



PERATURAN DIREKSI
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN
NOMOR 47 TAHUN 2016

TENTANG

PETUNJUK PELAKSANAAN PENYELENGGARAAN KOORDINASI MANFAAT DALAM
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan pelaksanaan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 4 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Koordinasi Manfaat Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional, perlu ditetapkan Petunjuk Pelaksanaan Penyelenggaraan Koordinasi Manfaat Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dengan Peraturan Direksi;

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);

Kantor Pusat

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);
4. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 24/P Tahun 2016 tentang Pengangkatan Dewan Pengawas dan Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Masa Jabatan Tahun 2016-2021;
5. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 4 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Koordinasi Manfaat Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 939);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN DIREKSI TENTANG PETUNJUK PELAKSANAAN PENYELENGGARAAN KOORDINASI MANFAAT DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL.

Pasal 1

Petunjuk Pelaksanaan Penyelenggaraan Koordinasi Manfaat Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional sebagai acuan bagi seluruh Duta BPJS Kesehatan untuk melaksanakan ketentuan teknis pelaksanaan dalam Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Koordinasi Manfaat Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Pasal 2

Petunjuk Pelaksanaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 terlampir dalam Peraturan Direksi ini dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan.



Pasal 3

Pada saat Peraturan Direksi ini mulai berlaku, Peraturan Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 64 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyelenggaraan Koordinasi Manfaat Antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Dan Penyelenggara Program Asuransi Kesehatan Tambahan Atau Badan Penjamin Lainnya dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 4

Peraturan Direksi ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Agar setiap Duta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan mengetahuinya, memerintahkan pengumuman Peraturan Direksi ini dengan penempatannya dalam Lembaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.

Ditetapkan di Jakarta

Pada tanggal 31 Oktober 2016

DIREKTUR UTAMA

BADAN PENYELENGGARA

JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

ttd.

FACHMI IDRIS

LEMBARAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN TAHUN 2016
NOMOR 71

Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Grup Hukum, Regulasi dan Kepatuhan,



Feryanita

NIP: 01884



LAMPIRAN
PERATURAN DIREKSI NOMOR 47 TAHUN 2016
TENTANG PETUNJUK PELAKSANAAN
PENYELENGGARAAN KOORDINASI MANFAAT DALAM
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

DAFTAR ISI

	Halaman	
BAB I	PENDAHULUAN	
	A. Definisi	5
	B. Dasar Hukum	7
	C. Prinsip Koordinasi Manfaat	7
	D. Mekanisme Kerja sama	8
	E. Perjanjian Kerja sama	9
	F. Pengelola Koordinasi Manfaat	9
BAB II	KOORDINASI MANFAAT	10
BAB III	KOORDINASI LAINNYA	20
BAB V	SOSIALISASI PROGRAM, MONITORING DAN EVALUASI	31
BAB IV	PENUTUP	
	A. Penggunaan Pedoman	32
	B. Faktor Pendukung Keberhasilan	32
	C. Revisi dan Penyempurnaan	32

BAB I

PENDAHULUAN

A. Ketentuan Umum

1. 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.
2. Peserta Koordinasi Manfaat adalah Peserta yang mengikutkan dirinya dan terdaftar sebagai Peserta BPJS Kesehatan dan Peserta Asuransi Kesehatan Tambahan.
3. Asuransi Kesehatan Tambahan yang selanjutnya disingkat AKT adalah asuransi kesehatan komersial yang dibeli secara sukarela di luar asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Fasilitas Kesehatan Asuransi Kesehatan Tambahan adalah Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan Asuransi Kesehatan Tambahan dan tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan

9. Fasilitas Kesehatan Non BPJS Kesehatan adalah Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
10. Fasilitas Kesehatan Irisan adalah Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan Asuransi Kesehatan Tambahan dan BPJS Kesehatan.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. *Virtual Account* adalah nomor rekening virtual yang disediakan oleh BPJS Kesehatan untuk entitas dan perorangan sebagai rekening tujuan dalam pembayaran iuran jaminan kesehatan.
15. 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.
16. Penjamin adalah pihak yang melakukan penjaminan atas pelayanan kesehatan kepada Peserta.
17. Pembayar adalah pihak yang melakukan pembayaran atas tagihan biaya pelayanan kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan.
18. Penjamin Pertama adalah pihak yang terlebih dahulu melakukan penjaminan atas adanya pelayanan kesehatan kepada Peserta.
19. Penjamin Kedua adalah pihak yang melakukan penjaminan setelah adanya penjaminan yang dilakukan Penjamin Pertama.

20. Pembayar Pertama adalah pihak yang terlebih dahulu melakukan pembayaran atas tagihan biaya pelayanan kesehatan kepada fasilitas kesehatan.
21. 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.
22. *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.

