

panduan praktis

# Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan

## Kata Pengantar

Sesuai amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) ditetapkan bahwa operasional BPJS Kesehatan dimulai sejak tanggal 1 Januari 2014.

BPJS Kesehatan sebagai Badan Pelaksana merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia.

Tujuan diberlakukannya program Jaminan Kesehatan Nasional ini adalah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.

Masyarakat sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan dan *stakeholder* terkait tentu perlu mengetahui prosedur dan kebijakan pelayanan dalam memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya. Untuk itu diperlukan Buku Panduan Praktis yang diharapkan dapat membantu

pemahaman tentang hak dan kewajiban stakeholder terkait baik Dokter/Dokter Gigi yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, Peserta BPJS Kesehatan maupun pihak-pihak yang memerlukan informasi tentang program Jaminan Kesehatan Nasional.

Dengan terbitnya buku ini diharapkan masyarakat akan mengetahui dan memahami tentang Jaminan Kesehatan Nasional, sehingga pada saat pelaksanaannya masyarakat dapat memahami hak dan kewajibannya serta memanfaatkan jaminan kesehatan dengan baik dan benar. Tentu saja, pada waktunya buku panduan praktis ini dapat saja direvisi dan diterapkan berdasarkan dinamika pelayanan yang dapat berkembang menurut situasi dan kondisi di lapangan serta perubahan regulasi terbaru.

↳ Direktur Utama BPJS Kesehatan 4



Dr. dr. Fachmi Idris, M.Kes.

## Daftar Isi

<b>A</b>	<b>Ketentuan Umum</b>	➤ 05
<b>B</b>	<b>Klaim Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama</b>	➤ 08
<b>C</b>	<b>Klaim Faskes Tingkat Lanjutan</b>	➤ 25
<b>D</b>	<b>Klaim Pelayanan Gawat Darurat</b>	➤ 29
<b>E</b>	<b>Klaim Alat Kesehatan</b>	➤ 33
<b>F</b>	<b>Klaim Kompensasi Pelayanan Di Daerah Tidak Ada Fasilitas Kesehatan Yang Memenuhi Syarat</b>	➤ 44
<b>G</b>	<b>Klaim Ambulan</b>	➤ 47
<b>H</b>	<b>Klaim <i>Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)</i></b>	➤ 49

## A Ketentuan Umum

1. Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan.
2. 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 Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan.
3. Kendali Mutu dan Biaya.
  - a. Dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya, BPJS Kesehatan membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi, dan pakar klinis.
  - b. Tim kendali mutu dan kendali biaya dapat melakukan:
    - 1) sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi;

- 2) *utilization review* dan audit medis; dan/atau
  - 3) pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan.
- c. Pada kasus tertentu, tim kendali mutu dan kendali biaya dapat meminta informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan Peserta dalam bentuk salinan/fotokopi rekam medis kepada Fasilitas Kesehatan sesuai kebutuhan.
4. Kadaluarsa Klaim
- a. Klaim Kolektif  
Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah maupun Swasta, baik Tingkat Pertama maupun Tingkat Lanjutan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan.
  - b. Klaim Perorangan  
Batas waktu maksimal pengajuan klaim perorangan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan, kecuali diatur secara khusus.
5. Kelengkapan administrasi klaim umum
- a. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
    - 1) Formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga)
    - 2) *Softcopy* data pelayanan bagi Fasilitas Kesehatan yang telah menggunakan aplikasi P-Care/aplikasi BPJS Kesehatan lain (untuk PMI/UTD) atau rekapitulasi pelayanan secara manual untuk Fasilitas Kesehatan yang belum menggunakan aplikasi P-Care.
    - 3) Kuitansi asli bermaterai cukup
    - 4) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.
    - 5) Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim
  - b. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan
    - 1) Formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga),
    - 2) *Softcopy* luaran aplikasi
    - 3) Kuitansi asli bermaterai cukup
    - 4) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.

- 5) Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim

## B Klaim Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

### 1. Klaim Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

Biaya pelayanan RJTP dibayar dengan kapitasi, yaitu berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar di Fasilitas Kesehatan tersebut tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta.

