

PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN
NOMOR 7 TAHUN 2018
TENTANG
PENGELOLAAN ADMINISTRASI KLAIM FASILITAS KESEHATAN
DALAM PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka kepastian, kecepatan dan ketepatan proses administrasi klaim, telah ditetapkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional;
 - b. bahwa Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional perlu disempurnakan sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan;

- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b serta untuk melaksanakan ketentuan Pasal 79 ayat (4) Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, perlu menetapkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan;

- 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 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
 3. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165);

MEMUTUSKAN:

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

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan 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 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. Klaim Manfaat Pelayanan Kesehatan Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
12. 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.
13. Pusat Kesehatan Masyarakat mampu Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar selanjutnya disingkat Puskesmas Poned adalah Puskesmas Rawat Inap mampu menyelenggarakan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi tingkat dasar selama 24 (duapuluh empat) jam sehari dan 7 (tujuh) hari

seminggu.

14. Ambulans adalah alat transportasi yang digunakan untuk mengangkut pasien yang dilengkapi dengan peralatan medis sesuai dengan standar.

BAB II

SISTEM PEMBAYARAN MANFAAT PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 2

BPJS Kesehatan membayarkan manfaat jaminan pelayanan kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan yang meliputi pembayaran manfaat jaminan pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL.

Bagian Kesatu

Sistem Pembayaran di FKTP

Pasal 3

- (1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran manfaat jaminan pelayanan kesehatan kepada FKTP:
 - a. secara praupaya atau kapitasi berdasarkan jumlah Peserta yang terdaftar di FKTP; dan
 - b. non kapitasi berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
- (2) Pelayanan non kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b meliputi:
 - a. pelayanan Ambulans untuk rujukan antar Fasilitas Kesehatan yang meliputi:
 1. antar FKTP; atau
 2. dari FKTP ke Fasilitas Kesehatan rujukan.
 - b. pelayanan obat program rujuk balik;
 - c. pemeriksaan penunjang pelayanan rujuk balik meliputi pemeriksaan gula darah, HbA1c dan kimia darah;

- d. pelayanan penapisan (*screening*) kesehatan tertentu berupa inspeksi visual asam asetat (IVA) atau pap smear dan gula darah;
- e. pelayanan terapi krio untuk kanker leher rahim dengan kasus pemeriksaan IVA positif;
- f. pelayanan RITP dibayar paket per hari rawat;
- g. pelayanan kebidanan, neonatal dan keluarga berencana yang dilakukan oleh bidan atau dokter sesuai kompetensi dan kewenangannya meliputi:
 - 1. pemeriksaan *antenatal care* (ANC) dan *postnatal care* (PNC);
 - 2. persalinan pervaginam normal, persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar di Puskesmas Poned, pelayanan tindakan paska persalinan di Puskesmas Poned, pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal; dan
 - 3. pelayanan Keluarga Berencana (KB) berupa pemasangan dan/atau pencabutan *intra uterine device* (IUD)/implant, suntik KB, penanganan komplikasi KB dan metode operasi pria (MOP)/vasektomi; dan
- h. protesa gigi.

Bagian Kedua

Sistem Pembayaran di FKRTL

Pasal 4

- (1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada FKRTL secara *Indonesian Case Based Groups (INA CBG)*.
- (2) Tarif INA-CBG sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberlakukan pada FKRTL yang memberikan pelayanan:
 - a. RJTL; atau

- b. RITL.
- (3) Selain tarif INA-CBG, BPJS Kesehatan dapat melakukan pembayaran kepada FKRTL yang memberikan pelayanan:
- a. obat untuk penyakit kronis dan obat kemoterapi;
 - 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*; atau
 7. kruk;
 - c. pelayanan Ambulans yang diberikan antar FKRTL; dan
 - d. *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD).
- (4) Ketentuan pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (3) mengacu kepada Peraturan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
- (5) Selain pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (3), BPJS Kesehatan dapat mengembangkan sistem pembayaran lain yang diatur tersendiri.