B. Dasar Hukum

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
3. 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;
4. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Koordinasi Manfaat dalam Program Jaminan Kesehatan Kesehatan Nasional;

C. Prinsip Koordinasi Manfaat

Prinsip-prinsip koordinasi manfaat adalah sebagai berikut:

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.
3. Koordinasi Manfaat yang diperoleh peserta tidak melebihi total jumlah biaya pelayanan kesehatannya.
4. Koordinasi manfaat yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang sesuai kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan penyelenggara asuransi kesehatan tambahan atau badan penjamin lainnya.
5. Koordinasi Manfaat BPJS Kesehatan dengan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan yang menjual produk *indemnity*, *cash plan* dan *managed care*, dengan ketentuan:
 - a. BPJS Kesehatan sebagai penjamin pertama
 - b. Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan sebagai pembayar pertama
6. Jika Peserta atau Badan Usaha memiliki lebih dan 1 (satu) Asuransi Kesehatan Tambahan untuk dirinya, Pekerja dan Anggota Keluarganya maka:
 - a. Koordinasi Manfaat hanya dilakukan oleh salah satu Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
 - b. Peserta atau Badan Usaha dapat secara langsung melakukan pendaftaran dan pembayaran iuran kepada BPJS Kesehatan tanpa melalui Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan

D. Mekanisme Kerja sama

BPJS Kesehatan dapat melakukan kerja sama dengan asuransi kesehatan tambahan atau badan penjamin lainnya sesuai ketentuan regulasi dalam bentuk:

1. Koordinasi manfaat
Pertanggungansan bersama atas manfaat pelayanan kesehatan pada seseorang.
2. Koordinasi sosialisasi
BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan tambahan atau badan penjamin lainnya dapat melakukan sosialisasi bersama kepada peserta, fasilitas kesehatan dan pihak-pihak lain yang terkait.
3. Koordinasi Sistem Informasi

BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan tambahan atau badan penjamin lainnya melakukan koordinasi sistem informasi seperti pendaftaran peserta Koordinasi Manfaat, perubahan data dan mutasi tambah kurang peserta Koordinasi Manfaat.

E. Perjanjian Kerja Sama

1. Dalam PKS disepakati tentang manfaat yang dijamin oleh BPJS Kesehatan. Manfaat yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan menjadi tanggungan asuransi kesehatan tambahan atau badan penjamin lainnya.
2. PKS menggunakan draft PKS standar yang telah ditetapkan.
3. PKS dilaksanakan di Kantor Pusat.
4. Jangka waktu Perjanjian Kerja sama minimal 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang kembali.

F. Pengelola Koordinasi Manfaat di Kantor Cabang

1. Pengelolaan Koordinasi Manfaat melibatkan semua unit di Kantor Cabang Prima dengan penanggung jawab Unit MPKR.
2. Asuransi kesehatan tambahan berkoordinasi dengan Kantor Cabang Prima dalam hal pendaftaran peserta Koordinasi Manfaat dan penggantian klaim biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan kebijakan Koordinasi Manfaat BPJS Kesehatan.
3. Untuk BUMN dan Badan Usaha Nasional yang belum menjadi peserta BPJS Kesehatan dapat mendaftarkan kepesertaan BPJS Kesehatannya pada Kantor Cabang Prima.

BAB II
KOORDINASI MANFAAT

A. Umum

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, sebagaimana di bawah ini:

Tabel I
Penjaminan pada Koordinasi Manfaat

No	Pelayanan	Jenis Faskes	Penjaminan BPJS	
1	RJTP	Faskes BPJS	Dijamin	Peserta JKN
		Faskes AKT	Tidak Dijamin	
2	RITP	Faskes BPJS	Dijamin	
		Faskes AKT	Tidak Dijamin Kecuali Gawat Darurat	
3	RJTL	Faskes BPJS	Dijamin	
		Non Faskes BPJS	Tidak dijamin Kecuali Gawat Darurat	
4	RITL	Faskes BPJS	Dijamin	Peserta Koordinasi Manfaat
		Non Faskes BPJS	Tidak dijamin Kecuali Gawat Darurat*	

Ket* :

Penjaminan diberikan sesuai mekanisme pelayanan kegawatdaruratan.

Koordinasi Manfaat antara BPJS Kesehatan dengan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT) dapat diberikan melalui:

1. FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk pemberian pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) sesuai indikasi medis dan di luar Kasus Non Spesialistik.
2. FKRTL yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan hanya untuk kondisi gawat darurat.

