



# BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA

No.1712 2018

BPJS Kesehatan. Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Pencabutan.

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 NASIONAL.

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 PONEB 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