Bagian Ketiga

Sistem Pembayaran Pelayanan Ambulans

Pasal 5

- (1) Pelayanan Ambulans darat atau air merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar Fasilitas Kesehatan disertai dengan upaya menjaga kestabilan kondisi pasien

untuk kepentingan keselamatan pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (2) Penggantian biaya pelayanan Ambulans mengacu pada standar biaya Ambulans yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Tarif Pelayanan Ambulans meliputi:
 - a. penggunaan Ambulans untuk mengantarkan pasien dari Fasilitas Kesehatan perujuk ke Fasilitas Kesehatan penerima rujukan sampai Ambulans kembali ke tempat perujuk;
 - b. komponen tarif operasional Ambulans yang dibiayai meliputi:
 1. bahan bakar;
 2. karcis tol;
 3. biaya Ambulans darat untuk menyebrang dengan kapal; dan
 4. tenaga kesehatan yang ikut dalam ambulans.

Pasal 6

- (1) BPJS Kesehatan membayar biaya pelayanan Ambulans pada 1 (satu) wilayah kabupaten/kota sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Apabila pelayanan Ambulans dilakukan lintas wilayah daerah kabupaten/kota atau lintas propinsi yang berlaku tarif pada wilayah Fasilitas Kesehatan perujuk.

69

Bagian Keempat
Sistem Penggantian Biaya Manfaat Pelayanan Gawat
Darurat

Pasal 7

Pelayanan gawat darurat medis diberikan oleh:

- a. FKTP; atau
 - b. FKRTL,
- baik yang bekerjasama maupun tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Pasal 8

Penggantian biaya manfaat pelayanan gawat darurat di FKTP yaitu:

- a. FKTP yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sudah termasuk dalam komponen kapitasi atau non kapitasi sesuai jenis pelayanan yang diberikan sesuai ketentuan standar tarif yang ditetapkan; atau
- b. FKTP yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan berdasarkan ketentuan perundangan.

Pasal 9

Penggantian biaya manfaat pelayanan gawat darurat di FKRTL yaitu:

- a. FKRTL baik yang bekerjasama maupun yang tidak bekerjasama dibayarkan sesuai dengan Tarif INA-CBG berdasarkan kelompok Tarif INA-CBG sesuai dengan kelas rumah sakit yang ditetapkan; atau
- b. dalam hal FKRTL sebagaimana dimaksud pada huruf a belum memiliki penetapan kelas, klaim dibayarkan sesuai dengan Tarif INA-CBG rumah sakit kelas D.

BAB III
ADMINISTRASI PENGAJUAN KLAIM PEMBAYARAN
MANFAAT PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 10

Administrasi pengajuan klaim pembayaran manfaat di Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan meliputi klaim pembayaran manfaat pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL.

Bagian Kesatu

Administrasi Pengajuan Klaim Pembayaran Manfaat
Pelayanan Kesehatan di FKTP

Pasal 11

Klaim pembayaran manfaat pelayanan kesehatan di FKTP terdiri atas klaim:

- a. RJTP yang terdiri atas:
 1. pelayanan Ambulans;
 2. pelayanan kebidanan dan neonatal berupa ANC, PNC dan pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal;
 3. protesa gigi; dan
 4. keluarga berencana;
- b. RITP yang terdiri atas:
 1. rawat inap; dan
 2. pelayanan kebidanan dan neonatal berupa persalinan pervaginam normal, persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar di Puskesmas PONEB, pelayanan tindakan pasca persalinan di Puskesmas PONEB;
- c. promotif dan preventif yang terdiri atas:
 1. pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik;
 2. pelayanan skrining kesehatan tertentu; dan
 3. pelayanan terapi krio; dan
- d. pelayanan obat program rujuk balik.

Pasal 12

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. rekapitulasi pelayanan;
 3. kuitansi asli bermeterai; dan
 4. surat tanggung jawab mutlak bermeterai yang ditandatangani oleh Pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang; dan
- 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 13

Kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan RJTP adalah sebagai berikut:

- a. klaim pelayanan Ambulans dilengkapi dengan:
 1. surat pengantar rujukan pasien yang berisi informasi kondisi medis pasien pada saat akan dirujuk dari dokter yang merawat;
 2. bukti pelayanan Ambulans 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) nama Fasilitas Kesehatan perujuk; dan
 - d) nama Fasilitas Kesehatan tujuan rujukan;
 3. tanda tangan dan stempel dari Fasilitas Kesehatan perujuk dan Fasilitas Kesehatan penerima rujukan; dan