B. Manfaat Pelayanan Kesehatan

1. Mekanisme Pemberian Pelayanan Kesehatan di FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan

- a. Melalui Rujukan dari FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan:
 - 1) Peserta karena indikasi medis mendapatkan pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan
 - 2) Peserta menunjukkan Kartu Identitas Bersama.
 - 3) Peserta melampirkan surat rujukan dari FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
 - 4) Peserta mengurus administrasi pelayanan sebagai peserta Asuransi Kesehatan Tambahan
 - 5) Penjaminan pelayanan rawat inap tingkat lanjutan oleh Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan diberikan selama satu episode perawatan.
 - 6) Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan memberikan kemudahan dalam pengurusan administrasi pelayanan kepada Peserta
- b. Rujukan dari FKTP yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan (FKTP yang bekerja sama dengan AKT):
 - 1) Peserta karena indikasi medis mendapatkan pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan.
 - 2) Peserta menunjukkan Kartu identitas Bersama.

- 3) Peserta melampirkan surat rujukan dari FKTP yang bekerja sama dengan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan.
- 4) Peserta mengurus administrasi pelayanan sebagai peserta Asuransi Kesehatan Tambahan.
- 5) Penjaminan pelayanan rawat inap tingkat lanjutan oleh Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan diberikan selama satu episode perawatan.
- 6) Asuransi Kesehatan Tambahan memberikan kemudahan dalam pengurusan administrasi pelayanan kepada Peserta.

2. Mekanisme Pemberian Pelayanan Kesehatan Gawat Darurat di FKRTL yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan

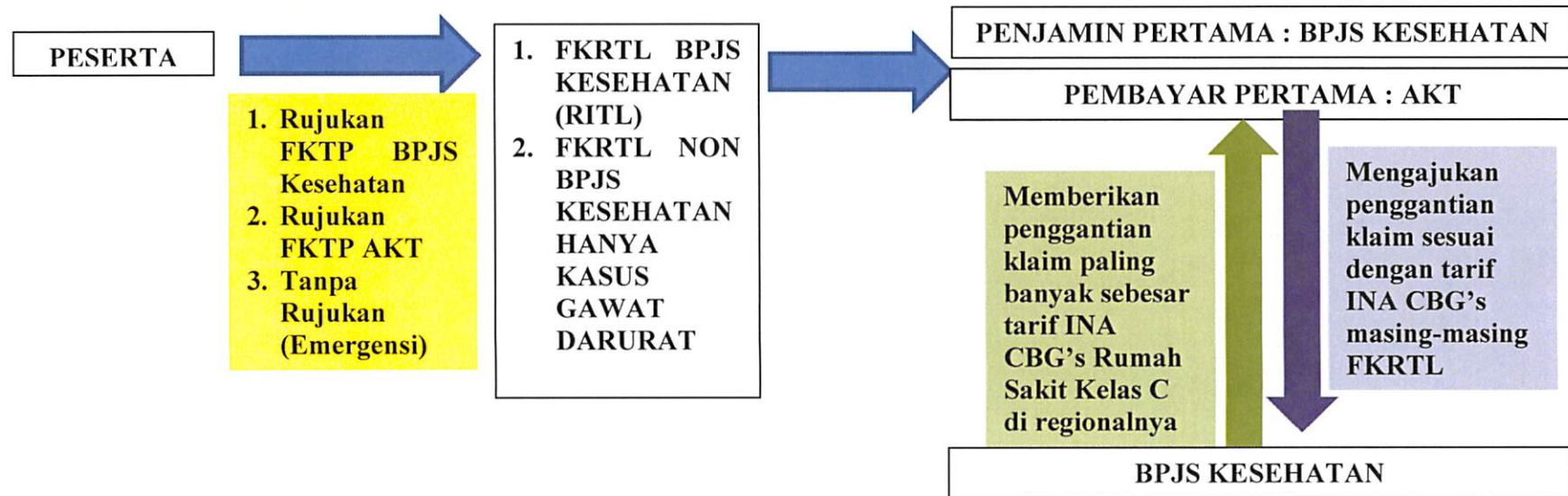
- a. Pelayanan gawat darurat yang dapat dijamin adalah sesuai dengan kriteria gawat darurat yang berlaku. Peserta yang mendapat pelayanan di FKRTL yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, setelah keadaan gawat daruratnya teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan harus segera dirujuk ke FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- b. Apabila kondisi kegawatdaruratan pasien sudah teratasi dan pasien dipindahkan ke FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan maka penagihan pelayanan gawat darurat di FKRTL yang tidak bekerja sama dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan tersebut dan dibayarkan berdasarkan tarif INA CBG's dan sesuai dengan tipe RS
- c. Apabila kondisi kegawatdaruratan pasien sudah teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan, tetapi dengan alasan tertentu pasien tidak dirujuk ke FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan maka biaya pelayanan selanjutnya tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan, biaya tersebut ditanggung oleh AKT atau ditanggung Peserta secara mandiri.
- d. Apabila menolak dipindahkan maka ditanggung sepenuhnya oleh AKT, BPJS Kesehatan tidak menjamin.