Besaran kapitasi adalah sebagai berikut:

No	Fasilitas Kesehatan	Tarif
1	Puskesmas atau fasilitas kesehatan yang setara	Rp 3.000,00 s.d Rp 6.000,00
2	RS Pratama, Klinik Pratama, Praktek Dokter atau Fasilitas Kesehatan yang setara	Rp 8.000,00 s.d Rp 10.000,00

No	Fasilitas Kesehatan	Tarif
3	Praktik Dokter Gigi di luar Fasilitas Kesehatan no 1 atau 2	Rp 2.000,00

- Tarif kapitasi Rp. 6.000,00 di Puskesmas (huruf A1) dan Rp. 10.000,00 di RS Kelas D Pratama, klinik pratama, atau fasilitas kesehatan yang setara (huruf B1) dalam Lampiran I angka 1 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013, sudah termasuk dokter gigi.
- Tarif kapitasi dokter gigi yang berpraktik di luar fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada huruf a sebesar Rp 2.000,00 per jiwa
- BPJS Kesehatan membayar kapitasi setiap bulan maksimal tanggal 15 (Lima Belas) bulan berjalan tanpa perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama.

Tarif kapitasi di Puskesmas, RS Kelas D  
 Pratama, Klinik Pratama atau fasilitas  
 kesehatan yang setara sudah termasuk dokter  
 gigi

## 2. Klaim Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)

- a. Biaya pelayanan RITP dibayar dengan paket per hari rawat dengan besaran Rp100.000,00 per hari. Pasien tidak boleh ditarik iur biaya.
- b. Pengajuan klaim RITP atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta pada bulan sebelumnya diajukan secara kolektif setiap bulan oleh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan, dengan menyampaikan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:
  - 1) Rekapitulasi pelayanan, yang terdiri dari:
    - a) Nama penderita;
    - b) Nomor Identitas;

- c) Alamat dan nomor telepon pasien;
  - d) Diagnosa penyakit;
  - e) Tindakan yang diberikan;
  - f) Tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar perawatan;
  - g) Jumlah hari rawat;
  - h) Besaran tarif paket;
  - i) Jumlah tagihan paket rawat inap tingkat pertama (besaran tarif paket dikalikan jumlah hari rawat);  
 Perhitungan hari rawat adalah tanggal keluar dikurangi tanggal masuk.
  - j) Jumlah seluruh tagihan
- 2) Berkas pendukung masing-masing pasien
    - a) Salinan identitas peserta BPJS Kesehatan
    - b) Surat perintah rawat inap dari Dokter.

Perhitungan hari rawat adalah tanggal keluar  
 dikurangi tanggal masuk

### 3. Persalinan/maternal dan neonatal non kapitasi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

- a. Biaya pelayanan persalinan/maternal dan neonatal non kapitasi adalah tarif tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta, sebagai berikut:

No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)
1	Pemeriksaan ANC	25,000
2	Persalinan Pervaginam Normal	600,000
3	Penanganan perdarahan paska keguguran, persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar	750,000
4	Pemeriksaan PNC/neonatus	25,000
5	Pelayanan tindakan paska persalinan (mis. placenta manual)	175,000
6	Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal	125,000

No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)
7	Pelayanan KB pemasangan:	
	- IUD/Implant	100,000
	- Suntik	15,000
8	Penanganan komplikasi KB paska persalinan	125,000

- b. Tarif Pelayanan Kesehatan Kebidanan dan Neonatal yang dilakukan oleh bidan sebagaimana dimaksud pada angka 1 (ANC), angka 4 (PNC), dan angka 7 (pelayanan KB) dalam Lampiran I angka II huruf B Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 hanya berlaku untuk pelayanan kesehatan kebidanan dan neonatal di luar Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Puskesmas, RS Kelas D Pratama, klinik pratama, atau fasilitas kesehatan yang setara) yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- c. Tarif persalinan adalah paket persalinan termasuk akomodasi. Pasien tidak boleh ditarik iur biaya.