4

4. bukti pembayaran apabila Ambulans menggunakan kapal penyeberangan;
- b. klaim pelayanan kebidanan dan neonatal berupa pelayanan ANC, PNC dan pelayanan pra rujukan dilengkapi dengan:
1. salinan lembar pelayanan pada buku kesehatan ibu dan anak (KIA) sesuai pelayanan yang diberikan;
 2. kartu ibu atau keterangan pelayanan lainnya pengganti buku KIA yang ditandatangani ibu hamil atau bersalin dan petugas yang menangani dalam hal Peserta tidak memiliki buku KIA; atau
 3. khusus untuk klaim pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal dilengkapi dengan surat keterangan rujukan pasien yang berisi informasi kondisi medis pasien pada saat akan dirujuk, tindakan dan terapi yang telah diberikan dari dokter yang merujuk;
- c. klaim pelayanan protesa gigi dilengkapi dengan:
1. surat keterangan medis dari dokter yang merawat (keterangan indikasi medis);
 2. resep protesa gigi; dan
 3. lembar bukti legalisasi pelayanan protesa gigi luaran sistem informasi BPJS Kesehatan; dan
- d. klaim pelayanan keluarga berencana dilengkapi dengan:
1. salinan buku peserta keluarga berencana; dan
 2. salinan bukti surat persetujuan tindakan pelayanan keluarga berencana, khusus untuk pelayanan keluarga berencana implant, *intra uterine device* (IUD) dan MOP/vasektomi.

Pasal 14

Kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan RITP adalah sebagai berikut:

- a. klaim pelayanan rawat inap dilengkapi dengan:
 1. surat perintah rawat inap dari dokter; dan
 2. ringkasan rekam medis yang sekurang-kurangnya memuat:
 - a) identitas pasien;
 - b) diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat;
 - c) ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan dan tindak lanjut; dan
 - d) nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan;
- b. klaim pelayanan kebidanan dan neonatal berupa persalinan pervaginam normal, persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar di Puskesmas PONED, pelayanan tindakan pasca persalinan di Puskesmas PONED dilengkapi dengan:
 1. salinan buku kesehatan ibu dan anak (KIA) sesuai pelayanan yang diberikan;
 2. kartu ibu atau keterangan pelayanan lainnya pengganti buku kesehatan ibu dan anak (KIA) yang ditandatangani ibu bersalin dan petugas yang menangani dalam hal Peserta tidak memiliki buku KIA;
 3. salinan partograf yang ditandatangani oleh tenaga kesehatan penolong persalinan atau keterangan lain yang menjelaskan tentang pelayanan persalinan yang diberikan;
 4. surat keterangan kelahiran; dan
 5. keterangan/informasi tindakan yang telah diberikan kepada pasien dalam hal persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar dan pelayanan tindakan pasca persalinan.

Pasal 15

Kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan promotif dan preventif adalah sebagai berikut:

- a. klaim pemeriksaan penunjang rujuk balik dilengkapi dengan:
 1. lembar permintaan pemeriksaan laboratorium oleh dokter;
 2. rekapitulasi tagihan pelayanan laboratorium; dan
 3. salinan hasil pemeriksaan laboratorium;
- b. klaim pelayanan skrining kesehatan tertentu untuk pemeriksaan gula darah dilengkapi dengan:
 1. salinan hasil pemeriksaan laboratorium; dan
 2. hasil skrining riwayat kesehatan luaran Sistem informasi BPJS Kesehatan;
- c. klaim pelayanan skrining kesehatan tertentu untuk pemeriksaan IVA atau *papsmear* dilengkapi dengan:
 1. rekapitulasi tagihan pelayanan; dan
 2. salinan hasil pemeriksaan IVA atau *papsmear*; dan
- d. klaim pelayanan terapi krio dilengkapi dengan:
 1. rekapitulasi tagihan pelayanan; dan
 2. salinan hasil pemeriksaan IVA positif.

Pasal 16

Kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan obat PRB adalah sebagai berikut:

- a. lembar resep obat PRB; dan
- b. salinan dokumen yang memuat informasi tentang hasil pemeriksaan penunjang diagnostik sesuai dengan restriksi obat pada Formularium Nasional (FORNAS).

Bagian Kedua
Administrasi Pengajuan Klaim Pembayaran Manfaat
Pelayanan Kesehatan di FKRTL

Pasal 17

Klaim manfaat pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdiri atas:

- a. RJTL;
- b. 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*; atau
 7. kruk.
- e. pelayanan Ambulans; dan
- f. *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD).