Mekanisme pemberian pelayanan kesehatan gawat darurat di FKRTL yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sebagai berikut:

- a. Tanpa Rujukan dan hanya untuk kasus kegawatdaruratan medis
- b. Peserta dengan kasus kegawatdaruratan medis datang ke FKRTL dengan menunjukkan Kartu Identitas Bersama
- c. Peserta mendapatkan pelayanan kesehatan oleh FKRTL.
- d. Peserta karena indikasi medis mendapatkan pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan
- e. Peserta mengurus administrasi pelayanan sebagai peserta Asuransi Kesehatan Tambahan.
- f. Penjaminan pelayanan rawat inap oleh Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan diberikan selama satu episode perawatan.
- g. Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan memberikan kemudahan dalam pengurusan administrasi pelayanan kepada Peserta.

Pelayanan kesehatan yang penjaminannya merupakan tanggung jawab AKT diberikan selama satu episode dan tidak dapat beralih menjadi tanggung jawab BPJS Kesehatan jika masih dalam episode perawatan yang sama.

3. Alur Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)



C. Fasilitas Kesehatan

1. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

- a. Fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan adalah fasilitas kesehatan yang telah memenuhi persyaratan hasil *credentialling* dan menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan melalui kontrak kerja sama yang disepakati.
- b. BPJS Kesehatan dan AKT melakukan pemetaan FKTP.
- c. Untuk AKT yang memiliki dan/atau telah bekerja sama dengan FKTP yang belum bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, maka BPJS Kesehatan dapat melakukan kerja sama dengan FKTP tersebut.

2. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan

Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) yang dapat melayani peserta Koordinasi Manfaat adalah FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan FKRTL yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan pada kasus gawat darurat yang memenuhi kriteria sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

D. Prosedur Pengajuan Klaim Biaya Pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan

1. Umum

Ketentuan umum pengajuan klaim dari penyelenggara asuransi kesehatan tambahan sebagai berikut :

- a. Klaim diajukan oleh penyelenggara asuransi kesehatan tambahan yang bekerja sama secara rutin ke Kantor Cabang Prima BPJS Kesehatan.
- b. Penyelenggara asuransi kesehatan tambahan mengajukan klaim secara kolektif setiap bulan paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya,
- c. BPJS Kesehatan membayar klaim tersebut langsung kepada penyelenggara asuransi kesehatan tambahan yang bekerja sama sesuai ketentuan yang berlaku dan paling banyak sebesar tarif INA CBG Rumah Sakit Kelas C di regionalnya.
- d. Klaim yang dapat diajukan oleh penyelenggara asuransi kesehatan tambahan kepada BPJS Kesehatan adalah:

- 1) rawat inap tingkat lanjutan pada FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan;
- 2) rawat inap tingkat lanjutan di luar INA CBG pada FKRTL yang bekerja sama BPJS Kesehatan yaitu:
 - a) Pelayanan Kemoterapi; dan
 - b) Pelayanan Hemofilia.
- 3) klaim gawat darurat rawat inap pada FKRTL yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

2. Kelengkapan Administrasi Klaim

a. Klaim Gawat Darurat

kelengkapan administrasi umum mengacu ke pedoman verifikasi dan kelengkapan lain sebagai berikut:

- 1) Formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga);
- 2) *Softcopy* luaran aplikasi INA CBG;
- 3) Rekapitulasi pelayanan sesuai ketentuan pedoman administrasi klaim BPJS Kesehatan
- 4) Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:
 - a) salinan kartu identitas bersama;
 - b) Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang diterbitkan oleh petugas RS berkoordinasi dengan AKT. Terdapat *flagging* pada SEP COB.
 - c) Resume medis/laporan status pasien dari dokter yang merawat;
 - d) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga;
 - e) Bukti pelayanan lainnya, misal:
 - (1) Rincian tagihan Rumah Sakit (manual atau *automatic billing*);
 - (2) Berkas pendukung lain yang diperlukan.

b. Klaim rawat inap tingkat lanjutan

kelengkapan administrasi umum mengacu ke pedoman verifikasi dan kelengkapan lain sebagai berikut:

- 1) Formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga);
- 2) *Softcopy* luaran aplikasi INA CBG;

2. sesuai ketentuan pedoman administrasi klaim BPJS Kesehatan

- 1) Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:

- a) salinan kartu identitas bersama;
- b) Surat rujukan dari FKTP BPJS Kesehatan atau FTKT AKT;
- c) Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang diterbitkan oleh petugas RS berkoordinasi dengan AKT. Terdapat *flagging* pada SEP COB.
- d) Surat perintah rawat inap;
- e) Resume medis yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP);
- f) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.
- g) Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP (bila ada), misal:
 - (1) Laporan operasi;
 - (2) Protokol terapi dan regimen (jadual pemberian obat) pemberian obat khusus;
 - (3) Perincian tagihan Rumah Sakit (manual atau *automatic billing*);
 - (4) Berkas pendukung lain yang diperlukan.

