



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