



BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

SURAT EDARAN DIREKTUR PELAYANAN
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN

NOMOR 32 TAHUN 2015

TENTANG
KEBIJAKAN KOORDINASI MANFAAT/ *COORDINATION OF BENEFIT (COB)*

- Yth. 1. Kepala Grup/SPI/Sekretaris Badan BPJS Kesehatan
2. Kepala Divisi Regional I – XIII BPJS Kesehatan

di

Seluruh Indonesia

Merujuk kebijakan koordinasi manfaat BPJS Kesehatan, bersama ini Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan menyampaikan mekanisme koordinasi manfaat khususnya tentang penjaminan dan pembayaran pelayanan kesehatan peserta COB sebagai berikut :

I. Ketentuan Umum

- a. Koordinasi Manfaat diberlakukan apabila peserta BPJS Kesehatan membeli asuransi kesehatan tambahan dari penyelenggara program asuransi kesehatan tambahan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- b. Peserta COB adalah Peserta BPJS Kesehatan yang juga merupakan pemegang polis atau tertanggung dari asuransi kesehatan tambahan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan merupakan penjamin pertama atas program jaminan kesehatan kecuali untuk koordinasi manfaat program jaminan sosial di bidang kecelakaan lalu lintas BPJS Kesehatan sebagai penjamin kedua. Sedangkan untuk program jaminan sosial di bidang kecelakaan kerja BPJS Kesehatan bukan sebagai penjamin.
- c. Jaminan biaya dari BPJS Kesehatan dalam pelaksanaan koordinasi manfaat yang diperoleh peserta, tidak melebihi jumlah biaya pelayanan kesehatannya.

Kantor Pusat

Jl. Letjen Suprpto Cempaka Putih
PO BOX 1391/JKT, Jakarta Pusat 10510 - Indonesia
Telp. +62 21 421 2938 (Hunting), Fax. +62 21 421 2940
www.bpjs-kesehatan.go.id

- d. Koordinasi Manfaat yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang sesuai kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan asuransi kesehatan tambahan.
- e. Non Faskes COB adalah Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan yang tercantum dalam daftar faskes rujukan tingkat lanjutan dan dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan serta dapat melayani peserta COB.
- f. Non Faskes BPJS Kesehatan adalah Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

II. Skema Koordinasi Manfaat

Skema Koordinasi Manfaat antara BPJS Kesehatan dengan Asuransi Kesehatan Tambahan adalah sebagai berikut :

No	Pelayanan	Jenis Faskes	Kelas Perawatan	Penanggung Biaya	
				BPJS Kesehatan	Asuransi Kesehatan Tambahan
1	RJTP	a. Faskes BPJSK	Standar	+	-
		b. Non Faskes BPJSK	Standar	-	+
2	RITP	a. Faskes BPJSK	Standar	+	-
		b. Non Faskes BPJSK	Standar	-	+
3	RJTL	a. Faskes BPJSK	Standar	+	-
			Poli Eksekutif	-	+
		b. Non Faskes COB	Standar	-	+
			Poli Eksekutif	-	+
		c. Non Faskes BPJSK	Standar	-	+
			Poli Eksekutif	-	+
4	RITL	a. Faskes BPJSK	Standar	+	-
			Naik Kelas Perawatan	+	+
		b. Non Faskes COB	Standar (Sesuai Hak Kelas)	+	+
			Naik Kelas Perawatan	+	+
		c. Non Faskes BPJSK	Standar	-	+
			Naik Kelas Perawatan	-	+

III. Pelayanan di Faskes Tingkat Pertama

A. Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

1. Pelayanan kesehatan di Faskes Tingkat Pertama BPJS Kesehatan sesuai benefit yang dijamin dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional.
2. Pelayanan kesehatan di Non Faskes Tingkat Pertama BPJS Kesehatan tidak dapat dijamin oleh BPJS Kesehatan kecuali dalam kondisi gawat darurat.