3. Proses Pengajuan Klaim

- a. Pengajuan klaim oleh penyelenggara asuransi kesehatan tambahan menggunakan aplikasi INA CBG dengan menggunakan tarif maksimal Rumah Sakit Kelas C di regionalnya.
- b. Dalam hal fasilitas kesehatan merupakan Rumah Sakit kelas D, maka menggunakan tarif Rumah Sakit kelas D di regionalnya.
- c. Dalam hal fasilitas kesehatan belum memiliki SK penetapan kelas Rumah Sakit oleh Kementerian Kesehatan maka menggunakan tarif Rumah Sakit kelas D di regionalnya.
- d. Pengajuan klaim gawat darurat ditagihkan AKT ke BPJS Kesehatan dan BPJS Kesehatan membayar klaim dengan menggunakan tarif INA CBG maksimal Rumah Sakit Kelas C di regionalnya sesuai ketentuan yang berlaku.

E. Verifikasi Klaim

1. Proses Verifikasi Klaim

- a. Proses verifikasi dilakukan oleh Kantor Cabang Prima dengan mengacu pada Petunjuk Teknis verifikasi klaim yang berlaku.

- b. Proses verifikasi klaim dapat dilakukan untuk klaim faskes BPJS Kesehatan di luar wilayah kerja Kantor Cabang Prima.
- c. Setelah selesai dilakukan verifikasi, selanjutnya dilakukan umpan balik dan pencetakan Formulir Pengajuan Klaim (FPK) serta lampiran klaim. FPK yang terbentuk tercantum pengajuan nama dari asuransi kesehatan tambahan mengajukan beserta nama faskes.
- d. Persetujuan tagihan dilakukan melalui aplikasi BOA.

2. Utilization Review

Pelaksanaan *utilization review* dilakukan dengan mengukur pemanfaatan pelayanan khusus peserta Koordinasi Manfaat, berdasarkan indikator rate, ratio serta unit cost, kemudian dilakukan evaluasi dan tindak lanjut. Ketentuan dan tatacara *utilization review* sesuai dengan pedoman yang berlaku.

F. Pembayaran Klaim

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

1. BPJS Kesehatan sebagai penjamin pertama; dan
2. Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan sebagai pembayar pertama.

Mekanisme pembayaran klaim pada Koordinasi Manfaat sebagai berikut:

1. Tagihan Klaim Pelayanan Kesehatan yang diajukan oleh Faskes bagi BU yang telah mengikuti koordinasi manfaat akan dibayar penuh oleh AKT, kemudian AKT menagihkan klaim pelayanan kesehatan kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan besaran kewajiban klaim pelayanan kesehatan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan.
2. Besaran tarif yang akan dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada AKT maksimal berdasarkan tarif INA CBG Rumah Sakit kelas C.
3. Tagihan Klaim Pelayanan Kesehatan yang diajukan oleh AKT akan dibayarkan paling lambat 30 hari kerja setelah berkas tagihan diterima lengkap.
4. Pembayaran klaim pelayanan kesehatan yang menjadi kewajiban BPJS Kesehatan akan dibayarkan kepada rekening bank AKT melalui transfer bank.

5. Kadaluarsa klaim pelayanan kesehatan adalah 6 bulan setelah pelayanan kesehatan diterima peserta.

G. *Cash forecasting*

Kantor Cabang Prima secara rutin mengajukan permintaan dana untuk pembayaran klaim dari AKT ke Kantor Pusat melalui mekanisme *cash forecasting*

BAB III

KOORDINASI LAINNYA

A. Umum

BPJS Kesehatan dapat melakukan kerja sama dengan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan sesuai ketentuan regulasi dalam bentuk koordinasi lainnya yaitu:

1. Koordinasi Kepesertaan

Hal-hal yang dimaksud dengan koordinasi kepesertaan meliputi registrasi Badan Usaha, entri data pekerja beserta anggota keluarga, mekanisme perubahan data (mutasi tambah kurang peserta serta pembaharuan data), sampai dengan pencetakan identitas peserta.

Badan Usaha yang memilih untuk bekerja sama dengan Asuransi Kesehatan Tambahan dan mendelegasikan wewenangnya kepada Asuransi Kesehatan Tambahan untuk melakukan pendaftaran ke BPJS Kesehatan, menggunakan mekanisme sebagai berikut:

a. Tahapan pendaftaran Badan Usaha yang memiliki koordinasi manfaat, sebagai berikut:

- 1) Badan Usaha mendaftarkan seluruh pekerja dan anggota keluarga langsung ke Asuransi Kesehatan Tambahan, selanjutnya Asuransi Kesehatan Tambahan mendaftarkan seluruh peserta Badan Usaha tersebut ke BPJS Kesehatan.

