



BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA

No.939, 2016

BPJS Kesehatan. Koordinasi Manfaat.
Penyelenggaraan. Juknis.

**PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN
NOMOR 4 TAHUN 2016
TENTANG
PETUNJUK TEKNIS PENYELENGGARAAN KOORDINASI MANFAAT
DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

**DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,**

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka melaksanakan amanat Pasal 27 Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2016 Tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, BPJS Kesehatan dan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan telah melakukan perjanjian kerja sama koordinasi manfaat bagi Peserta Jaminan Kesehatan;
- b. bahwa sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan dalam rangka menjamin pemberian layanan kesehatan Peserta program Jaminan Kesehatan Nasional yang memiliki Asuransi Kesehatan Tambahan, perlu menetapkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Koordinasi Manfaat Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia 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 Republik Indonesia 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 Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 62);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN TENTANG PETUNJUK TEKNIS PENYELENGGARAAN KOORDINASI MANFAAT DALAM PROGRAM 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 publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
3. Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan.
4. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
5. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya.
6. Koordinasi Manfaat adalah suatu metode dimana dua atau lebih penanggung (*insurer*) yang menanggung orang yang sama untuk manfaat asuransi kesehatan yang sama, membatasi total manfaat dalam jumlah tertentu yang tidak melebihi jumlah pelayanan kesehatan yang dibiayakan.
7. Peserta Koordinasi Manfaat adalah Peserta yang mengikuti dirinya dan terdaftar sebagai Peserta BPJS Kesehatan dan Peserta Asuransi Kesehatan Tambahan.
8. Asuransi Kesehatan Tambahan adalah asuransi kesehatan komersial yang dibeli secara sukarela di luar asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib.
9. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang diselenggarakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.
10. 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.

11. 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.
12. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan adalah upaya 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.
13. Pemberi Kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.
14. Badan Usaha adalah setiap bentuk usaha yang menjalankan usaha yang bersifat tetap dan terus menerus, didirikan, bekerja dan berkedudukan dalam wilayah Negara Republik Indonesia untuk tujuan memperoleh keuntungan atau laba, termasuk didalamnya badan hukum lainnya.
15. Tarif *Indonesian - Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur.
16. *Virtual Account* adalah nomor rekening virtual yang disediakan oleh BPJS Kesehatan untuk entitas dan perorangan sebagai rekening tujuan dalam pembayaran iuran jaminan kesehatan.
17. Kartu Identitas Bersama adalah identitas yang diterbitkan oleh Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan yang menyatakan Peserta terdaftar sebagai

Peserta Koordinasi Manfaat BPJS Kesehatan dan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan.

18. Penjamin adalah pihak yang melakukan penjaminan atas pelayanan kesehatan kepada Peserta.
19. Pembayar adalah pihak yang melakukan pembayaran atas tagihan biaya pelayanan kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan.
20. Penjamin Pertama adalah pihak yang terlebih dahulu melakukan penjaminan atas adanya pelayanan kesehatan kepada Peserta.
21. Penjamin Kedua adalah pihak yang melakukan penjaminan setelah adanya penjaminan yang dilakukan Penjamin Pertama.
22. Pembayar Pertama adalah pihak yang terlebih dahulu melakukan pembayaran atas tagihan biaya pelayanan kesehatan kepada fasilitas kesehatan.
23. Pembayar Kedua adalah pihak yang melakukan pembayaran atas tagihan biaya pelayanan kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan setelah Pembayar Pertama melakukan pembayaran, atau melakukan penggantian pembayaran kepada Pembayar Pertama sesuai dengan kewajibannya.
24. *Branch Office Application* yang selanjutnya disebut aplikasi BOA adalah aplikasi yang berada di Kantor Cabang BPJS Kesehatan yang menampilkan tagihan klaim atas pelayanan kesehatan kepada Peserta di Fasilitas Kesehatan.

BAB II

KOORDINASI MANFAAT

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 2

- (1) BPJS Kesehatan dan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan dapat melakukan koordinasi dalam

memberikan Manfaat untuk Peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang memiliki hak atas perlindungan program Asuransi Kesehatan Tambahan.

- (2) Tujuan koordinasi manfaat untuk memastikan Peserta memperoleh haknya sebagai Peserta BPJS Kesehatan dan sebagai Peserta Asuransi Kesehatan Tambahan sesuai mekanisme yang berlaku pada BPJS Kesehatan.