- c. Pengajuan klaim persalinan dan pelayanan maternal/neonatal non kapitasi di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dapat dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang memberikan pelayanan (Puskesmas/Puskesmas PONED/Klinik/Dokter praktek perorangan dengan jejaring).
- d. Jejaring Fasilitas Kesehatan tingkat pertama berupa Polindes/Poskesdes dan bidan desa/praktik mandiri mengajukan tagihan melalui Fasilitas Kesehatan induknya.
- e. Klaim diajukan secara kolektif setiap bulan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:
  - 1) Rekapitulasi pelayanan:
    - a) Nama penderita;
    - b) Nomor Identitas;
    - c) Alamat dan telepon pasien;
    - d) Tanggal pelayanan;
    - e) GPA (Gravid, Partus, Abortus)
  - 2) Berkas pendukung masing-masing pasien yang terdiri dari:
    - a) Salinan identitas peserta BPJS Kesehatan
    - b) Salinan lembar pelayanan pada Buku KIA sesuai pelayanan yang diberikan untuk pemeriksaan kehamilan, pelayanan nifas, termasuk pelayanan bayi baru lahir dan KB pasca persalinan. Apabila Peserta tidak memiliki buku KIA, dapat digunakan kartu ibu atau keterangan pelayanan lainnya pengganti buku KIA yang ditandatangani ibu hamil/bersalin dan petugas yang menangani.
    - c) Partograf yang ditandatangani oleh tenaga kesehatan penolong persalinan untuk pertolongan persalinan. Pada kondisi tidak ada partograf dapat digunakan keterangan lain yang
  - f) Jenis persalinan (tanpa penyulit/dengan penyulit);
  - g) Besaran tarif paket;
  - h) Jumlah seluruh tagihan



- menjelaskan tentang pelayanan persalinan yang diberikan
- d) Surat keterangan kelahiran

**Tarif Persalinan adalah paket persalinan termasuk akomodasi. Pasien tidak boleh ditarik iur biaya.**

#### 4. Pelayanan Darah

- a. Tarif darah disesuaikan dengan tarif yang diatur di masing-masing daerah, maksimal Rp360.000,00 per kantong
- b. Biaya pelayanan darah terdiri dari jasa, sarana dan darah per kantong darah. Biaya jasa dan bahan, alat medis habis pakai termasuk transfusi set yang digunakan dalam pelayanan transfusi darah sudah termasuk paket rawat inap di Puskesmas atau Klinik.
- c. Klaim darah diajukan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan oleh

PMI atau UTD setempat dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut sebagai berikut:

- 1) Rekapitulasi pelayanan yang terdiri dari:
  - a) Nama penderita;
  - b) Nomor Identitas;
  - c) Alamat dan nomor telepon pasien;
  - d) Tanggal pelayanan;
  - e) Diagnosa penyakit;
  - f) Jumlah darah per kantong yang dibutuhkan;
  - g) Besaran tarif paket;
  - h) Jumlah seluruh tagihan
- 2) Berkas pendukung masing-masing pasien yang terdiri dari :
  - a) Salinan identitas peserta BPJS Kesehatan
  - b) Lembar permohonan darah dari dokter yang merawat

Transfusi set yang digunakan dalam transfusi darah sudah termasuk paket rawat inap/kapitasi di Puskesmas atau Klinik

### 5. Pelayanan Obat Program Rujuk Balik

- Tarif Obat Program Rujuk Balik sesuai e-catalog ditambah faktor pelayanan dan *embalage*.
- Peresepan obat Program Rujuk Balik sesuai dengan Daftar Obat Program Rujuk Balik.
- Harga dasar obat Program Rujuk Balik sesuai dengan e-catalog atau sesuai ketentuan yang berlaku .
- Faktor pelayanan sebagaimana dimaksud pada huruf a, dengan ketentuan sebagai berikut:

Harga Satuan Obat	Faktor Pelayanan Maksimal
Sampai dengan Rp50.000,-	0,20
> Rp50.000,- sampai dengan Rp250.000,-	0,15
> Rp250.000,- sampai dengan Rp500.000,-	0,10

Harga Satuan Obat	Faktor Pelayanan Maksimal
> Rp500.000,- sampai dengan Rp1.000.000,-	0,05
> Rp1.000.000,-	0,02