3. Pada kondisi Gawat Darurat di Non Faskes Tingkat Pertama BPJS Kesehatan (RJTP dan RITP) penagihan klaim gawat darurat dilakukan oleh Faskes ke BPJS Kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku.
4. Tidak ada penagihan klaim dari pelayanan tingkat pertama oleh Asuransi Kesehatan Tambahan.

B. Kerjasama Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Untuk FKTP berupa klinik/dokter praktek perorangan yang bekerjasama dengan asuransi kesehatan tambahan namun belum bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, maka :

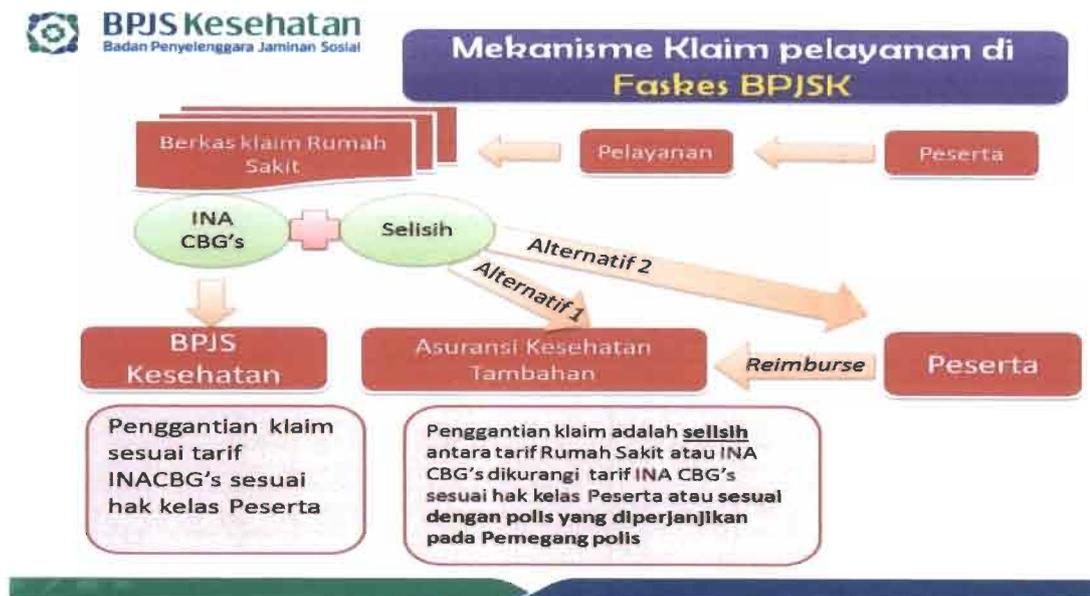
1. BPJS Kesehatan dapat bekerjasama dengan klinik/dokter praktek perorangan yang sudah bekerjasama dengan asuransi kesehatan tambahan sesuai dengan memenuhi persyaratan administrasi (kriteria mutlak) dan memiliki kompetensi dokter layanan primer.
2. Untuk menjaga mutu pelayanan, maka dimungkinkan bagi klinik /dokter praktek perorangan yang menginginkan kerjasama tertutup (khusus bagi peserta tertentu) dimungkinkan dengan syarat :
 - a) Jumlah dokter dan peserta terdaftar sudah maksimal ketentuan, atau
 - b) Letak FKTP terlokalisir dan tidak dapat diakses peserta umum, atau
 - c) Permintaan dari klinik/dokter praktek perorangan karena keterbatasan kemampuan dan sumber daya sarana sehingga hanya dimungkinkan untuk badan usaha tertentu.

IV. Pelayanan di Faskes Tingkat Lanjutan

A. Faskes BPJS Kesehatan

1. Pelayanan kesehatan yang dijamin adalah pelayanan yang mengikuti ketentuan yang berlaku dan mendapatkan benefit sesuai Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
2. Pelayanan yang tidak sesuai dengan ketentuan JKN, tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan, dan menjadi tanggung jawab asuransi kesehatan tambahan sesuai polis yang diperjanjikan. Atas biaya pelayanan kesehatan yang tidak sesuai ketentuan tersebut tidak dapat ditagihkan oleh asuransi kesehatan tambahan atau peserta ke BPJS Kesehatan.