Pasal 18

Persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan di FKRTL adalah sebagai berikut:

- a. kelengkapan administrasi umum yang terdiri atas:
 1. surat pengajuan klaim yang ditandatangani oleh Pimpinan FKRTL atau pejabat setingkat Direktur yang diberi kewenangan;
 2. kuitansi asli bermaterai; dan
 3. surat tanggung jawab mutlak bermaterai yang ditandatangani oleh Pimpinan FKRTL atau pejabat setingkat direktur yang diberi kewenangan.
- b. kelengkapan khusus yang terdiri atas:
 1. bukti pendukung pelayanan; dan
 2. kelengkapan lain yang dipersyaratkan dalam

masing-masing tagihan klaim.

Pasal 19

Kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan RJTL adalah sebagai berikut:

- a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;
- b. bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP);
- c. hasil pemeriksaan penunjang, apabila dilakukan;
- d. surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan rumah sakit;
- e. *checklist* klaim rumah sakit; dan
- f. luaran sistem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi BPJS Kesehatan.

Pasal 20

Kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan RITL adalah sebagai berikut:

- a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;
- b. resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP);
- c. laporan tindakan, prosedur atau laporan operasi;
- d. hasil pemeriksaan penunjang, apabila dilakukan;
- e. surat perintah rawat inap;
- f. surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan rumah sakit;
- g. *checklist* klaim rumah sakit; dan
- h. luaran sistem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi BPJS Kesehatan.

Pasal 21

Fasilitas Kesehatan di daerah terpencil yang belum memiliki jaringan komunikasi data, luaran sistem informasi pengajuan klaim sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 huruf f dan Pasal 20 huruf h dapat dikirimkan dalam media penyimpanan data kepada BPJS Kesehatan.

Pasal 22

Kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan obat untuk penyakit kronis dan obat kemoterapi adalah sebagai berikut:

- a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;
- b. resep obat dan protokol terapi untuk obat kemoterapi; dan
- c. dokumen lain yang dipersyaratkan sesuai restriksi obat dalam FORNAS.

Pasal 23

Kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan alat bantu kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;
- b. klaim pelayanan kacamata dilengkapi dengan:
 1. resep kacamata; dan
 2. tanda bukti penerimaan kacamata yang memuat harga kacamata;
- c. klaim pelayanan alat bantu dengar dilengkapi dengan:
 1. resep alat bantu dengar;
 2. hasil pemeriksaan audiometri; dan
 3. tanda bukti penerimaan alat bantu dengar memuat harga alat bantu dengar;

- d. pengajuan klaim pelayanan protesa alat gerak dilengkapi dengan:
 - 1. resep protesa alat gerak; dan
 - 2. tanda bukti protesa alat gerak yang memuat harga protesa alat gerak;
- e. pengajuan klaim pelayanan protesa gigi dilengkapi dengan:
 - 1. resep protesa gigi; dan
 - 2. tanda bukti penerimaan protesa gigi yang memuat harga protesa gigi;
- f. pengajuan klaim korset tulang belakang dilengkapi dengan:
 - 1. resep korset tulang belakang; dan
 - 2. tanda bukti penerimaan korset tulang belakang yang memuat harga korset tulang belakang;
- g. pengajuan klaim pelayanan *collar neck* dilengkapi dengan:
 - 1. resep *collar neck*; dan
 - 2. tanda bukti penerimaan *collar neck* yang memuat harga *collar neck*; dan
- h. pengajuan klaim pelayanan kruk dilengkapi dengan:
 - 1. resep kruk; dan
 - 2. tanda bukti penerimaan kruk yang memuat harga kruk.

Pasal 24

Kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan Ambulans adalah sebagai berikut:

- a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;
- b. surat pengantar rujukan pasien yang berisi informasi kondisi medis pasien pada saat akan dirujuk dari dokter yang merawat;
- c. bukti pelayanan Ambulans yang memuat informasi tentang:

- 1) identitas pasien;
 - 2) waktu pelayanan (hari, tanggal, jam berangkat dari Fasilitas Kesehatan perujuk dan jam tiba di Fasilitas Kesehatan tujuan);
 - 3) nama Fasilitas Kesehatan perujuk; dan
 - 4) nama Fasilitas Kesehatan tujuan rujukan;
- d. tanda terima Fasilitas Kesehatan penerima rujukan; dan
- e. bukti pembayaran apabila Ambulans menggunakan kapal penyeberangan.