Pasal 3

Koordinasi dalam memberikan Manfaat untuk Peserta Jaminan Kesehatan Nasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 dilakukan oleh BPJS Kesehatan dengan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan yang menjual produk *indemnity*, *cash plan* dan *managed care*, dengan ketentuan:

- a. BPJS Kesehatan sebagai penjamin pertama; dan
- b. Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan sebagai pembayar pertama.

Pasal 4

- (1) Koordinasi manfaat diberlakukan apabila Peserta BPJS Kesehatan membeli Asuransi Kesehatan Tambahan dari Penyelenggara program Asuransi Kesehatan Tambahan yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- (2) Koordinasi Manfaat yang diperoleh peserta tidak melebihi total jumlah biaya pelayanan kesehatannya.

Pasal 5

Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan yang akan melaksanakan kerja sama koordinasi manfaat dengan BPJS Kesehatan harus memenuhi persyaratan administrasi sebagai berikut:

- a. melampirkan fotokopi Surat Izin Operasional;
- b. melampirkan fotokopi NPWP Badan;
- c. melampirkan bukti pendaftaran atau surat pencatatan atau bukti pelaporan Asuransi Kesehatan yang dikeluarkan oleh Otoritas Jasa Keuangan;

- d. melampirkan Surat Pernyataan bermaterai bahwa:
 - 1) Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan bersedia untuk melakukan pengendalian biaya pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan;
 - 2) Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan ikut berpartisipasi aktif dalam upaya pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan; dan
 - 3) Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan bersedia memberikan pelayanan kesehatan primer bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang dijaminnya dengan lingkup dan mutu yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- e. bersedia memberikan informasi terkait data klaim, iuran dan kepesertaan yang diperlukan BPJS Kesehatan; dan
- f. tidak sedang dikenai sanksi pembatasan kegiatan usaha atau sanksi larangan melakukan pemasaran produk asuransi kesehatan.
- g. merupakan Asuransi Kesehatan Tambahan yang berstatus nasional maupun multinasional sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Kedua

Koordinasi Manfaat dan Koordinasi Lain

Paragraf Kesatu

Koordinasi Manfaat

Pasal 6

- (1) Koordinasi Manfaat antara BPJS Kesehatan dengan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan dapat diberikan pada:
 - a. FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan; dan
 - b. FKRTL yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

- (2) Koordinasi Manfaat yang diberikan pada FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dilakukan untuk pemberian pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) sesuai indikasi medis dan di luar Kasus Non Spesialistik.
- (3) Koordinasi manfaaat yang diberikan pada FKRTL yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, hanya diberikan pada kondisi gawat darurat.

Paragraf Kedua
Koordinasi Lain

Pasal 7

- (1) Selain Koordinasi Manfaat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2, BPJS Kesehatan dan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan dapat melakukan kerja sama dan koordinasi:
 - a. kepesertaan;
 - b. sosialisasi;
 - c. pengumpulan iuran; dan
 - d. sistem informasi.
- (2) Koordinasi kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. Koordinasi pendaftaran peserta Program Jaminan Kesehatan, dilakukan dengan tahapan:
 1. Badan Usaha mendaftarkan seluruh Pekerjanya dan Anggota keluarganya ke Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan;
 2. Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan menerima pendaftaran dari Badan Usaha untuk seluruh Pekerjanya dan Anggota keluarganya;
 3. Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan memastikan Badan Usaha telah mendaftarkan seluruh Pekerjanya dan Anggota keluarganya sebagai Peserta BPJS Kesehatan;

4. Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan menyerahkan berkas pendaftaran Badan Usaha kepada BPJS Kesehatan; dan
5. Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan melaporkan data peserta yang mengikuti Koordinasi Manfaat kepada BPJS Kesehatan.
- b. Koordinasi mutasi tambah kurang peserta Koordinasi Manfaat, dilakukan dengan tahapan:
 1. Badan Usaha atau Peserta dapat memperbarui data peserta Koordinasi Manfaat ke Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan;
 2. Penyelenggara Asuransi kesehatan tambahan melaporkan pembaharuan data Peserta Koordinasi Manfaat ke BPJS Kesehatan; dan
 3. Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan menerbitkan Kartu Identitas bersama bagi Peserta Koordinasi Manfaat.
- (3) Koordinasi sosialisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, dilakukan dalam bentuk:
 - a. sosialisasi aktif dan pemasaran program jaminan kesehatan nasional oleh Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan; dan
 - b. sosialisasi bersama antara BPJS Kesehatan dan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan kepada Peserta, fasilitas kesehatan dan pihak-pihak lain yang terkait.
- (4) Koordinasi pengumpulan iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dilakukan dengan tahapan:
 - a. Peserta atau Badan Usaha membayar iuran jaminan kesehatan dan premi kepada Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan;
 - b. Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan menerima iuran jaminan kesehatan dan premi dari Peserta atau Badan Usaha;
 - c. Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan membayar iuran jaminan kesehatan Peserta atau Badan Usaha kepada BPJS Kesehatan; dan

- d. BPJS Kesehatan menerima iuran jaminan kesehatan dari Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan.
- (5) Koordinasi sistem informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d dilakukan dalam proses pendaftaran peserta Koordinasi Manfaat, perubahan data dan mutasi tambah kurang peserta Koordinasi Manfaat.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai bentuk koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam perjanjian kerja sama antara BPJS Kesehatan dengan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan.

Pasal 8

Dalam hal Peserta atau Badan Usaha memiliki lebih dari 1 (satu) Asuransi Kesehatan Tambahan untuk dirinya, Pekerja dan Anggota Keluarganya maka:

- a. bentuk koordinasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 dan Pasal 7 ayat (1) hanya dilakukan oleh salah satu Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan; dan/atau
- b. Peserta atau Badan Usaha dapat secara langsung melakukan pendaftaran dan pembayaran iuran kepada BPJS Kesehatan tanpa melalui Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan.

BAB III

MEKANISME PENAGIHAN IURAN

Pasal 9

- (1) Peserta atau Badan Usaha dapat melakukan pembayaran iuran Jaminan Kesehatan melalui:
- a. BPJS Kesehatan; atau
 - b. Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan.
- (2) Dalam hal Peserta atau Badan Usaha melakukan pembayaran iuran Jaminan Kesehatan melalui Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan, maka pembayaran iuran jaminan kesehatan dapat dilakukan bersamaan dengan pembayaran premi Asuransi

Kesehatan Tambahan.

- (3) Besaran iuran jaminan kesehatan yang disetorkan oleh Peserta atau Badan Usaha melalui Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Dalam hal Peserta atau Badan Usaha melakukan pembayaran iuran jaminan kesehatan melalui Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan wajib menyetor iuran jaminan kesehatan melalui nomor *Virtual Account* Badan Usaha kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
- (5) Penyetoran iuran jaminan kesehatan melalui Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), setiap bulan berjalan dilakukan monitoring oleh BPJS Kesehatan.
- (6) Teknis pelaksanaan monitoring sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diatur lebih lanjut dalam Perjanjian Kerja Sama.

Pasal 10

- (1) Iuran Jaminan Kesehatan dapat dibayarkan untuk lebih dari 1 (satu) bulan yang dilakukan di awal.
- (2) Dalam hal Peserta atau Badan Usaha membayar iuran jaminan kesehatan untuk lebih dari 1 (satu) bulan di awal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan wajib menyetor seluruh iuran yang diterima kepada BPJS Kesehatan.
- (3) Dalam hal terdapat keterlambatan pembayaran iuran Jaminan Kesehatan lebih dari 1 (satu) bulan sejak tanggal 10 sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dikenakan sanksi pemberhentian sementara sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (4) Dalam hal Peserta atau Badan Usaha terlambat membayar iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan wajib

menagih iuran jaminan kesehatan kepada Peserta atau Badan Usaha.

