kompensasi pada daerah yang tidak terdapat fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat.

Pasal 4

- (1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran pelayanan kesehatan berdasarkan INA CBG dan tarif non INA CBG kepada FKRTL.
- (2) Tarif INA CBG sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatas diberlakukan pada FKRTL yang melakukan:
 - a. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan; atau
 - b. Rawat Inap Tingkat Lanjutan.
- (3) Tarif Non INA CBG sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberlakukan pada FKRTL yang melakukan:
 - a. obat untuk penyakit kronis dan obat kemoterapi;

A

- b. alat bantu kesehatan yang meliputi:
 - 1. kacamata;
 - 2. alat bantu dengar;
 - 3. protesa alat gerak
 - 4. protesa gigi;
 - 5. korset tulang belakang;
 - 6. *collar neck*; dan
 - 7. kruk;
- c. pelayanan ambulan yang diberikan yaitu:
 - 1. antar Fasilitas Kesehatan Rujukan Sekunder;
 - 2. dari fasilitas kesehatan sekunder ke fasilitas kesehatan tersier;
 - 3. antar fasilitas kesehatan sekunder dan fasilitas kesehatan tersier; atau
 - 4. rujukan balik ke fasilitas kesehatan dengan tipe di bawahnya;
- d. *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*.

Pasal 5

- (1) Pelayanan ambulan diberikan pada transportasi darat dan air bagi pasien dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Penggantian biaya pelayanan ambulan sesuai dengan standar biaya ambulan yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.
- (3) Tarif pelayanan ambulan meliputi:
 - a. penggunaan ambulan untuk mengantarkan pasien dari fasilitas kesehatan perujuk ke fasilitas kesehatan penerima rujukan yang sudah mencakup biaya kendaraan ambulan darat atau air kembali ke tempat perujuk;
 - b. komponen tarif operasional ambulan yang dibiayai mencakup:
 - 1. *voucher* bahan bakar;
 - 2. karcis tol;

3. biaya ambulan darat untuk menyebrang dengan kapal; dan
4. tenaga kesehatan yang ikut dalam ambulan.

Pasal 6

Kondisi khusus pelayanan ambulan diberikan:

- a. dalam kondisi belum terdapat tarif dasar ambulan yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah setempat maka Kedeputan Wilayah/Kantor Cabang bersama asosiasi fasilitas kesehatan daerah propinsi/kabupaten/kota menetapkan tarif dengan mengacu kepada standar biaya yang berlaku pada daerah (Kabupaten/Kota) dengan karakteristik geografisnya setara pada satu wilayah (satu wilayah daerah Propinsi);
- b. dalam kondisi pelayanan ambulan melintasi lebih dari 1 (satu) wilayah daerah kabupaten sehingga terdapat lebih dari 1 (satu) tarif maka tarif yang digunakan adalah tarif yang berlaku pada wilayah fasilitas kesehatan perujuk.

BAB III

PENGAJUAN ADMINISTRASI KLAIM PEMBAYARAN MANFAAT PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 7

Pengajuan administrasi klaim pembayaran manfaat di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan meliputi:

- a. administrasi klaim pembayaran manfaat pelayanan kesehatan di FKTP; dan
- b. administrasi klaim pembayaran manfaat pelayanan kesehatan di FKRTL.

4

Bagian Kesatu

Pengajuan Administrasi Klaim Pembayaran Manfaat di FKTP

Pasal 8

- (1) Klaim manfaat pelayanan kesehatan tingkat pertama terdiri atas:
 - a. RITP;
 - b. pelayanan kebidanan dan neonatal;
 - c. pelayanan Program Rujuk Balik (PRB);
 - d. pelayanan skrining kesehatan dan pemeriksaan penunjang skrining kesehatan;
 - e. protesa gigi; dan
 - f. pelayanan ambulan.
- (2) Persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan di FKTP adalah sebagai berikut:
 - a. kelengkapan administrasi umum yang terdiri atas:
 1. formulir pengajuan klaim (FPK) yang ditandatangani oleh Pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang;
 2. kuitansi asli bermaterai cukup; dan
 3. Surat Tanggung Jawab Mutlak bermaterai cukup yang ditandatangani oleh Pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang.
 - b. kelengkapan khusus yang terdiri atas:
 1. bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh Peserta atau anggota keluarga; dan
 2. kelengkapan pendukung yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim.

