

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 71 TAHUN 2013
TENTANG
PELAYANAN KESEHATAN PADA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang:

bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 21 ayat (7), Pasal 22 ayat (1) huruf c, Pasal 26 ayat (2), Pasal 29 ayat (6), Pasal 31, Pasal 34 ayat (4), Pasal 36 ayat (5), Pasal 37 ayat (3), dan Pasal 44 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional.

Mengingat:

1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
2. 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);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. 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);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 124, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5044);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 264, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5372);
8. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/148/I/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 17 Tahun 2013 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 473);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 501);

11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 671).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan:

PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PELAYANAN KESEHATAN PADA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

**BAB I
KETENTUAN UMUM**

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri 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. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
7. Rawat Jalan Tingkat Pertama 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.
8. Rawat Inap Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik dan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan medis lainnya, dimana peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari.
9. 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.
10. Pelayanan Kesehatan Darurat Medis adalah pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah kematian, keparahan, dan/atau kecacatan sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan.
11. Alat Kesehatan adalah instrumen, apparatus, mesin, dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang

digunakan untuk mencegah, mendiagnosa, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan pada manusia dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.

12. Formularium Nasional adalah daftar obat yang disusun oleh komite nasional yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, didasarkan pada bukti ilmiah mutakhir berkhasiat, aman, dan dengan harga yang terjangkau yang disediakan serta digunakan sebagai acuan penggunaan obat dalam jaminan kesehatan nasional.
13. Sistem Rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal.
14. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

BAB II

PENYELENGGARA PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 2

- (1) Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan.
- (2) Fasilitas Kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. puskesmas atau yang setara;
 - b. praktik dokter;
 - c. praktik dokter gigi;
 - d. klinik pratama atau yang setara; dan
 - e. Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara.
- (3) Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:
 - a. klinik utama atau yang setara;
 - b. rumah sakit umum; dan
 - c. rumah sakit khusus.

Pasal 3

- (1) Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif.
- (2) Pelayanan kesehatan komprehensif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan kebidanan, dan Pelayanan Kesehatan Darurat Medis, termasuk pelayanan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana dan pelayanan kefarmasian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan komprehensif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bagi Fasilitas Kesehatan yang tidak memiliki sarana penunjang wajib membangun jejaring dengan sarana penunjang.
- (4) Dalam hal diperlukan pelayanan penunjang selain pelayanan penunjang sebagaimana dimaksud pada

ayat (2), dapat diperoleh melalui rujukan ke fasilitas penunjang lain.

BAB III

KERJA SAMA FASILITAS KESEHATAN DENGAN BPJS KESEHATAN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 4

- (1) Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 mengadakan kerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- (2) Kerja sama Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui perjanjian kerja sama.
- (3) Perjanjian kerja sama Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan dilakukan antara pimpinan atau pemilik Fasilitas Kesehatan yang berwenang dengan BPJS Kesehatan.
- (4) Perjanjian kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berlaku sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang kembali atas kesepakatan bersama.

Pasal 5

- (1) Untuk dapat melakukan kerja sama dengan BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 harus memenuhi persyaratan.
- (2) Selain ketentuan harus memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan dalam melakukan kerja sama dengan Fasilitas Kesehatan juga harus mempertimbangkan kecukupan antara jumlah Fasilitas Kesehatan dengan jumlah Peserta yang harus dilayani.

Bagian Kedua

Persyaratan, Seleksi dan Kredensialing

Pasal 6

- (1) Persyaratan yang harus dipenuhi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1), bagi Fasilitas Kesehatan tingkat pertama terdiri atas:
 - a. untuk praktik dokter atau dokter gigi harus memiliki:
 1. Surat Ijin Praktik;
 2. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP);
 3. perjanjian kerja sama dengan laboratorium, apotek, dan jejaring lainnya; dan
 4. surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
 - b. untuk Puskesmas atau yang setara harus memiliki:

1. Surat Ijin Operasional;
 2. Surat Ijin Praktik (SIP) bagi dokter/dokter gigi, Surat Ijin Praktik Apoteker (SIPA) bagi Apoteker, dan Surat Ijin Praktik atau Surat Ijin Kerja (SIP/SIK) bagi tenaga kesehatan lain;
 3. perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan; dan
 4. surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
- c. untuk Klinik Pratama atau yang setara harus memiliki:
1. Surat Ijin Operasional;
 2. Surat Ijin Praktik (SIP) bagi dokter/dokter gigi dan Surat Ijin Praktik atau Surat Ijin Kerja (SIP/SIK) bagi tenaga kesehatan lain;
 3. Surat Ijin Praktik Apoteker (SIPA) bagi Apoteker dalam hal klinik menyelenggarakan pelayanan kefarmasian;
 4. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
 5. perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan; dan
 6. surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
- d. untuk Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara harus memiliki:
1. Surat Ijin Operasional;
 2. Surat Ijin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktik;
 3. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
 4. perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan; dan
 5. surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
- (2) Selain persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Fasilitas Kesehatan tingkat pertama juga harus telah terakreditasi.

Pasal 7

Persyaratan yang harus dipenuhi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1), bagi Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdiri atas:

- a. untuk klinik utama atau yang setara harus memiliki:
1. Surat Ijin Operasional;
 2. Surat Ijin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktik;
 3. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
 4. perjanjian kerja sama dengan laboratorium, radiologi, dan jejaring lain jika diperlukan; dan
 5. surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
- b. untuk rumah sakit harus memiliki:
1. Surat Ijin Operasional;

2. Surat Penetapan Kelas Rumah Sakit;
3. Surat Ijin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktik;
4. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
5. perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan;
6. sertifikat akreditasi; dan
7. surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.

Pasal 8

- (1) Dalam hal di suatu kecamatan tidak terdapat dokter berdasarkan penetapan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat, BPJS Kesehatan dapat bekerja sama dengan praktik bidan dan/atau praktik perawat untuk memberikan Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama sesuai dengan kewenangan yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam rangka pemberian pelayanan kebidanan di suatu wilayah tertentu, BPJS Kesehatan dapat bekerja sama dengan praktik bidan.
- (3) Persyaratan bagi praktik bidan dan/atau praktik perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) terdiri atas:
 - a. Surat Ijin Praktik (SIP);
 - b. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP);
 - c. perjanjian kerja sama dengan dokter atau puskesmas pembinanya; dan
 - d. surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.

Pasal 9

- (1) Dalam menetapkan pilihan Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan melakukan seleksi dan kredensialing dengan menggunakan kriteria teknis yang meliputi:
 - a. sumber daya manusia;
 - b. kelengkapan sarana dan prasarana;
 - c. lingkup pelayanan; dan
 - d. komitmen pelayanan.
- (2) Kriteria teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk penetapan kerja sama dengan BPJS Kesehatan, jenis dan luasnya pelayanan, besaran kapitasi, dan jumlah Peserta yang bisa dilayani.
- (3) BPJS Kesehatan dalam menetapkan kriteria teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berpedoman pada Peraturan Menteri.

Pasal 10

- (1) Perpanjangan kerja sama antara Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan setelah dilakukan rekredensialing.

- (2) Rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan menggunakan kriteria teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) dan penilaian kinerja yang disepakati bersama.
- (3) Rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan paling lambat (tiga) bulan sebelum masa perjanjian kerja sama berakhir.

Pasal 11

- (1) Fasilitas kesehatan dapat mengajukan keberatan terhadap hasil kredensialing dan rekredensialing yang dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota.
- (2) Dalam menindaklanjuti keberatan yang diajukan oleh Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat membentuk tim penyelesaian keberatan.
- (3) Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari unsur dinas kesehatan dan asosiasi fasilitas kesehatan.