Contoh:

- BU "A" memiliki peserta sejumlah 500 orang. Seluruh peserta tersebut memiliki koordinasi manfaat.
 - BU "A" menyerahkan 500 data peserta kepada Asuransi Kesehatan Tambahan dan Asuransi Kesehatan Tambahan yang mendaftarkan 500 orang peserta tersebut kepada BPJS Kesehatan.
 - Badan Usaha mendelegasikan seluruh hal terkait koordinasi kepesertaan kepada Asuransi Kesehatan Tambahan
- 2) Badan Usaha mendaftarkan sebagian pekerja dan anggota keluarga yang mendapatkan koordinasi manfaat kepada Asuransi Kesehatan Tambahan, selanjutnya Asuransi Kesehatan Tambahan hanya mendaftarkan peserta yang memiliki manfaat JKN-KIS dan manfaat tambahan kepada BPJS

Kesehatan. Sedangkan peserta lainnya yang hanya memiliki manfaat JKN-KIS didaftarkan sendiri oleh Badan Usaha kepada BPJS Kesehatan.

Contoh:

- BU “A” memiliki peserta sejumlah 500 orang. Diantaranya terdapat 300 peserta yang memiliki koordinasi manfaat, sedangkan sisanya sejumlah 200 peserta tidak memiliki koordinasi manfaat.
 - BU “A” menyerahkan 300 data peserta kepada Asuransi Kesehatan Tambahan dan Asuransi Kesehatan Tambahan yang mendaftarkan 300 orang peserta tersebut kepada BPJS Kesehatan.
 - Asuransi Kesehatan Tambahan bertanggung jawab untuk memastikan sejumlah 200 orang peserta terdaftar sebagai peserta JKN-KIS
 - BPJS Kesehatan tetap berkoordinasi kepada Asuransi Kesehatan Tambahan untuk mendorong Badan Usaha mendaftarkan seluruh pekerja dan anggota keluarga sebagai peserta JKN-KIS.
- b. Koordinasi mutasi tambah kurang peserta, sebagai berikut:
- Badan Usaha melaporkan perubahan data antara lain tambah kurang peserta serta pembaharuan data ke Asuransi Kesehatan Tambahan.
 - Asuransi Kesehatan Tambahan melakukan pembaruan data peserta menggunakan aplikasi Edabu Badan Usaha.

2. Koordinasi sosialisasi

BPJS Kesehatan dan Asuransi Kesehatan Tambahan dapat melakukan sosialisasi bersama kepada peserta, fasilitas kesehatan dan pihak-pihak lain yang terkait.

3. Koordinasi Pengumpulan iuran

- a. Badan Usaha membayar iuran JKN-KIS kepada Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan;
- b. Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan menerima iuran JKN KIS dari Badan Usaha;
- c. Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan membayar iuran JKN KIS Badan Usaha kepada BPJS Kesehatan; dan
- d. BPJS Kesehatan menerima iuran JKN KIS dari Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan

4. Koordinasi Sistem Informasi

BPJS Kesehatan dan Asuransi Kesehatan Tambahan melakukan koordinasi sistem informasi seperti pendaftaran peserta koordinasi manfaat, perubahan data dan mutasi tambah kurang peserta koordinasi manfaat.

B. Koordinasi Kepesertaan

Persyaratan Asuransi Kesehatan Tambahan untuk dapat mendaftarkan peserta Badan Usaha ke BPJS Kesehatan, yaitu:

1. Tahapan Pendaftaran Badan Usaha

- a. Tata Cara Pendaftaran Peserta Bagi Badan Usaha yang belum menjadi Peserta JKN-KIS Namun Sudah Menjadi Peserta Asuransi Kesehatan Tambahan sebagai berikut:
 - 1) Badan Usaha baru yang belum menjadi peserta JKN-KIS harus didaftarkan oleh Asuransi Kesehatan Tambahan di Kantor Cabang Prima dan akan didaftarkan oleh Asuransi Kesehatan Tambahan, tidak dapat melakukan sendiri pendaftaran melalui online/ website. Pada fitur *online/ website* diberikan penambahan informasi tentang pendaftaran Badan Usaha yang ingin memiliki koordinasi manfaat dengan Asuransi Kesehatan Tambahan dapat dilakukan di Kantor Cabang BPJS Kesehatan.
 - 2) Badan Usaha mengisi Formulir Pendaftaran Badan Usaha JKN-KIS yaitu Formulir Pendaftaran Badan Usaha dan Lampiran Formulir Daftar Asuransi Kesehatan Tambahan (terlampir).
 - 3) Bagi Badan Usaha yang memiliki beberapa Asuransi Kesehatan Tambahan mengisi Lampiran Daftar Asuransi Tambahan dan menunjuk salah satu Asuransi Kesehatan Tambahan untuk berkoordinasi kepesertaan kepada BPJS Kesehatan.
 - 4) Badan Usaha menyerahkan Formulir Registrasi beserta seluruh data pekerja dan anggota keluarganya kepada Asuransi Kesehatan Tambahan untuk diajukan kepada BPJS Kesehatan.
 - 5) Asuransi Kesehatan Tambahan menyerahkan Formulir pada poin 2 dan 3 di atas disertai salinan surat kuasa pendelegasian kewenangan untuk mengelola kepesertaan dari Badan Usaha kepada BPJS Kesehatan.