Pasal 9

Persyaratan pengajuan klaim pelayanan RITP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) huruf a sebagai berikut:

- a. kelengkapan administrasi umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (2) huruf a; dan
- b. kelengkapan administrasi khusus terdiri atas:
 1. rekapitulasi pelayanan; dan

A

2. Surat Perintah Rawat Inap dari Dokter.

Pasal 10

- (1) Persyaratan pengajuan klaim pelayanan kebidanan dan neonatal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) huruf b sebagai berikut:
 - a. kelengkapan administrasi umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (2) huruf a;
 - b. kelengkapan administrasi khusus terdiri atas:
 1. rekapitulasi pelayanan; dan
 2. salinan lembar pelayanan pada buku kesehatan ibu dan anak (KIA) sesuai pelayanan yang diberikan.
- (2) Dalam hal peserta tidak memiliki buku KIA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b angka 2, buku KIA dapat diganti dengan Kartu Ibu atau Keterangan pelayanan lainnya pengganti buku KIA yang ditandatangani ibu hamil atau bersalin dan petugas yang menangani.
- (3) Dalam hal pengajuan klaim persalinan merupakan persalinan pervaginam normal, persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar di puskesmas PONEB, atau pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal, berkas klaim dilengkapi dengan:
 - a. partograf yang ditandatangani oleh tenaga kesehatan penolong persalinan untuk pertolongan persalinan atau keterangan lain yang menjelaskan tentang pelayanan persalinan yang diberikan; dan
 - b. surat keterangan kelahiran.

Pasal 11

Persyaratan pengajuan klaim pelayanan PRB sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) huruf c terdiri atas:

- a. kelengkapan klaim pelayanan obat PRB meliputi:
 1. kelengkapan administrasi umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (2) huruf a; dan

A

2. kelengkapan administrasi khusus yang terdiri atas:
 - a) data tagihan pelayanan dalam bentuk *softcopy* sesuai dengan aplikasi Apotek dari BPJS Kesehatan;
 - b) lembar resep obat PRB; dan
 - c) bukti pendukung yang memuat informasi tentang hasil pemeriksaan penunjang diagnostik sesuai dengan restriksi obat sesuai dengan Formularium Nasional (FORNAS).
- b. klaim pelayanan pemeriksaan penunjang PRB meliputi:
 1. kelengkapan administrasi umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (2) huruf a; dan
 2. kelengkapan administrasi khusus yang terdiri atas:
 - a) lembar permintaan pemeriksaan laboratorium PRB oleh dokter; dan
 - b) rekapitulasi tagihan pelayanan laboratorium PRB disertai hasil pemeriksaan laboratorium.

Pasal 12

- (1) Persyaratan pengajuan klaim pelayanan pemeriksaan penunjang skrining kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) huruf d adalah sebagai berikut:
 - a. kelengkapan administrasi umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (2) huruf a; dan
 - b. kelengkapan administrasi khusus yang terdiri atas:
 1. Rekapitulasi tagihan pelayanan disertai hasil pemeriksaan laboratorium; dan
 2. Hasil skrining primer riwayat kesehatan luaran Aplikasi BPJS Kesehatan untuk pemeriksaan penunjang gula darah.
- (2) Pelayanan pemeriksaan penunjang skrining kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) huruf d termasuk pelayanan skrining kesehatan IVA atau Pap Smear dengan kelengkapan administrasi umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan kelengkapan administrasi khusus tambahan yaitu hasil pemeriksaan IVA atau *Papsmear* dan hasil pemeriksaan

A

IVA positif untuk Terapi Krio sesuai dengan luaran aplikasi BPJS Kesehatan.

Pasal 13

Persyaratan pengajuan klaim pelayanan protesa gigi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) huruf e adalah sebagai berikut:

- a. kelengkapan administrasi umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (2) huruf a; dan
- b. kelengkapan administrasi khusus yang terdiri atas:
 1. Surat Keterangan Medis dari dokter yang merawat (keterangan indikasi medis); atau
 2. resep protesa gigi.

Pasal 14

Persyaratan pengajuan klaim pelayanan ambulan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) huruf f adalah sebagai berikut:

- a. kelengkapan administrasi umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (2) huruf a; dan
- b. kelengkapan administrasi khusus yang terdiri atas:
 1. surat keterangan medis dari dokter yang merawat yang menerangkan kondisi medis pasien pada saat akan dirujuk;
 2. bukti pelayanan ambulan yang memuat informasi tentang:
 - a) identitas pasien;
 - b) waktu pelayanan (hari, tanggal, jam berangkat dari fasilitas kesehatan perujuk dan jam tiba di fasilitas kesehatan tujuan);
 - c) fasilitas kesehatan perujuk; dan
 - d) fasilitas kesehatan tujuan rujukan.
 3. tanda tangan dan stempel dari fasilitas kesehatan perujuk dan fasilitas kesehatan penerima rujukan; dan

4. bukti pembayaran jika ambulan menggunakan kapal penyebrangan.