Bagian Ketiga Hak dan Kewajiban

Pasal 12

- (1) Perjanjian kerja sama antara Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan memuat hak dan kewajiban kedua belah pihak.
- (2) Hak Fasilitas Kesehatan paling sedikit terdiri atas:
 - a. mendapatkan informasi tentang kepesertaan, prosedur pelayanan, pembayaran dan proses kerja sama dengan BPJS Kesehatan; dan
 - b. menerima pembayaran klaim atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap.
- (3) Kewajiban Fasilitas Kesehatan paling sedikit terdiri atas:
 - a. memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta sesuai ketentuan yang berlaku; dan
 - b. memberikan laporan pelayanan sesuai waktu dan jenis yang telah disepakati.
- (4) Hak BPJS Kesehatan paling sedikit terdiri atas:
 - a. membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan Fasilitas Kesehatan; dan
 - b. menerima laporan pelayanan sesuai waktu dan jenis yang telah disepakati.
- (5) Kewajiban BPJS Kesehatan paling sedikit terdiri atas:
 - a. memberikan informasi kepada Fasilitas Kesehatan berkaitan dengan kepesertaan, prosedur pelayanan, pembayaran dan proses kerja sama dengan BPJS Kesehatan; dan
 - b. melakukan pembayaran klaim kepada Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai hak dan kewajiban diatur oleh BPJS Kesehatan.

BAB IV

PELAYANAN KESEHATAN BAGI PESERTA

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 13

- (1) Setiap Peserta berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.
- (2) Pelayanan kesehatan bagi Peserta yang dijamin oleh BPJS Kesehatan terdiri atas:
 - a. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama;
 - b. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan, yang terdiri atas:
 1. pelayanan kesehatan tingkat kedua (spesialistik); dan
 2. pelayanan kesehatan tingkat ketiga (subspesialistik);
 - c. pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.

Bagian Kedua

Prosedur Pelayanan Kesehatan

Pasal 14

- (1) Pelayanan kesehatan bagi Peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dimulai dari Fasilitas Kesehatan tingkat pertama.
- (2) Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama bagi Peserta diselenggarakan oleh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar.
- (3) Dalam keadaan tertentu, ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak berlaku bagi Peserta yang:
 - a. berada di luar wilayah Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar; atau
 - b. dalam keadaan kedaruratan medis.
- (4) Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat memilih Fasilitas Kesehatan tingkat pertama selain Fasilitas Kesehatan tempat Peserta terdaftar pertama kali setelah jangka waktu 3 (tiga) bulan atau lebih.

Pasal 15

- (1) Dalam hal Peserta memerlukan Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas indikasi medis, Fasilitas Kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan Sistem Rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama.
- (3) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat

kedua atau tingkat pertama.

- (4) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dikecualikan pada keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas.
- (5) Tata cara rujukan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga

Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Pasal 16

Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama merupakan pelayanan kesehatan non spesialisik yang meliputi:

- a. administrasi pelayanan;
- b. pelayanan promotif dan preventif;
- c. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
- d. tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
- e. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
- f. transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis;
- g. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama; dan
- h. Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis.

Pasal 17

- (1) Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 untuk pelayanan medis mencakup:
 - a. kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama;
 - b. kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan;
 - c. kasus medis rujuk balik;
 - d. pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama;
 - e. pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita oleh bidan atau dokter; dan
 - f. rehabilitasi medik dasar.
- (2) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan panduan klinis.
- (3) Panduan klinis pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Menteri.

Pasal 18

Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 huruf h mencakup:

- a. rawat inap pada pengobatan/perawatan kasus yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan

Kesehatan Tingkat Pertama;

- b. pertolongan persalinan pervaginam bukan risiko tinggi;
- c. pertolongan persalinan dengan komplikasi dan/atau penyulit pervaginam bagi Puskesmas PONED;
- d. pertolongan neonatal dengan komplikasi; dan
- e. pelayanan transfusi darah sesuai kompetensi Fasilitas Kesehatan dan/atau kebutuhan medis.

Pasal 19

- (1) Obat dan Alat Kesehatan Program Nasional yang telah ditanggung oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah, tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan.
- (2) Obat dan Alat Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. alat kontrasepsi dasar;
 - b. vaksin untuk imunisasi dasar; dan
 - c. obat program pemerintah.

Bagian Keempat

Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan

Pasal 20

- (1) Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan meliputi:
 - a. administrasi pelayanan;
 - b. pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspesialis;
 - c. tindakan medis spesialistik baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;
 - d. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 - e. pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 - f. rehabilitasi medis;
 - g. pelayanan darah;
 - h. pelayanan kedokteran forensik klinik;
 - i. pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di Fasilitas Kesehatan;
 - j. perawatan inap non intensif; dan
 - k. perawatan inap di ruang intensif.
- (2) Administrasi pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas biaya pendaftaran pasien dan biaya administrasi lain yang terjadi selama proses perawatan atau pelayanan kesehatan pasien.
- (3) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspesialis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b termasuk pelayanan kedaruratan.
- (4) Jenis pelayanan kedokteran forensik klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf h meliputi

pembuatan visum et repertum atau surat keterangan medik berdasarkan pemeriksaan forensik orang hidup dan pemeriksaan psikiatri forensik.