3. Pada SEP Peserta COB ada keterangan yang tercantum bahwa peserta adalah peserta COB dari suatu asuransi kesehatan tambahan.
4. Peserta COB yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari pada haknya, maka BPJS Kesehatan menanggung biaya sesuai hak peserta dan ditagihkan oleh Faskes ke BPJS Kesehatan melalui tagihan kolektif. Selisih dibayarkan oleh asuransi kesehatan tambahan atau peserta sesuai polis yang diperjanjikan.
5. Yang dimaksud kelas perawatan yang lebih tinggi adalah kelas perawatan rawat inap lebih tinggi dari kelas sesuai hak peserta di BPJS Kesehatan.
6. Pelayanan Poli Eksekutif sampai dengan saat ini belum berlaku COB karena belum ada regulasi tentang pengaturan tentang klinik rawat jalan eksekutif (Definisi, kriteria, penetapan dll) oleh Kementerian Kesehatan. Selanjutnya Poli Eksekutif dapat berlaku COB sepanjang telah diatur dalam regulasi.
7. Tidak ada penagihan klaim dari asuransi kesehatan tambahan ke BPJS Kesehatan dari Faskes BPJS Kesehatan.
8. Berikut alur klaim pelayanan kesehatan di Faskes BPJS Kesehatan :



B. Non Faskes COB

1. Koordinasi manfaat biaya pelayanan kesehatan dapat dilakukan pada Non Faskes COB, tetapi hanya terbatas pada Rumah Sakit tertentu. Sampai dengan bulan Mei 2015 jumlah Non Faskes COB berjumlah 11 (sebelas) rumah sakit dan terhitung mulai bulan Juli 2015 akan dilakukan penambahan Non Faskes COB sejumlah

13 (tiga belas) rumah sakit, sehingga total Non Faskes COB mulai bulan Juli 2015 berjumlah 24 (dua puluh empat) rumah sakit. Penambahan daftar Non Faskes COB melalui surat persetujuan Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan. Demikian halnya pengurangan daftar Non Faskes COB.

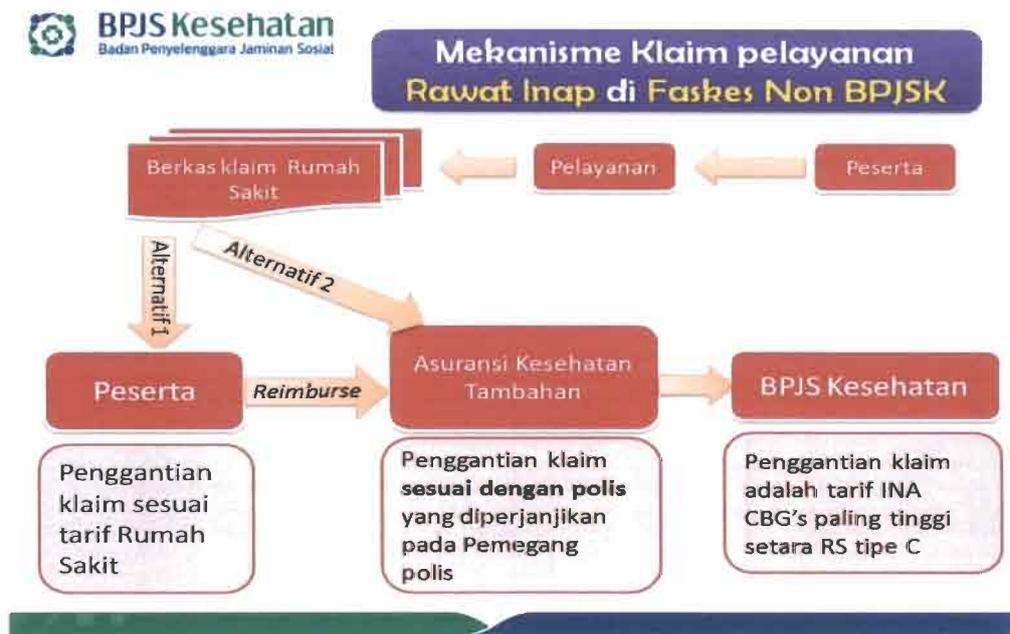
2. Apabila pada suatu saat Non Faskes COB tersebut bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, maka alur pelayanan kesehatan peserta COB sesuai ketentuan poin A diatas.
3. Untuk memudahkan pelayanan peserta COB di FKTP BPJS Kesehatan, maka data Non Faskes COB tersebut akan dimasukkan dalam Aplikasi *P – Care* dan dapat digunakan dokter FKTP sebagai tujuan rujukan atas indikasi medis ke Non Faskes COB khusus bagi peserta COB (hanya muncul apabila peserta teridentifikasi sebagai peserta COB).
4. Peserta COB yang mendapatkan pelayanan kesehatan di Non Faskes COB tersebut tidak menggunakan kartu BPJS Kesehatan, tetapi menggunakan kartu asuransi kesehatan tambahan.
5. Klaim yang dapat diajukan asuransi kesehatan tambahan ke BPJS Kesehatan adalah pelayanan kesehatan :

a. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)

Pelayanan RITL di Non Faskes COB tersebut mengikuti ketentuan sistem rujukan berjenjang dari FKTP BPJS Kesehatan kecuali untuk kasus gawat darurat. Penagihan klaim dari asuransi kesehatan tambahan melampirkan asal rujukan dari FKTP BPJS Kesehatan.

- 1) Pelayanan rawat inap dengan ketentuan :
 - a) Kelas perawatan sesuai hak kelas BPJS Kesehatan
 - b) Kelas perawatan di atas hak kelas BPJS Kesehatan
 - c) Jika peserta dirawat di kelas yang lebih rendah daripada haknya di BPJS Kesehatan maka biaya tersebut tidak dapat ditanggung oleh BPJS Kesehatan.
- 2) BPJS Kesehatan mengganti biaya dengan tarif maksimal sebesar rumah sakit tipe C berdasarkan regionalisasi tarif INA CBG's tempat fasilitas kesehatan berada.
- 3) Jika besaran biaya klaim yang diajukan asuransi kesehatan tambahan lebih rendah dari tarif INA CBG's maka klaim yang dibayarkan sesuai pengajuan.

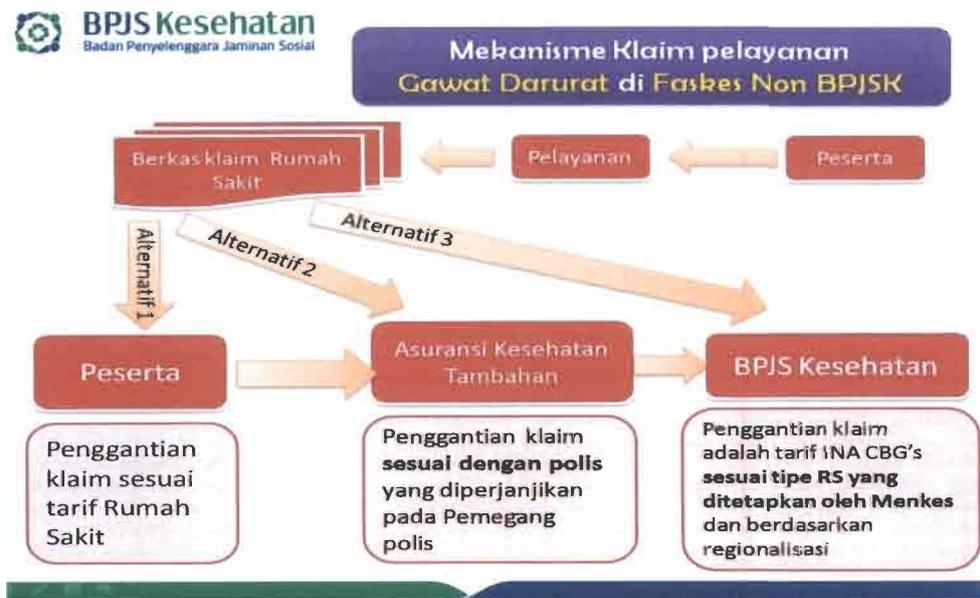
- 4) Penagihan biaya pelayanan ada 2 alternatif :
 - a) Biaya dibayar terlebih dahulu oleh asuransi kesehatan tambahan kemudian ditagihkan ke BPJS Kesehatan.
 - b) Peserta membayar terlebih dahulu, kemudian menagihkan ke asuransi kesehatan tambahan, kemudian asuransi kesehatan tambahan menagihkan ke BPJS Kesehatan.
- 5) Tidak ada klaim perorangan ke BPJS Kesehatan (*reimbursement*).
- 6) Berikut alur klaim pelayanan kesehatan di Non Faskes COB :