- 6) BPJS Kesehatan menunjuk petugas/ *Relationship Officer* untuk melaksanakan tindak lanjut proses pendaftaran dari Asuransi Kesehatan Tambahan.
 - 7) BPJS Kesehatan menerima pendaftaran, melakukan entri data Badan Usaha pada Aplikasi Pemasaran, mencetak nomor *virtual account* serta menerbitkan *username dan password* aplikasi Edabu untuk diserahkan kepada Asuransi Kesehatan Tambahan.
 - 8) Asuransi Kesehatan Tambahan mengakses aplikasi Edabu Badan Usaha untuk pendaftaran peserta JKN-KIS.
 - 9) Apabila dalam proses entri data pada poin 8 di atas terdapat kegagalan proses, antara lain:
 - a) peserta Asuransi Kesehatan Tambahan telah terdaftar dalam *Master File* BPJS Kesehatan sebagai peserta JKN-KIS; atau
 - b) NIK Peserta Asuransi Kesehatan Tambahan tidak ditemukan/ teridentifikasi pada data DukcapilMaka penanganan hal tersebut diselesaikan dengan ketentuan petunjuk teknis administrasi kepesertaan.
 - 10) Asuransi Kesehatan Tambahan dapat melihat data calon peserta yang telah berhasil terdaftar pada *Master File* melalui aplikasi Edabu.
 - 11) Asuransi Kesehatan Tambahan menerbitkan Kartu Identitas Bersama bagi peserta Koordinasi Manfaat.
- b. Tata Cara Pendaftaran Peserta Bagi Badan Usaha yang sudah menjadi Peserta JKN-KIS Namun Belum Menjadi Peserta Asuransi Kesehatan Tambahan Serta Pendaftaran Peserta Bagi Badan Usaha yang keduanya belum menjadi Peserta JKN-KIS dan Asuransi Kesehatan Tambahan sebagai berikut:
- 1) BPJS Kesehatan menginformasikan kepada Badan Usaha daftar Asuransi Kesehatan Tambahan yang telah bekerja sama.
 - 2) Asuransi Kesehatan Tambahan yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan melakukan sosialisasi aktif dan pemasaran program JKN-KIS kepada Badan Usaha serta mempromosikan produk koordinasi manfaat
 - 3) Badan Usaha melakukan kerja sama dengan Asuransi Kesehatan Tambahan dan membuat surat kuasa pendelegasian kewenangan Asuransi Kesehatan Tambahan untuk mengelola kepesertaan yang selanjutnya diserahkan kepada BPJS Kesehatan.

- 4) Badan Usaha memberikan data pekerja dan anggota keluarganya yang telah terdaftar sebagai peserta JKN-KIS kepada Asuransi Kesehatan Tambahan.
- 5) Asuransi Kesehatan Tambahan mengirimkan pemberitahuan kerja sama, salinan surat kuasa pendelegasian kewenangan, serta data peserta Badan Usaha sesuai poin 3 dan 4 di atas kepada BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan akan melakukan *flagging* terhadap data peserta tersebut sebagai tanda peserta merupakan peserta koordinasi manfaat.
- 6) BPJS Kesehatan menunjuk petugas/ *Relationship Officer* untuk melaksanakan tindak lanjut proses pendaftaran dari Asuransi Kesehatan Tambahan.
- 7) BPJS Kesehatan melakukan perubahan/ *updating* dengan menambahkan informasi kerja sama Badan Usaha dengan Asuransi Kesehatan Tambahan pada fitur, sebagai berikut:
 - a) Profil data Badan Usaha,
 - b) Penambahan alamat email untuk tujuan pengiriman tagihan iuran JKN-KIS
 - c) Penyesuaian level pengguna/ *user* aplikasi Edabu.
- 8) BPJS Kesehatan memberikan tanda kepesertaan terhadap peserta koordinasi manfaat yang disampaikan oleh Asuransi Kesehatan Tambahan sesuai dengan format yang ditentukan BPJS Kesehatan.
- 9) Badan Usaha melaporkan mutasi tambah kurang peserta kepada Asuransi Kesehatan Tambahan.
- 10) Asuransi Kesehatan Tambahan mengakses aplikasi Edabu Badan Usaha untuk melakukan pendaftaran peserta JKN-KIS.
- 11) Asuransi Kesehatan Tambahan dapat melihat data calon peserta yang telah berhasil terdaftar pada Master File melalui aplikasi Edabu.
- 12) Asuransi Kesehatan Tambahan menerbitkan Kartu Identitas Bersama bagi peserta Koordinasi Manfaat.
- 13) Asuransi Kesehatan Tambahan wajib menyampaikan kepada BPJS Kesehatan perihal penghentian kerja sama antara Badan Usaha dengan Asuransi Kesehatan Tambahan, paling lambat 2 bulan sebelum penghentian kerja sama tersebut.