- (5) Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf i terbatas hanya bagi Peserta meninggal dunia pasca rawat inap di Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS tempat pasien dirawat berupa pemulasaran jenazah dan tidak termasuk peti mati.

Pasal 21

- (1) Peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari pada haknya, dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan.
- (2) Dikecualikan dari ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bagi Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan tidak diperkenankan memilih kelas yang lebih tinggi dari haknya.

Pasal 22

- (1) Dalam hal ruang rawat inap yang menjadi hak Peserta penuh, Peserta dapat dirawat di kelas perawatan satu tingkat lebih tinggi.
- (2) BPJS Kesehatan membayar kelas perawatan Peserta sesuai haknya dalam keadaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) Apabila kelas perawatan sesuai hak Peserta telah tersedia, maka Peserta ditempatkan di kelas perawatan yang menjadi hak Peserta.
- (4) Perawatan satu tingkat lebih tinggi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling lama 3 (tiga) hari.
- (5) Dalam hal terjadi perawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) lebih dari 3 (tiga) hari, selisih biaya tersebut menjadi tanggung jawab Fasilitas Kesehatan yang bersangkutan atau berdasarkan persetujuan pasien dirujuk ke Fasilitas Kesehatan yang setara.

Bagian Kelima

Pelayanan Obat, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai

Pasal 23

- (1) Peserta berhak mendapat pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis.
- (2) Pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan pada pelayanan kesehatan rawat jalan dan/atau rawat inap baik di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama maupun Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan.
- (3) Pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang diberikan kepada Peserta berpedoman pada daftar obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang ditetapkan oleh Menteri.
- (4) Daftar obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dituangkan dalam Formularium Nasional dan Kompendium Alat Kesehatan.

- (5) Penambahan dan/atau pengurangan daftar obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam Formularium Nasional dan Kompendium Alat Kesehatan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Pasal 24

- (1) Pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai pada Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan merupakan salah satu komponen yang dibayarkan dalam paket Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's).
- (2) Dalam hal obat yang dibutuhkan sesuai indikasi medis pada Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan tidak tercantum dalam Formularium Nasional, dapat digunakan obat lain berdasarkan persetujuan Komite Medik dan kepala/direktur rumah sakit.

Pasal 25

- (1) BPJS Kesehatan menjamin kebutuhan obat program rujuk balik melalui Apotek atau depo farmasi Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- (2) Obat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayar BPJS Kesehatan di luar biaya kapitasi.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur pelayanan obat program rujuk balik diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

Pasal 26

- (1) Pelayanan Alat Kesehatan sudah termasuk dalam paket Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's).
- (2) Fasilitas Kesehatan dan jejaringnya wajib menyediakan Alat Kesehatan yang dibutuhkan oleh Peserta sesuai indikasi medis.
- (3) Dalam hal terdapat sengketa indikasi medis antara Peserta, Fasilitas Kesehatan, dan BPJS Kesehatan, diselesaikan oleh dewan pertimbangan klinis yang dibentuk oleh Menteri.

Pasal 27

- (1) Alat Kesehatan yang tidak masuk dalam paket Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's) dibayar dengan klaim tersendiri.
- (2) Alat Kesehatan yang tidak masuk dalam paket Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's) ditetapkan oleh Menteri.
- (3) Dalam kondisi khusus untuk keselamatan pasien, Alat Kesehatan yang tidak masuk dalam paket Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's) sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat ditetapkan oleh dewan pertimbangan klinis bersama BPJS Kesehatan.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur pelayanan Alat Kesehatan yang tidak masuk dalam paket Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's) diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