- Embalage* sebagaimana dimaksud pada huruf a, dengan ketentuan sebagai berikut:
  - embalage* untuk setiap resep (per R/) obat jadi adalah Rp300,00
  - embalage* untuk setiap resep obat racikan adalah Rp500,00
- Klaim obat PRB ditagihkan secara kolektif oleh Apotek PRB/Depo Farmasi kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya.
- Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan oleh Apotek PRB dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:
  - Rekap Tagihan Obat Program Rujuk Balik

- 2) Lembar Resep Obat Program Rujuk Balik
- 3) Data tagihan pelayanan dalam bentuk *softcopy* sesuai Aplikasi dari BPJS Kesehatan

$$\text{Harga Obat} = (\text{harga dasar} \times \text{faktor pelayanan}) + \text{embalage}$$

## 6. Pelayanan Pemeriksaan Penunjang Program Rujuk Balik

- a. Pelayanan pemeriksaan penunjang Program Rujuk Balik (PRB) yang dijamin oleh BPJS Kesehatan adalah pemeriksaan Gula Darah Puasa, Gula Darah Post Prandial dan Gula Darah Sewaktu.
- b. Tarif pemeriksaan GDS, GDP dan GDPP berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan dengan range tarif Rp10.000,00 - Rp20.000,00.
- c. Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu, Glukosa Darah Puasa (GDP) dan Glukosa Darah Post Prandial (GDPP) dilakukan 1 (satu) bulan sekali
- d. Pemeriksaan lain selain yang termasuk dalam komponen paket kapitasi dan selain GDP, GDPP dan GDS dilakukan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dan biayanya sudah termasuk dalam paket INA CBG's.
- e. Klaim diajukan secara kolektif oleh Laboratorium/Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya.
- f. Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:
  - 1) Rekap Tagihan pelayanan laboratorium Program Rujuk Balik
  - 2) Lembar permintaan pemeriksaan laboratorium Program Rujuk Balik oleh dokter
  - 3) Hasil pemeriksaan laboratorium
  - 4) Salinan identitas peserta BPJS Kesehatan

Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu yang dibayar secara *fee-for-service* hanya untuk Program Rujuk Balik. Pemeriksaan GDS yang dilaksanakan di faskes tingkat pertama dan bukan Program Rujuk Balik termasuk dalam komponen kapitasi.

## 7. Pelayanan Pemeriksaan Penunjang Skrining Kesehatan

- a. Pelayanan pemeriksaan penunjang diberikan kepada Peserta BPJS Kesehatan yang telah mendapatkan analisis riwayat kesehatan dengan hasil teridentifikasi mempunyai risiko penyakit tertentu
- b. Pelayanan pemeriksaan penunjang Skrining Kesehatan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan adalah:
  - 1) Pemeriksaan IVA
  - 2) Pemeriksaan Pap smear
  - 3) pemeriksaan Gula Darah Puasa
  - 4) pemeriksaan Gula Darah Post Prandial.

- c. Tarif pemeriksaan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan dengan range tarif sebagai berikut :
  - 1) Pemeriksaan IVA:  
Maksimal Rp25.000,00
  - 2) Pemeriksaan Pap Smear:  
Maksimal Rp125.000,00
  - 3) Pemeriksaan Gula Darah:  
Rp10.000,00 sd Rp20.000,00
- d. Klaim diajukan oleh Laboratorium/Fasilitas Kesehatan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:
  - 1) Rekap Tagihan pelayanan
  - 2) Lembar permintaan pemeriksaan oleh dokter
  - 3) Hasil pemeriksaan laboratorium
  - 4) Salinan identitas peserta BPJS Kesehatan

## 8. Pelayanan Lain di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

- a. Pelayanan lain di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang dijamin oleh BPJS Kesehatan adalah pelayanan terapi krio untuk kasus pemeriksaan IVA positif
- b. Tarif pelayanan terapi krio adalah Rp150.000,00
- c. Pelayanan terapi krio diberikan kepada Peserta BPJS Kesehatan yang telah teridentifikasi positif IVA berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang skrining kesehatan.
- d. Pelayanan terapi krio diajukan secara kolektif bersama dengan klaim tingkat pertama lainnya oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya.
- e. Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:
  - 1) Rekap Tagihan pelayanan
  - 2) Lembar permintaan pelayanan oleh dokter
  - 3) Salinan identitas peserta BPJS Kesehatan