b. Gawat Darurat

- 1) Peserta COB dalam keadaan gawat darurat dapat dilayani di Non Faskes COB.
- 2) Pasien yang sudah teratasi kondisi gawat darurnya, pulang atau dirujuk ke Faskes BPJS Kesehatan untuk diberikan perawatan lanjutan di Faskes tersebut.
- 3) Penagihan biaya pelayanan ada 3 alternatif :
 - a) Faskes menagihkan langsung ke BPJS Kesehatan sesuai ketentuan penagihan klaim gawat darurat yang berlaku.
 - b) Biaya dibayarkan terlebih dahulu oleh asuransi kesehatan tambahan kemudian ditagihkan ke BPJS Kesehatan.

- c) Peserta membayar terlebih dahulu, kemudian menagihkan ke asuransi kesehatan tambahan dan selanjutnya asuransi kesehatan tambahan menagihkan ke BPJS Kesehatan.
- 4) BPJS Kesehatan membayar dengan tarif INA CBG's sesuai tipe rumah sakit yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan dan berdasarkan regionalisasi tarif INA CBG's tempat fasilitas kesehatan berada.
- 5) Apabila kondisi gawat darurat sudah teratasi tapi pasien tidak bersedia dirujuk ke Faskes BPJS Kesehatan tetapi menginginkan dirawat inap di Faskes tersebut, maka pengajuan klaim dan tarif pembayaran mengikuti ketentuan rawat inap di Non Faskes COB (Tarif INA CBG's Tipe C berdasarkan regionalisasi)
- 6) Pelayanan gawat darurat yang dapat dijamin adalah sesuai dengan kriteria gawat darurat yang berlaku.
- 7) Berikut alur klaim pelayanan gawat darurat di Non Faskes COB :



C. Non Faskes BPJS Kesehatan

1. Pelayanan kesehatan di Non Faskes BPJS Kesehatan tidak dijamin BPJS Kesehatan (kecuali gawat darurat), namun dijamin oleh asuransi kesehatan tambahan sesuai polis yang diperjanjikan antara asuransi kesehatan tambahan dan peserta.

2. Pelayanan gawat darurat di Non Faskes BPJS Kesehatan dapat dijamin BPJS Kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku. Faskes menagihkan langsung ke BPJS Kesehatan sesuai ketentuan penagihan klaim gawat darurat yang berlaku.
3. Tidak ada penagihan klaim dari asuransi kesehatan tambahan ke BPJS Kesehatan terhadap pelayanan kesehatan di Non Faskes BPJS Kesehatan.

V. Penagihan Klaim Koordinasi Manfaat dari Asuransi Kesehatan Tambahan

- a. Asuransi kesehatan tambahan hanya dapat mengajukan klaim dari rumah sakit Non Faskes COB. Tidak ada penagihan klaim dari Faskes yang sudah bekerja sama dan Non Faskes BPJS Kesehatan.
- b. Pengajuan klaim dilakukan secara kolektif setiap bulan paling lambat tanggal 10.
- c. Masa kadaluarsa klaim adalah N + 6 bulan.
- d. Verifikasi klaim mengacu pada pedoman verifikasi yang berlaku.
- e. Berikut skema pengajuan klaim :