Bagian Keenam

Pelayanan Skrining Kesehatan

Pasal 28

- (1) Pelayanan skrining kesehatan diberikan secara perorangan dan selektif.
- (2) Pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu, meliputi:
 - a. diabetes mellitus tipe 2;
 - b. hipertensi;
 - c. kanker leher rahim;
 - d. kanker payudara; dan
 - e. penyakit lain yang ditetapkan oleh Menteri.
- (3) Pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dan huruf b dimulai dengan analisis riwayat kesehatan, yang dilakukan sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali.
- (4) Dalam hal Peserta teridentifikasi mempunyai risiko berdasarkan riwayat kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilakukan penegakan diagnosa melalui pemeriksaan penunjang diagnostik tertentu.
- (5) Peserta yang telah terdiagnosa penyakit tertentu berdasarkan penegakan diagnosa sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diberikan pengobatan sesuai dengan indikasi medis.
- (6) Pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c sampai dengan huruf e dilakukan sesuai dengan indikasi medis.

**Bagian Ketujuh**
Pelayanan Ambulan

Pasal 29

- (1) Pelayanan Ambulan merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar Fasilitas Kesehatan disertai dengan upaya atau kegiatan menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.
- (2) Pelayanan Ambulan hanya dijamin bila rujukan dilakukan pada Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS atau pada kasus gawat darurat dari Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien.
- (3) Ketentuan mengenai persyaratan dan tata cara pemberian pelayanan ambulan ditetapkan dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

Bagian Kedelapan
Pemberian Kompensasi

Pasal 30

- (1) Dalam hal di suatu daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi.
- (2) Penentuan daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan

medis sejumlah Peserta ditetapkan oleh dinas kesehatan setempat atas pertimbangan BPJS Kesehatan dan Asosiasi Fasilitas Kesehatan.

- (3) Kompensasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dalam bentuk:
 - a. penggantian uang tunai;
 - b. pengiriman tenaga kesehatan; dan
 - c. penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu.
- (4) Kompensasi dalam bentuk penggantian uang tunai sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a berupa penggantian atas biaya pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- (5) Besaran penggantian atas biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disetarakan dengan tarif Fasilitas Kesehatan di wilayah terdekat dengan memperhatikan tenaga kesehatan dan jenis pelayanan yang diberikan.
- (6) Kompensasi dalam bentuk pengiriman tenaga kesehatan dan penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b dan huruf c dapat bekerja sama dengan dinas kesehatan, organisasi profesi kesehatan, dan/atau asosiasi fasilitas kesehatan.
- (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai kriteria kompensasi ditetapkan dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

Bagian Kesembilan **Pengaturan Lebih Lanjut**

Pasal 31

Ketentuan mengenai prosedur dan tata laksana pelayanan kesehatan bagi Peserta sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

BAB V **SISTEM PEMBAYARAN PELAYANAN KESEHATAN**

Pasal 32

- (1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan yang memberikan layanan kepada Peserta.
- (2) Besaran pembayaran yang dilakukan BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah Fasilitas Kesehatan tersebut berada serta mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.
- (3) Asosiasi fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan ditetapkan dengan Keputusan Menteri.
- (4) Kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan antara BPJS Kesehatan dengan perwakilan asosiasi fasilitas kesehatan di setiap provinsi.
- (5) Dalam hal besaran pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak disepakati oleh asosiasi

fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan maka besaran pembayaran atas program Jaminan Kesehatan sesuai dengan tarif yang ditetapkan oleh Menteri.

BAB VI

KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA

Pasal 33

- (1) Dalam rangka menjamin kendali mutu dan biaya, Menteri berwenang melakukan:
 - a. penilaian teknologi kesehatan (health technology assessment);
 - b. pertimbangan klinis (clinical advisory);
 - c. penghitungan standar tarif;
 - d. monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan jaminan kesehatan.
- (2) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d dimaksudkan agar tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama, Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan telah sesuai dengan kewenangan dan standar pelayanan medis yang ditetapkan oleh Menteri.