- (5) Tata cara pengaktifan kembali atas pemberhentian sementara sebagai Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB IV

MEKANISME PEMBERIAN PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 11

- (1) Pelayanan kesehatan pada Koordinasi Manfaat untuk pelayanan kesehatan Rawat Inap Tingkat Lanjutan di luar kasus Non Spesialistik.
- (2) Pemberian pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan melalui mekanisme:
 - a. Rujukan dari FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan;
 - b. Rujukan dari FKTP yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan; atau
 - c. Tanpa Rujukan untuk kasus kegawatdaruratan medis.
- (3) Status Peserta atas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdaftar sebagai Peserta Asuransi Kesehatan Tambahan.
- (4) Pemberian pelayanan kesehatan melalui mekanisme rujukan dari FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a sebagai berikut:
 - a. Peserta karena indikasi medis mendapatkan pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan.
 - b. Peserta menunjukkan Kartu Identitas Bersama.
 - c. Peserta melampirkan surat rujukan dari FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
 - d. Peserta mengurus administrasi pelayanan sebagai peserta Asuransi Kesehatan Tambahan.

- e. Penjaminan pelayanan rawat inap tingkat lanjutan oleh Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan diberikan selama satu episode perawatan.
 - f. Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan memberikan kemudahan dalam pengurusan administrasi pelayanan kepada Peserta.
- (5) Pemberian pelayanan kesehatan melalui mekanisme rujukan dari FKTP yang tidak kerja sama dengan BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b sebagai berikut:
- a. Peserta karena indikasi medis mendapatkan pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan.
 - b. Peserta menunjukkan Kartu Identitas Bersama.
 - c. Peserta melampirkan surat rujukan dari FKTP yang bekerja sama dengan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan.
 - d. Peserta mengurus administrasi pelayanan sebagai peserta Asuransi Kesehatan Tambahan.
 - e. Penjaminan pelayanan rawat inap tingkat lanjutan oleh Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan diberikan selama satu episode perawatan.
 - f. Asuransi Kesehatan Tambahan memberikan kemudahan dalam pengurusan administrasi pelayanan kepada Peserta.
- (6) Pemberian pelayanan kesehatan melalui mekanisme tanpa rujukan untuk kasus kegawatdaruratan medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c sebagai berikut:
- a. Peserta dengan kasus kegawatdaruratan medis datang ke FKRTL dengan menunjukkan Kartu Identitas Bersama.
 - b. Peserta mendapatkan pelayanan kesehatan oleh FKRTL.
 - c. Peserta karena indikasi medis mendapatkan pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan.
 - d. Peserta mengurus administrasi pelayanan sebagai peserta Asuransi Kesehatan Tambahan.

- e. Penjaminan pelayanan rawat inap oleh Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan diberikan selama satu episode perawatan.
 - f. Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan memberikan kemudahan dalam pengurusan administrasi pelayanan kepada Peserta.
- (7) Dalam masa perawatan atas pelayanan yang telah diberikan kepada Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (4), ayat (5) dan ayat (6), penjaminan menjadi tanggung jawab Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan dan tidak dapat beralih menjadi tanggung jawab BPJS Kesehatan.
 - (8) Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan dalam memberikan manfaat pelayanan kesehatan kepada Peserta, wajib melaksanakan kendali mutu dan kendali biaya.

Pasal 12

- (1) Dalam hal Peserta mengalami kondisi gawat darurat, FKRTL yang bekerja sama maupun tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan wajib memberikan penanganan pertama pelayanan kepada Peserta Koordinasi Manfaat.
- (2) Penjaminan terhadap kondisi gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan berdasarkan kriteria gawat darurat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dalam hal keadaan daruratnya teratasi dan Peserta dalam kondisi dapat dipindahkan, FKRTL yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus segera merujuk ke FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- (4) Dalam hal Peserta telah dirujuk ke FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan bertindak sebagai pembayar pertama sejak keadaan daruratnya teratasi dan Peserta dalam kondisi dapat dipindahkan.

- (5) Dalam hal Peserta menolak untuk dipindahkan ke FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, maka sejak keadaan daruratnya teratasi dan Peserta dalam kondisi dapat dipindahkan, BPJS Kesehatan tidak memberikan penjaminan.

Pasal 13

Sebagai upaya pencegahan atas terjadinya tindakan kecurangan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional, BPJS Kesehatan dan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan melakukan upaya pengendalian dengan cara:

- a. memeriksa dan meneliti *medical record* Peserta Koordinasi Manfaat atas pelayanan kesehatan RITL oleh FKRTL;
- b. memeriksa berkas klaim dan/atau pendukung lainnya yang diajukan oleh FKRTL dan/atau Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan; dan/atau
- c. konfirmasi langsung kepada Peserta Koordinasi Manfaat terkait pemberian pelayanan kesehatan oleh FKRTL.