Pasal 25

Kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) adalah sebagai berikut:

- a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta; dan
- b. resep permintaan CAPD dari dokter yang merawat.

Bagian Ketiga

Administrasi Pengajuan Klaim Pembayaran Manfaat Pelayanan Gawat Darurat di FKTP yang Tidak Bekerja Sama dengan BPJS Kesehatan

Pasal 26

Persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan gawat darurat di FKTP yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan 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. hasil input data tagihan klaim pelayanan kesehatan pada sistem informasi BPJS Kesehatan;

3. kuitansi asli bermaterai;
 4. rekapitulasi pelayanan yang terdiri atas:
 1. nama Peserta;
 2. nomor identitas Jaminan Kesehatan Nasional;
 3. alamat dan nomor telepon Peserta;
 4. diagnosa penyakit;
 5. tindakan yang diberikan;
 6. tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar perawatan; dan
 7. jumlah tagihan Peserta; dan
 5. surat tanggung jawab mutlak bermaterai yang ditandatangani oleh pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang; dan
- b. kelengkapan khusus yang terdiri atas:
1. bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh Peserta atau anggota keluarga; dan
 2. berkas pendukung lain sesuai pelayanan yang diberikan.

Bagian Keempat

Administrasi Pengajuan Klaim Pembayaran Manfaat Pelayanan Gawat Darurat di FKRTL yang Tidak Bekerja Sama dengan BPJS Kesehatan

Pasal 27

Persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan gawat darurat di FKRTL yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. kelengkapan administrasi umum yang terdiri atas:
 1. surat pengajuan klaim yang ditandatangani oleh Pimpinan FKRTL atau pejabat setingkat Direktur yang diberi kewenangan;
 2. kuitansi asli bermaterai; dan
 3. surat tanggung jawab mutlak bermaterai yang ditandatangani oleh pimpinan FKRTL atau

pejabat setingkat direktur yang diberi kewenangan.

- b. kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan gawat darurat RJTL adalah sebagai berikut:
 1. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;
 2. bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP); dan
 3. hasil pemeriksaan penunjang, apabila dilakukan; dan
- c. kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan gawat darurat RITL adalah sebagai berikut:
 1. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;
 2. resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP);
 3. laporan tindakan, prosedur atau laporan operasi;
 4. hasil pemeriksaan penunjang, apabila dilakukan; dan
 5. surat perintah rawat inap.

Bagian Kelima

Pengembangan Sistem Pengelolaan Klaim Secara Elektronik

Pasal 28

- (1) Dalam rangka meningkatkan pengelolaan administrasi klaim Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan mengembangkan sistem pengelolaan klaim secara elektronik.

- (2) Dalam rangka pengembangan sistem pengelolaan klaim secara elektronik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan dapat meminta dokumen kelengkapan administrasi klaim dalam bentuk *softcopy* dan/atau melalui transaksi data elektronik.

BAB IV

PEMBAYARAN KLAIM MANFAAT PELAYANAN KESEHATAN KEPADA FASILITAS KESEHATAN

Bagian Kesatu

Pembayaran Klaim Manfaat Pelayanan Kepada FKTP

Pasal 29

- (1) BPJS Kesehatan membayar kapitasi kepada FKTP paling lambat tanggal 15 (lima belas) setiap bulan berjalan.
- (2) FKTP mengajukan klaim non kapitasi kepada BPJS Kesehatan secara periodik dan lengkap.
- (3) Dalam hal terdapat kekurangan kelengkapan berkas klaim, BPJS Kesehatan mengembalikan klaim kepada FKTP untuk dilengkapi dengan melampirkan berita acara pengembalian klaim.
- (4) Klaim yang dikembalikan kepada FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat diajukan kembali oleh Fasilitas Kesehatan paling lambat pada pengajuan klaim bulan berikutnya.
- (5) BPJS Kesehatan wajib membayar kepada FKTP klaim yang diajukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan yang telah diverifikasi, paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak berkas klaim dinyatakan lengkap.
- (6) Dalam hal pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (5) jatuh pada hari libur,

pembayaran pada FKTP dilakukan pada hari kerja berikutnya.

- (7) Dalam hal BPJS Kesehatan tidak melakukan pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (5), BPJS Kesehatan wajib membayar denda kepada FKTP yaitu sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.