Bagian Kedua

Pengajuan Administrasi Klaim Manfaat di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan

Pasal 15

- (1) Klaim manfaat Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan terdiri atas:
 - a. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL);
 - b. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL);
 - c. obat untuk penyakit kronis dan obat kemoterapi;
 - d. alat bantu kesehatan yang meliputi:
 1. kacamata;
 2. alat bantu dengar;
 3. protesa alat gerak
 4. protesa gigi;
 5. korset tulang belakang;
 6. *collar neck*; dan
 7. kruk;
 - e. pelayanan ambulan;
 - f. *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD); dan
 - g. pelayanan gawat darurat.
- (2) Persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan di FKRTL adalah sebagai berikut:
 - a. kelengkapan administrasi umum yang terdiri atas:
 1. formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga) yang ditandatangani oleh Pimpinan FKRTL atau pejabat lain yang berwenang, paling rendah adalah yang menjabat sebagai Kepala Instansi;
 2. *softcopy* luaran aplikasi BPJS Kesehatan;
 3. kuitansi asli bermaterai cukup; dan
 4. Surat Tanggung Jawab Mutlak bermaterai cukup yang ditandatangani oleh Pimpinan atau Direktur

FKRTL.

- b. kelengkapan khusus yang terdiri atas:
 - 1. bukti pendukung pelayanan; dan
 - 2. kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim.

Pasal 16

Persyaratan pengajuan klaim pelayanan RJTL sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1) huruf a sebagai berikut:

- 1. kelengkapan administrasi umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (2) huruf a; dan
- 2. kelengkapan administrasi khusus yang terdiri atas:
 - a. lembar Register Klaim masing-masing Peserta yang berisi informasi tentang keabsahan Peserta, resume medis, dan pelayanan Spesial CBG apabila diberikan; dan
 - b. rekapitulasi pelayanan.

Pasal 17

Persyaratan pengajuan klaim pelayanan RITL sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1) huruf b adalah sebagai berikut:

- a. kelengkapan administrasi umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (2) huruf a; dan
- b. kelengkapan administrasi khusus yang terdiri atas:
 - 1. lembar Register Klaim masing-masing Peserta yang berisi informasi tentang keabsahan Peserta, resume medis, dan pelayanan Spesial CBG apabila diberikan;
 - 2. rekapitulasi pelayanan; dan
 - 3. kelengkapan administrasi khusus berupa bukti pendukung.

A

Pasal 18

Persyaratan pengajuan klaim pelayanan Obat untuk penyakit kronis dan obat kemoterapi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1) huruf c sebagai berikut:

- a. kelengkapan administrasi umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (2) huruf a; dan
- b. kelengkapan administrasi khusus yang terdiri atas:
 1. bukti pendukung yang memuat informasi tentang keabsahan Peserta, resume medis dan hasil pemeriksaan penunjang diagnostik sesuai dengan restriksi obat;
 2. resep obat dan protokol terapi untuk obat Kemoterapi; dan
 3. data tagihan pelayanan dalam bentuk *softcopy* sesuai aplikasi Apotek dari BPJS Kesehatan.

Pasal 19

Persyaratan pengajuan klaim pelayanan alat bantu Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1) huruf d sebagai berikut:

- a. kelengkapan administrasi umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (2) huruf a;
- b. kelengkapan administrasi khusus yang terdiri atas:
 1. bukti pendukung yang meliputi informasi tentang keabsahan Peserta, dan resume medis;
 2. dalam hal pengajuan klaim pelayanan kacamata harus dilengkapi dengan:
 - a) resep kacamata; dan
 - b) tanda bukti penerimaan kacamata.
 3. dalam hal pengajuan klaim pelayanan alat bantu dengar harus dilengkapi dengan:
 - a) resep alat bantu dengar;
 - b) hasil pemeriksaan audiometri; dan
 - c) tanda bukti penerimaan alat bantu dengar.



4. dalam hal pengajuan klaim pelayanan protesa alat gerak harus dilengkapi dengan:
 - a) resep protesa alat gerak; dan
 - b) tanda bukti protesa alat gerak.
5. dalam hal pengajuan klaim pelayanan protesa Gigi harus dilengkapi dengan:
 - a) resep protesa gigi; dan
 - b) tanda bukti penerimaan protesa gigi.
6. dalam hal pengajuan klaim Korset Tulang Belakang harus dilengkapi dengan:
 - a) resep korset tulang belakang; dan
 - b) tanda bukti penerimaan korset tulang belakang.
7. dalam hal pengajuan klaim pelayanan *Collar Neck* harus dilengkapi dengan:
 - a) resep *collar neck*; dan
 - b) tanda bukti penerimaan *collar neck*.
8. dalam hal pengajuan klaim pelayanan Kruk harus dilengkapi dengan:
 - a) resep kruk; dan
 - b) tanda bukti penerimaan kruk.