## C Klaim Faskes Tingkat Lanjutan

### 1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan

- a. Biaya pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan dibayar dengan paket INA CBGs tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta.
- b. Tarif paket INA CBG's sesuai dengan ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam Permenkes No 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- c. Tarif paket INA CBGs sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan, baik biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat/bahan habis pakai, obat dan lain-lain.
- d. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya menggunakan aplikasi INA CBGs Kementerian Kesehatan yang berlaku.

e. Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:

- 1) Rekapitulasi pelayanan
- 2) Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:
  - a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
  - b) Resume medis/laporan status pasien/keterangan diagnosa dari dokter yang merawat bila diperlukan
  - c) Bukti pelayanan lainnya, misal:
    - Protokol terapi dan regimen (jadual pemberian obat) pemberian obat khusus
    - Perincian tagihan Rumah Sakit (manual atau automatic billing)
    - Berkas pendukung lain yang diperlukan

## 2. Rawat Inap Tingkat Lanjutan

- a. Biaya pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan dibayar dengan paket INA CBGs tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta.
- b. Tarif paket INA CBGs sesuai dengan ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam Permenkes No 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- c. Tarif paket INA CBGs sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan, baik biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat/bahan habis pakai, obat, akomodasi dan lain-lain.
- d. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk *softcopy* (luaran aplikasi INA CBGs Kementerian Kesehatan yang berlaku) dan *hardcopy* (berkas pendukung klaim).

- e. Tagihan klaim di fasilitas kesehatan lanjutan menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani Direktur/Kepala Fasilitas Kesehatan lanjutan dan Petugas Verifikator BPJS Kesehatan.
- f. Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:
  - 1) Rekapitulasi pelayanan
  - 2) Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:
    - a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
    - b) Surat perintah rawat inap
    - c) Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP
    - d) Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP (bila diperlukan), misal:
      - Laporan operasi
      - Protokol terapi dan regimen (jadual pemberian obat) pemberian obat

khusus

- Perincian tagihan Rumah Sakit (manual atau automatic billing)
- Berkas pendukung lain yang diperlukan

## D Klaim Pelayanan Gawat Darurat

1. Pelayanan Gawat Darurat di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang Tidak Kerja Sama dengan BPJS Kesehatan
  - a. BPJS Kesehatan menjamin pelayanan gawat darurat di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan Kriteria Gawat Darurat yang berlaku.
  - b. Klaim diajukan secara kolektif oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya. Fasilitas Kesehatan tidak boleh menarik bayar kepada pasien.
  - e. Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/

Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:

- 1) Rekapitulasi pelayanan, yang terdiri dari:
    - a) Nama penderita;
    - b) Nomor Identitas;
    - c) Alamat dan nomor telepon pasien;
    - d) Diagnosa penyakit;
    - e) Tindakan yang diberikan;
    - f) Tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar perawatan;
    - g) Jumlah tagihan per pasien
    - h) Jumlah seluruh tagihan
  - 2) Salinan identitas peserta BPJS Kesehatan
  - f. Tarif pelayanan gawat darurat di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan setara dengan tarif yang berlaku untuk fasilitas kesehatan yang setara di wilayah tersebut dengan tarif Rp100.000,00 sd Rp150.000,00 per kasus.
2. Pelayanan Gawat Darurat di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Yang Tidak Kerja Sama dengan BPJS Kesehatan
    - a. BPJS Kesehatan menjamin pelayanan gawat darurat di Fasilitas Kesehatan tingkat lanjutan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan Kriteria Gawat Darurat yang berlaku.
    - b. Tarif pelayanan gawat darurat di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerjasama sesuai paket INA CBG's untuk kelompok tarif RS yang setara di wilayah tersebut tanpa pengenaan iur biaya kepada pasien.
    - c. Fasilitas kesehatan yang belum memiliki penetapan kelas Rumah Sakit, menggunakan tarif INA CBG's Rumah Sakit kelas D
    - d. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk *softcopy* (luaran aplikasi INA CBGs Kementerian Kesehatan yang berlaku) dan *hardcopy* (berkas pendukung klaim).