Bagian Kedua

Pembayaran Klaim Manfaat Pelayanan Kepada FKRTL

Pasal 30

- (1) FKRTL mengajukan klaim secara kolektif kepada BPJS Kesehatan secara periodik dan lengkap setiap bulan.
- (2) BPJS Kesehatan menerbitkan bukti penerimaan klaim kepada FKRTL setelah FKRTL mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) BPJS Kesehatan harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari sejak klaim diajukan oleh FKRTL dan diterima oleh BPJS Kesehatan.
- (4) Dalam hal klaim yang diajukan oleh FKRTL sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak memenuhi kelengkapan berkas klaim, BPJS Kesehatan mengembalikan seluruh berkas klaim kepada FKRTL dan mengeluarkan berita acara pengembalian berkas klaim.
- (5) Dalam hal BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 (sepuluh) hari sebagaimana dimaksud pada ayat (3), berkas klaim dinyatakan lengkap.
- (6) Hari ke-10 (sepuluh) sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dihitung mulai hari pengajuan klaim FKRTL

yang ditandai dengan penerbitan bukti penerimaan klaim.

Pasal 31

- (1) BPJS Kesehatan melakukan proses verifikasi berkas klaim sejak berkas dinyatakan lengkap dibuktikan dengan berita acara kelengkapan berkas klaim sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (3) atau ayat (5).
- (2) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran klaim berdasarkan hasil verifikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang telah dinyatakan sesuai.
- (3) Dalam hal berkas klaim yang telah dilakukan verifikasi oleh BPJS Kesehatan belum sesuai dan memerlukan konfirmasi, berkas klaim dikembalikan kepada FKRTL untuk mendapatkan konfirmasi.
- (4) Pengembalian berkas klaim kepada FKRTL sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disertai berita acara pengembalian berkas klaim berikut penjelasannya.
- (5) Berkas klaim yang dikembalikan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dapat diajukan kembali oleh FKRTL pada pengajuan klaim bulan berikutnya.
- (6) BPJS Kesehatan mengajukan persetujuan klaim kepada FKRTL dalam hal proses verifikasi klaim telah selesai dilaksanakan.
- (7) Persetujuan klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dibuktikan dengan formulir persetujuan hasil verifikasi yang telah ditandatangani oleh pejabat FKRTL yang ditunjuk.
- (8) Hasil persetujuan verifikasi oleh FKRTL sebagaimana dimaksud pada ayat (7) diterima kembali oleh BPJS Kesehatan paling lambat 1 (satu) hari setelah formulir diterima oleh FKRTL.
- (9) Dalam hal FKRTL pada hari ke-11 (sebelas) belum menyerahkan persetujuan klaim sebagaimana

dimaksud pada ayat (7), FKRTL dianggap menyetujui hasil verifikasi klaim BPJS Kesehatan.

Pasal 32

- (1) BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran kepada FKRTL berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat:
 - a. 15 (lima belas) hari sejak dikeluarkannya berita acara kelengkapan berkas klaim sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (3); atau
 - b. 15 (lima belas) hari sejak berkas klaim otomatis dinyatakan lengkap sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (5).
- (2) Dalam hal pembayaran kepada FKRTL sebagaimana dimaksud pada ayat (1) jatuh pada hari libur, pembayaran pada FKRTL dilakukan pada hari kerja berikutnya.
- (3) Dalam hal BPJS Kesehatan tidak melakukan pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan wajib membayar denda kepada FKRTL yaitu sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.

Bagian Ketiga

Pembayaran Klaim Manfaat Pelayanan Gawat Darurat di FKTP yang Tidak Bekerja Sama dengan BPJS Kesehatan

Pasal 33

Mekanisme penagihan klaim pelayanan gawat darurat oleh FKTP yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dilaksanakan melalui tahapan:

- a. FKTP melapor ke Kantor Cabang BPJS Kesehatan;
- b. Kantor Cabang BPJS Kesehatan meminta ke Kantor Pusat BPJS Kesehatan yang menangani fungsi Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer untuk

dibuatkan kode Fasilitas Kesehatan baru “Fasilitas Kesehatan tidak kerja sama”;

- c. FKTP melakukan entry tagihan; dan
- d. Kantor Cabang BPJS Kesehatan melakukan verifikasi dan pembayaran tagihan.