Pasal 20

Persyaratan pengajuan klaim pelayanan ambulan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1) huruf e sebagai berikut:

- a. kelengkapan administrasi umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (2) huruf a; dan
- b. kelengkapan administrasi khusus terdiri atas:
 1. bukti pendukung yang meliputi informasi tentang keabsahan Peserta dan resume medis;
 2. surat keterangan medis dari dokter yang merawat yang menerangkan kondisi medis pasien pada saat akan dirujuk;
 3. bukti pelayanan ambulan yang memuat informasi tentang:
 - a) identitas pasien;

4

- b) waktu pelayanan (hari, tanggal, jam berangkat dari Fasilitas Kesehatan perujuk dan jam tiba di Fasilitas Kesehatan tujuan);
 - c) Fasilitas Kesehatan perujuk; dan
 - d) Fasilitas Kesehatan tujuan rujukan;
4. tanda terima fasilitas kesehatan penerima rujukan; dan
 5. bukti lain berupa bukti pembayaran jika ambulans menggunakan kapal penyebrangan.

Pasal 21

Persyaratan pengajuan klaim pelayanan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1) huruf f sebagai berikut:

- a. kelengkapan administrasi umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (2) huruf a; dan
- b. kelengkapan administrasi khusus yang terdiri atas:
 1. bukti pendukung yang memuat informasi tentang keabsahan Peserta dan resume medis; dan
 2. resep permintaan CAPD dari dokter yang merawat untuk masing-masing pasien.

Pasal 22

(1) Persyaratan pengajuan klaim pelayanan Gawat Darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1) huruf g sebagai berikut:

- a. kelengkapan administrasi umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (2) huruf a; dan
- b. kelengkapan administrasi khusus yang terdiri atas:
 1. bukti pendukung yang meliputi informasi tentang keabsahan Peserta, resume medis dan pelayanan Spesial CBG apabila diberikan;
 2. perincian tagihan Rumah Sakit (manual atau *automatic billing*); dan
 3. berkas pendukung lain yang diperlukan.

4

- (2) Dalam hal Fasilitas Kesehatan tidak dapat mengajukan dalam bentuk *softcopy* luaran INA CBG maka Fasilitas Kesehatan melakukan entri klaim di Kantor BPJS Kesehatan terdekat.

Pasal 23

- (1) Untuk kepentingan pemeriksaan atau audit yang dilaksanakan oleh pihak internal maupun pihak eksternal, BPJS Kesehatan dapat meminta Fasilitas Kesehatan untuk menyediakan bukti pelayanan lain yang dibutuhkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pemeriksaan yang dilakukan oleh pihak internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan pemeriksaan yang dilakukan oleh Kedeputian Bidang Pengawasan Internal.
- (3) Pemeriksaan yang dilakukan oleh pihak eksternal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan pemeriksaan yang dilakukan oleh Otoritas Jasa Keuangan, Badan Pemeriksa Keuangan atau lembaga pengawas independen lainnya.
- (4) Dalam hal terdapat kekurangan pembayaran oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan yang ditemukan pada proses pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) maka BPJS Kesehatan membayarkan kekurangan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan.
- (5) Dalam hal terdapat kelebihan pembayaran oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan yang ditemukan pada proses pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) maka Fasilitas Kesehatan bersedia mengembalikan kelebihan pembayaran kepada BPJS Kesehatan.

BAB IV
PEMBAYARAN KLAIM MANFAAT PELAYANAN KESEHATAN
KEPADA FASILITAS KESEHATAN

Pasal 24

- (1) Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim secara kolektif dan lengkap kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) bulan berikutnya.
- (2) Dalam hal tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka pengajuan klaim dapat diajukan pada hari kerja berikutnya.
- (3) Dalam hal terdapat kekurangan kelengkapan berkas klaim maka BPJS Kesehatan mengembalikan klaim ke Fasilitas Kesehatan untuk dilengkapi dengan melampirkan Berita Acara Pengembalian Klaim.
- (4) Klaim yang dikembalikan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat diajukan kembali oleh Fasilitas Kesehatan pada pengajuan klaim bulan berikutnya.

Pasal 25

BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan.

BAB V
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 26

Peraturan Badan ini mulai berlaku pada tanggal 1 Oktober 2017.

A

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 31 Agustus 2017

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA
JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

ttd.

FACHMI IDRIS

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 5 September 2017

DIREKTUR JENDERAL
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2017 NOMOR 1217

Salinan sesuai dengan aslinya,
Deputi Direktur Bidang HAL dan Regulasi,



Jenni Wihartini

NPP: 02271