- e. Bagi Fasilitas Kesehatan yang belum dapat mengajukan dalam bentuk *softcopy* luaran INA CBG, maka klaim dientry oleh Fasilitas Kesehatan tersebut di Kantor BPJS Kesehatan terdekat.
- f. Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:
  - 1) Rekapitulasi pelayanan, yang terdiri dari:
    - a) Nama penderita;
    - b) Nomor Identitas;
    - c) Alamat dan nomor telepon pasien;
    - d) Diagnosa penyakit;
    - e) Tindakan yang diberikan;
    - f) Tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar perawatan;
    - g) Jumlah hari rawat (jika dirawat inap);
    - h) Jumlah tagihan per pasien;
    - i) Jumlah seluruh tagihan
  - 2) Salinan identitas peserta BPJS Kesehatan

**Pelayanan gawat darurat di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, klaimnya diajukan oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Fasilitas Kesehatan tidak boleh menarik bayar kepada pasien.**

3. Pelayanan Gawat Darurat di Fasilitas Kesehatan yang Kerja Sama dengan BPJS Kesehatan Adminitrasi pengajuan klaim sama dengan kelengkapan administrasi pengajuan klaim kolektif pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan di Fasilitas Kesehatan tingkat lanjutan.

## E Klaim Alat Kesehatan

1. Alat kesehatan yang dapat diklaimkan kepada BPJS Kesehatan adalah alat kesehatan diluar paket INA CBGs yaitu alat kesehatan yang tidak termasuk dalam paket layanan yang didasarkan kepada

pengelompokan diagnosis penyakit dan digunakan secara tidak permanen di luar tubuh pasien.

2. Alat kesehatan di luar paket INA CBG's ditagihkan langsung oleh fasilitas kesehatan ke BPJS Kesehatan
3. Alat kesehatan di luar paket INA CBG's adalah pelayanan yang dibatasi, yaitu:
  - 1) Pelayanan diberikan atas indikasi medis,
  - 2) Adanya plafon maksimal harga alat kesehatan
  - 3) Adanya batasan waktu pengambilan alat kesehatan
4. Tarif alat kesehatan di luar paket INA CBG's adalah:

No	Alat Kesehatan	Tarif (Rp)	Ketentuan
1	Kacamata	1. PBI/Hak rawat kelas 3: Rp150.000,00 2. Hak rawat kelas 2: Rp200.000,00 3. Hak rawat kelas 1: Rp300.000,00	1. Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali 2. Indikasi medis minimal: - Sferis 0,5D - Silindris 0,25D
2	Alat bantu dengar	Maksimal Rp1.000.000,00	Diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali atas indikasi medis

No	Alat Kesehatan	Tarif (Rp)	Ketentuan
3	Protesa alat gerak	Maksimal Rp2.500.000,00	1. Protesa alat gerak adalah: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kaki palsu</li> <li>b. Tangan palsu</li> </ol> 2. Diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali atas indikasi medis
4	Protesa gigi	Maksimal Rp1.000.000,00	1. Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis untuk gigi yang sama 2. Full protesa gigi maksimal Rp1.000.000,00 3. Masing-masing rahang maksimal Rp500.000,00
5	Korset tulang belakang	Maksimal Rp350.000,00	Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis
6	Collar neck	Maksimal Rp150.000,00	Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis

No	Alat Kesehatan	Tarif (Rp)	Ketentuan
7	Kruk	Maksimal Rp350.000,00	Diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali atas indikasi medis

#### 5. Alat kesehatan:

##### a. Kacamata

- 1) Diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan dengan gangguan penglihatan sesuai dengan indikasi medis yang merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
- 2) Penjaminan pelayanan kacamata diberikan atas rekomendasi dari dokter spesialis mata dan dibuktikan dengan hasil pemeriksaan mata.
- 3) Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan

berikutnya dalam bentuk *softcopy* (luaran aplikasi) dan *hardcopy* (berkas pendukung klaim), dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:

- a) Surat Eligibilitas Peserta (tindakan NCR atau salinannya)
  - b) Surat keterangan medis dari dokter yang merawat (keterangan indikasi medis) atau resep kacamata
  - c) Tanda tangan pasien atau anggota keluarganya
- ##### b. Alat Bantu Dengar
- 1) Diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan dengan gangguan pendengaran sesuai dengan indikasi medis
  - 2) Merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
  - 3) Penjaminan pelayanan alat bantu dengar diberikan atas rekomendasi dari dokter spesialis THT

- 4) Alat bantu dengar dapat diberikan maksimal sekali dalam 5 (lima) tahun per telinga
  - 5) Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk *softcopy* (luaran aplikasi) dan *hardcopy* (berkas pendukung klaim), dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:
    - a) Surat Eligibilitas Peserta (tindakan NCR atau salinannya)
    - b) Surat keterangan medis dari dokter yang merawat (keterangan indikasi medis) atau resep alat bantu dengar
- c. Protesa alat gerak
- 1) Diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan sesuai dengan indikasi medis
  - 2) Merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
- 3) Penjaminan pelayanan protesa alat gerak diberikan atas rekomendasi dari dokter spesialis bedah umum atau bedah tulang.
  - 4) Protesa alat gerak dapat diberikan maksimal sekali dalam 5 (lima) tahun untuk bagian tubuh yang sama.
  - 5) Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk *softcopy* (luaran aplikasi) dan *hardcopy* (berkas pendukung klaim), dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:
    - a) Surat Eligibilitas Peserta (tindakan NCR atau salinannya)
    - b) Surat keterangan medis dari dokter yang merawat (keterangan indikasi medis) atau resep protesa gerak

## d. Protesa Gigi

- 1) Diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan yang kehilangan gigi sesuai dengan indikasi medis
- 2) Pelayanan prothesa gigi diberikan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
- 3) Penjaminan pelayanan protesa gigi diberikan atas rekomendasi dari dokter gigi
- 4) Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk *softcopy* (luaran aplikasi) dan *hardcopy* (berkas pendukung klaim), dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:
  - a) Surat Eligibilitas Peserta (tindakan NCR atau salinannya)
  - b) Surat keterangan medis dari dokter yang

merawat (keterangan indikasi medis) atau resep protesa gigi

- 5) Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang belum menggunakan aplikasi P-Care mengajukan klaim protesa gigi secara manual

## e. Korset Tulang Belakang

- 1) Diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan yang mengalami kelainan/gangguan tulang atau kondisi lain sesuai dengan indikasi medis
- 2) Merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada fasilitas kesehatan rujukan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
- 3) Penjaminan pelayanan korset tulang belakang diberikan atas rekomendasi dokter spesialis bedah saraf atau spesialis bedah tulang atau spesialis bedah umum.
- 4) Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS

Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk *softcopy* (luaran aplikasi) dan *hardcopy* (berkas pendukung klaim), dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:

- a) Surat Eligibilitas Peserta (tindakan NCR atau salinannya)
- b) Surat keterangan medis dari dokter yang merawat (keterangan indikasi medis)/ resep korset

f. *Collar Neck*

- 1) Diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan sebagai penyangga kepala dan leher karena trauma pada leher dan kepala ataupun fraktur pada tulang cervix sesuai dengan indikasi medis.
- 2) Merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada fasilitas kesehatan rujukan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
- 3) Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada Kantor Cabang/

Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk *softcopy* (luaran aplikasi) dan *hardcopy* (berkas pendukung klaim), dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:

- a) Surat Eligibilitas Peserta (tindakan NCR atau salinannya)
- b) Surat keterangan medis dari dokter yang merawat (keterangan indikasi medis) atau resep *collar neck*

g. Kruk

- 1) Diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan sesuai dengan indikasi medis.
- 2) Merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada fasilitas kesehatan rujukan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
- 3) Penjaminan pelayanan alat kesehatan kruk diberikan atas rekomendasi dari dokter spesialis bedah umum, spesialis orthopedi atau spesial bedah tulang.