Pasal 14

Dalam hal terdapat adanya kecurangan (*fraud*) dalam penagihan klaim oleh Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan, BPJS Kesehatan dapat melakukan:

- a. konfirmasi;
- b. pengecekan;
- c. meminta kelebihan bayar; dan/atau
- d. melengkapi kekurangan bayar.

atas tagihan klaim dari Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan.

BAB V
MEKANISME PENAGIHAN DAN PEMBAYARAN KLAIM

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 15

- (1) Atas pelayanan RITL yang diberikan kepada Peserta, Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan membayar klaim sesuai tagihan yang dikeluarkan oleh FKRTL sesuai dengan manfaat yang menjadi pertanggungungan Asuransi Kesehatan Tambahan.
- (2) Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan mengajukan penggantian klaim atas pelayanan RITL Peserta Koordinasi Manfaat kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan tarif INA CBG's pada masing-masing FKRTL .
- (3) Atas pembayaran tagihan klaim yang diajukan oleh Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), BPJS Kesehatan memberikan penggantian klaim kepada Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan paling banyak sebesar tarif INA CBG's Rumah Sakit Kelas C di regionalnya.
- (4) Dalam hal tagihan klaim RITL dari FKRTL lebih rendah dari tarif INA CBG's Rumah Sakit Kelas C di regionalnya, BPJS Kesehatan membayarkan penggantian paling banyak sebesar nilai klaim yang dibayarkan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan kepada FKRTL.
- (5) Dalam hal Peserta dilayani di kelas yang lebih rendah dari haknya, penggantian diberikan sesuai dengan tarif kelas yang diterima oleh Peserta.

Bagian Kedua
Syarat Dokumen Klaim

Pasal 16

- (1) Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan mengajukan klaim secara kolektif kepada BPJS Kesehatan.
- (2) Batas akhir pengajuan klaim secara kolektif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah 6 (enam) bulan sejak selesainya perawatan.
- (3) Klaim yang dapat diajukan oleh Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan kepada BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan klaim gawat darurat dan RITL.
- (4) Pengajuan klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus memenuhi kelengkapan dokumen sebagai berikut:
 - a. salinan Kartu Identitas Bersama Peserta Koordinasi Manfaat;
 - b. polis Askom yang berlaku (tanggal polis, cakupan *coverage*);
 - c. form dan Dokumen tagihan klaim dari FKRTL; dan
 - d. tagihan FKRTL dilengkapi dengan koding INA CBG's.
- (5) Penagihan klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui BOA.

Pasal 17

- (1) Dalam hal terdapat sengketa dalam pelaksanaan Koordinasi Manfaat antara:
 - a. BPJS Kesehatan dengan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan;
 - b. Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan dengan Fasilitas Kesehatan;
 - c. Peserta dengan BPJS Kesehatan;
 - d. Peserta dengan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan; atau

e. Peserta dengan Fasilitas Kesehatan.

diselesaikan dengan cara musyawarah oleh para pihak yang bersengketa.

- (2) Dalam hal sengketa tidak dapat diselesaikan secara musyawarah, sengketa diselesaikan dengan cara mediasi.
- (3) Mediasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), pertama kali dilakukan oleh Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya serta Dewan Pertimbangan Medik yang telah dibentuk di masing-masing wilayah.
- (4) Dalam hal mediasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tidak tercapai dan tidak terselesaikan, selanjutnya mediasi dilakukan oleh Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa atau lembaga lainnya sesuai kesepakatan para pihak.
- (5) Dalam hal sengketa tidak dapat terselesaikan melalui proses mediasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4), para pihak dapat menyelesaikan sengketa melalui pengadilan.
- (6) Cara penyelesaian sengketa melalui mediasi dan melalui pengadilan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 18

Ketentuan lebih lanjut mengenai teknis pengajuan klaim, penagihan klaim dan pembayaran klaim pada koordinasi manfaat dalam program jaminan kesehatan diatur dalam Perjanjian Kerja Sama antara BPJS Kesehatan dengan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan.

BAB VI

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 19

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan ini mulai berlaku pada tanggal 1 Juli 2016.

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

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 21 Juni 2016

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA
JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

ttd

FACHMI IDRIS

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 28 Juni 2016

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

ttd

WIDODO EKATJAHJANA