Pasal 34

- (1) Penilaian teknologi kesehatan (health technology assessment) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (1) huruf a dilakukan dalam rangka pengembangan penggunaan teknologi dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan untuk peningkatan mutu dan efisiensi biaya serta penambahan Manfaat jaminan kesehatan.
- (2) Penilaian teknologi kesehatan (health technology assessment) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan berdasarkan usulan dari asosiasi fasilitas kesehatan, organisasi profesi kesehatan, dan BPJS Kesehatan.
- (3) Penilaian teknologi kesehatan (health technology assessment) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Tim Health Technology Assessment (HTA) yang dibentuk oleh Menteri.
- (4) Tim Health Technology Assessment (HTA) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bertugas melakukan penilaian terhadap pelayanan kesehatan yang dikategorikan dalam teknologi baru, metode baru, obat baru, keahlian khusus, dan pelayanan kesehatan lain dengan biaya tinggi.
- (5) Tim Health Technology Assessment (HTA) memberikan rekomendasi kepada Menteri mengenai kelayakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) untuk dimasukkan sebagai pelayanan kesehatan yang dijamin.
- (6) Pelayanan kesehatan yang dijamin sebagaimana dimaksud pada ayat (5) ditetapkan oleh Menteri.

Pasal 35

- (1) Pertimbangan klinis (clinical advisory) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (1) huruf b dimaksudkan agar pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien efektif dan sesuai kebutuhan.
- (2) Pertimbangan klinis (clinical advisory) sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan oleh Tim yang dibentuk Menteri yang terdiri atas unsur organisasi profesi dan akademisi kedokteran.

- (3) Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bertugas memberikan rekomendasi terkait dengan permasalahan teknis medis pelayanan kesehatan.

Pasal 36

Kendali mutu dan kendali biaya pada tingkat Fasilitas Kesehatan dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan.

Pasal 37

Penyelenggaraan kendali mutu dan biaya oleh Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 dilakukan melalui:

- a. pengaturan kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi;
- b. utilization review dan audit medis;
- c. pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan; dan/atau
- d. pemantauan dan evaluasi penggunaan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam pelayanan kesehatan secara berkala yang dilaksanakan melalui pemanfaatan sistem informasi kesehatan.

Pasal 38

- (1) Penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya oleh BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 dilakukan melalui:
 - a. pemenuhan standar mutu Fasilitas Kesehatan;
 - b. pemenuhan standar proses pelayanan kesehatan; dan
 - c. pemantauan terhadap luaran kesehatan Peserta.
- (2) Dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi, dan pakar klinis.
- (3) Tim kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat melakukan:
 - a. sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi;
 - b. utilization review dan audit medis; dan/atau
 - c. pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan.
- (4) Pada kasus tertentu, tim kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) 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.

BAB VII

PELAPORAN DAN UTILIZATION REVIEW

Pasal 39

- (1) Fasilitas Kesehatan wajib membuat laporan kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan secara berkala setiap bulan kepada BPJS Kesehatan.
- (2) BPJS Kesehatan wajib menerapkan Utilization Review secara berkala dan berkesinambungan dan memberikan umpan balik hasil Utilization Review kepada Fasilitas Kesehatan.
- (3) BPJS Kesehatan melaporkan hasil Utilization Review kepada Menteri dan DJSN.
- (4) Ketentuan mengenai mekanisme pelaporan dan Utilization Review sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) ditetapkan dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

BAB VIII KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 40

- (1) Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, seluruh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama milik TNI/Polri dinyatakan sebagai klinik pratama.
- (2) Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menyesuaikan dengan perizinan klinik pratama dalam jangka waktu 2 (dua) tahun sejak Peraturan Menteri ini mulai berlaku.

Pasal 41

- (1) Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku:
 - a. seluruh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dikecualikan dari kewajiban terakreditasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2); dan
 - b. seluruh rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dikecualikan dari persyaratan sertifikat akreditasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 huruf b angka 6.
- (2) Fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus menyesuaikan dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri ini dalam jangka waktu 5 (lima) tahun sejak Peraturan Menteri ini mulai berlaku.
- (3) Rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b harus menyesuaikan dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri ini dalam jangka waktu 3 (tiga) tahun sejak Peraturan Menteri ini mulai berlaku.

BAB IX KETENTUAN PENUTUP

Pasal 42

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 416/Menkes/Per/II/2011 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta PT Askes (Persero) (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 117) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 029 Tahun 2012 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 43

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2014.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan Di Jakarta,
Pada Tanggal 12 November 2013
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,
Ttd.
NAFSIAH MBOI