- 4) Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk *softcopy* (luaran aplikasi) dan *hardcopy* (berkas pendukung klaim), dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:
- Surat Eligibilitas Peserta (tindakan NCR atau salinannya)
  - Surat keterangan medis dari dokter yang merawat (keterangan indikasi medis) atau resep kruk.

F

### Klaim Kompensasi Pelayanan Di Daerah Tidak Ada Fasilitas Kesehatan Yang Memenuhi Syarat

- Kompensasi uang tunai diberikan langsung kepada peserta berdasarkan klaim yang bersangkutan atas

pelayanan yang diberikan oleh Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

- Besaran kompensasi disetarakan dengan tarif fasilitas kesehatan di wilayah terdekat dengan memperhatikan tenaga kesehatan dan jenis pelayanan yang diberikan, dengan tarif sebesar:
  - Kompensasi uang tunai rawat jalan tingkat pertama Rp50.000,00 sd Rp100.000,00
  - Kompensasi uang tunai rawat inap tingkat pertama Rp100.000,00/hari
- Pembayaran untuk pelayanan kesehatan tingkat lanjutan ditagihkan langsung oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan dengan tarif penggantian sesuai paket INA CBGs untuk kelompok tarif Rumah Sakit yang setara di wilayah tersebut. Fasilitas Kesehatan tingkat lanjutan tidak boleh mengenakan iur biaya kepada pasien.
- Klaim perorangan hanya diberlakukan pada peserta yang mendapatkan pelayanan di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

- e. Kelengkapan administrasi klaim perorangan:
- 1) Formulir pengajuan klaim
  - 2) Berkas pendukung berupa:
    - a) Salinan KTP/keterangan domisili (untuk memastikan peserta berada di wilayah tidak ada Fasilitas Kesehatan memenuhi syarat sesuai Surat Keputusan Dinas Kesehatan)
    - b) Kuitansi asli bermaterai cukup
    - c) Rincian pelayanan yang diberikan serta rincian biaya

**Klaim perorangan hanya diberlakukan pada peserta yang berada di daerah yang belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat (sesuai ketentuan yang berlaku), yang mendapatkan pelayanan di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.**

## G Klaim Ambulan

1. Pelayanan ambulan diberikan pada transportasi darat dan air bagi pasien dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Penggantian biaya pelayanan ambulan sesuai dengan standar biaya ambulan yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.
3. Dalam hal belum terdapat tarif dasar ambulans yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah, maka tarif mengacu kepada tarif yang berlaku di Kabupaten/Kota yang kondisi geografisnya relatif sama
4. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk *softcopy* (luaran aplikasi) dan *hardcopy* (berkas pendukung klaim), dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:
  - a. Surat keterangan medis dari dokter yang merawat yang menerangkan kondisi medis



pasien pada saat akan dirujuk.

- b. Salinan identitas peserta BPJS Kesehatan
- c. Bukti pelayanan ambulan 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) Fasilitas Kesehatan perujuk
  - 4) Fasilitas Kesehatan tujuan rujukan
  - 5) Tandatanganan dan cap dari Fasilitas Kesehatan perujuk dan Fasilitas Kesehatan penerima rujukan

**Klaim pelayanan ambulan diajukan oleh Fasilitas Kesehatan ke BPJS Kesehatan, bukan oleh pihak ketiga penyelenggara pelayanan ambulan yang merupakan jejaring Fasilitas Kesehatan.**

## H *Klaim Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*

1. Pelayanan Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan dengan kasus gagal ginjal.
2. Tarif pertama pemasangan CAPD sesuai dengan tarif INA CBGs pada RS yang memberikan pelayanan.
3. Tarif consumable CAPD sebagai berikut:
  - a) Consumables dan jasa pelayanan sebesar Rp5.940.000,00/bulan
  - b) Transfer set sebesar Rp250.000,00/set
4. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:
  - a. Rekapitulasi pelayanan
  - b. Berkas pendukung masing-masing pasien, yang

terdiri dari:

- 1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
- 2) Resep permintaan CAPD dari dokter yang merawat
- 3) Protokol terapi dan regimen penggunaan consumable CAPD
- 4) Berkas pendukung lain yang diperlukan