Pasal 34

- (1) FKTP mengajukan klaim manfaat pelayanan gawat darurat kepada BPJS Kesehatan secara periodik dan lengkap.
- (2) Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26.
- (3) Pengajuan dokumen klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan jangka waktu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Keempat

Pembayaran Klaim Manfaat Pelayanan Gawat Darurat di FKRTL yang Tidak Bekerja Sama dengan BPJS Kesehatan

Pasal 35

- (1) Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27.
- (2) FKRTL mengajukan klaim secara kolektif dan lengkap kepada BPJS Kesehatan paling lambat pada bulan berikutnya.
- (3) Pengajuan klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan jangka waktu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kelima

Penerimaan Pengajuan Klaim dalam Keadaan Kahar

Pasal 36

Dalam hal terjadi bencana alam, kerusakan, *force majeure* dan cuti bersama yang ditetapkan oleh Pemerintah paling sedikit 2 (dua) hari, BPJS Kesehatan dapat melakukan penjadwalan penerimaan pengajuan klaim.

Pasal 37

- (1) Dalam hal belum ada kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan FKRTL terkait kaidah koding maupun medis (*dispute* klaim), penyelesaian dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Ketentuan dalam Pasal 19, Pasal 20, Pasal 22, Pasal 23, Pasal 24, Pasal 25, Pasal 26 dan Pasal 27 berlaku secara mutatis mutandis terhadap administrasi pengajuan klaim atas penyelesaian perbedaan pendapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

BAB V

PERMINTAAN REKAM MEDIS DALAM RANGKA AUDIT ADMINISTRASI KLAIM

Pasal 38

- (1) Untuk kepentingan pembayaran biaya pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan dapat meminta rekam medis Peserta berupa ringkasan rekam medis kepada Fasilitas Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Ringkasan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit memuat identitas pasien, diagnosis, dan riwayat pemeriksaan dan pengobatan yang ditagihkan biayanya.

- (3) Dalam hal dibutuhkan untuk kepentingan audit administrasi klaim, BPJS Kesehatan dapat melihat rekam medis Peserta dari Fasilitas Kesehatan dengan tetap menjaga kerahasiaan isi rekam medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Dalam hal dibutuhkan BPJS Kesehatan atas izin Fasilitas Kesehatan dapat mencatat atau mendokumentasikan informasi rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan meminta bukti pelayanan lain yang dibutuhkan dalam proses audit administrasi klaim.

Pasal 39

- (1) Dalam hal terdapat kekurangan pembayaran oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan yang ditemukan pada proses audit administrasi klaim sebagaimana dimaksud dalam Pasal 38 ayat (3) maupun verifikasi paska klaim, BPJS Kesehatan membayarkan kekurangan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan.
- (2) Dalam hal terdapat kelebihan pembayaran oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan yang ditemukan pada proses audit administrasi klaim sebagaimana dimaksud dalam Pasal 38 ayat (3) maupun verifikasi paska klaim, Fasilitas Kesehatan mengembalikan kelebihan pembayaran kepada BPJS Kesehatan.
- (3) Mekanisme kekurangan pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sebagaimana transaksi pembayaran klaim kepada Fasilitas Kesehatan.
- (4) Mekanisme kelebihan pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat melalui pembayaran dari Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan atau kompensasi pemotongan nilai klaim bulan

berikutnya.

BAB VI KADALUARSA KLAIM

Pasal 40

- (1) Pengajuan klaim pembiayaan pelayanan kesehatan oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan diberikan jangka waktu paling lambat 6 (enam) bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan.
- (2) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikecualikan:
 - a. bagi pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan sebelum berlakunya Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan;
 - b. belum adanya kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan (*dispute klaim*); dan
 - c. belum diaturnya ketentuan penjaminan obat secara jelas untuk obat tertentu.
- (3) Dalam hal jangka waktu pengajuan klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terlampaui, klaim tidak dapat diajukan kembali.

BAB VII KETENTUAN PENUTUP

Pasal 41

Pada saat Peraturan Badan ini mulai berlaku, Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 1217), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 42

Peraturan Badan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 20 Desember 2018

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA
JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

ttd.

FACHMI IDRIS

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 20 Desember 2018

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

ttd.

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2018 NOMOR 1712

Salinan sesuai dengan aslinya

Deputi Direksi Bidang Hubungan Antar Lembaga
dan Regulasi



Jenni Wihartini
NIP. 02271