No	Jenis	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL)		
		Faskes BPJS	Non Faskes COB	Non Faskes BPJSK
1	Definisi	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.	FKRTL yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan yang tercantum dalam daftar faskes rujukan tingkat lanjutan dan dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan serta dapat melayani peserta COB.	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
2	Penjaminan	RJTL (Termasuk Gawat Darurat) RITL	Gawat Darurat RITL (Sesuai dan Naik Kelas)	Gawat Darurat
3	Mekanis Klaim	Faskes ke BPJS Kesehatan	Faskes ke Asuransi Kesehatan Tambahan, selanjutnya Asuransi Kesehatan Tambahan ke BPJS Kesehatan Catt : Khusus Untuk Gawat Darurat, Faskes Dapat ke BPJS Kesehatan	Faskes ke BPJS Kesehatan
4	Tarif	Tarif sesuai tipe Faskes berdasarkan regionalisasi tarif INA CBG's	Maksimal sebesar rumah sakit tipe C berdasarkan regionalisasi tarif INA CBG's tempat fasilitas kesehatan berada. Catt : untuk Gawat Darurat, Tarif sesuai tipe Faskes berdasarkan regionalisasi tarif INA CBG's	Hanya untuk Gawat Darurat, Tarif sesuai tipe Faskes berdasarkan regionalisasi tarif INA CBG's

VI. Kantor Cabang Operasional COB

- a. Asuransi kesehatan tambahan melakukan pengajuan klaim pelayanan kesehatan dan pendaftaran peserta COB ke Kantor Cabang Prima BPJS Kesehatan.
- b. Kantor Cabang Prima BPJS Kesehatan melakukan proses verifikasi dan pembayaran klaim ke asuransi kesehatan tambahan.
- c. Kantor Cabang Prima BPJS Kesehatan melakukan validasi dan *flagging* peserta COB.

VII. Data Asuransi Kesehatan Tambahan dan Badan Penjamin Lainnya

A. Asuransi Kesehatan Tambahan yang sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan
Sampai dengan bulan April 2015, asuransi kesehatan tambahan yang sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sebanyak 52 (daftar terlampir).

B. Asuransi Kesehatan Tambahan dan Badan Penjamin Lainnya yang belum bekerja sama

1. Sampai dengan saat ini badan penjamin lainnya belum dapat bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berhubung definisi dari badan penjamin lainnya belum ditetapkan secara hukum.
2. Asuransi kesehatan tambahan tetap dapat melakukan koordinasi manfaat walau tidak diikat dalam bentuk kerja sama. Mekanismenya merupakan koordinasi secara administrasi, dimana peserta yang mendapatkan pelayanan rawat inap tingkat lanjut di Faskes BPJS Kesehatan dan memilih naik kelas atas permintaan sendiri maka BPJS Kesehatan akan menanggung biaya sesuai hak peserta di JKN dan selisih biaya dapat ditagihkan peserta/rumah sakit kepada asuransi kesehatan tambahan sesuai polis/ manfaat yang disepakati antara peserta dan asuransi kesehatan tambahan.
3. Ketentuan penjaminan peserta sebagaimana dimaksud poin 2, dapat dijamin sesuai ketentuan dan prosedur yang berlaku dalam JKN.
4. Biaya pelayanan kesehatan akibat selisih kenaikan kelas perawatan, selisih alat bantu kesehatan dan hal-hal yang tidak dijamin dalam JKN menjadi tanggungan asuransi kesehatan tambahan sesuai dengan polis yang diperjanjikan dengan peserta.

Selanjutnya Kantor Cabang untuk dapat menginformasikan dan berkoordinasi mengenai pelaksanaan COB BPJS Kesehatan dengan rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Demikian Surat Edaran ini dibuat untuk menjadi perhatian dan dilaksanakan
sebaik-baiknya.

Ditetapkan di Jakarta

Pada Tanggal 1 Juni 2015



DIREKTUR PELAYANAN &
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
KESEHATAN,

Fajriadinur

FAJRIADINUR