- 14) Asuransi Kesehatan Tambahan yang telah melakukan pemutusan kerja sama dengan Badan Usaha akan dihentikan hak akses aplikasi yang mengelola data kepesertaan Badan Usaha tersebut.

2. Persyaratan Pemberian Tanda Kepesertaan Koordinasi Manfaat Bagi Suami/Istri dan Anak.

Badan Usaha memberikan jaminan dengan koordinasi manfaat bagi seluruh pekerja dan anggota keluarganya. Apabila anggota keluarganya terdaftar pada entitas yang lain, anggota keluarga tersebut tetap berhak untuk mendapatkan pelayanan koordinasi manfaat dengan diberikan tanda kepesertaan koordinasi manfaat.

Tahapan pemberian tanda kepesertaan sebagai berikut:

- a. Badan Usaha menyerahkan rekapitulasi data anggota keluarga sesuai dengan format yang sudah ditentukan dan menunjukkan:
 - 1) Identitas Peserta JKN-KIS
 - 2) Kartu Keluarga
 - 3) Salinan polis jaminan yang diberikan Asuransi Kesehatan Tambahan yang berisi daftar peserta dan anggota keluarga bertanggung
- b. BPJS Kesehatan memastikan status peserta telah aktif
- c. BPJS Kesehatan memberikan tanda kepesertaan koordinasi manfaat kepada peserta.

3. Tahapan Mutasi Tambah Kurang Peserta

Proses mutasi tambah kurang peserta dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

- a. Badan Usaha melaporkan setiap perubahan data peserta kepada Asuransi Kesehatan Tambahan.
- b. Asuransi Kesehatan Tambahan mengakses aplikasi Edabu Badan Usaha untuk melakukan mutasi tambah kurang peserta serta perubahan data.
- c. Apabila dalam entri data Edabu terdapat kegagalan proses, antara lain:
 - 1) peserta Asuransi Kesehatan Tambahan telah terdaftar dalam *Master File* BPJS Kesehatan sebagai peserta JKN-KIS dan
 - 2) NIK Peserta Asuransi Kesehatan Tambahan tidak ditemukan/ teridentifikasi pada data dukcapilMaka penanganan hal tersebut diselesaikan dengan ketentuan petunjuk teknis administrasi kepesertaan.

- d. Proses mutasi tambah kurang peserta sesuai dengan ketentuan petunjuk teknis administrasi kepesertaan.
- e. Setiap pelaporan penonaktifan peserta Badan Usaha akan otomatis menghapus tanda kepesertaan koordinasi manfaat.
- f. Entri dan perubahan data oleh Asuransi Kesehatan Tambahan dilakukan paling lambat tanggal 20 (dua puluh) bulan berjalan.
- g. Peserta dapat aktif setelah Badan Usaha membayar iuran, selanjutnya peserta tersebut diberikan tanda sebagai peserta koordinasi manfaat.

4. Penerbitan Kartu Identitas Bersama

Dalam proses pendaftaran peserta koordinasi manfaat, BPJS Kesehatan berkewajiban memberikan nomor Identitas JKN-KIS kepada peserta.

Setelah pendaftaran peserta selesai, Asuransi Kesehatan Tambahan memberikan Kartu Identitas Bersama. Pembuatan desain Kartu Identitas Bersama dilakukan dengan tahapan:

- a. Asuransi Kesehatan Tambahan mengusulkan desain Kartu Identitas Bersama
- b. BPJS Kesehatan memberikan persetujuan atas desain Kartu Identitas Bersama.

5. Perubahan Asuransi Kesehatan Tambahan akibat Penghentian Kerja sama Badan Usaha dengan Asuransi Kesehatan Tambahan

Apabila Badan Usaha telah melakukan penghentian/perpindahan kerja sama dengan Asuransi Kesehatan Tambahan, BPJS Kesehatan dapat melakukan penghapusan/penggantian tanda kepesertaan koordinasi manfaat.

Langkah-langkah perubahan tanda kepesertaan koordinasi manfaat, yaitu:

- a. Asuransi Kesehatan Tambahan yang putus kontrak dengan Badan Usaha wajib melaporkan penghentian kerja sama serta menyampaikan daftar peserta sesuai format yang sudah ditentukan kepada BPJS Kesehatan.
- b. BPJS Kesehatan melakukan penghapusan tanda kepesertaan koordinasi manfaat.
- c. Asuransi Kesehatan Tambahan yang memiliki kontrak kerja sama baru dengan Badan Usaha, mengirimkan pemberitahuan kerja sama, salinan surat kuasa

- pendelegasian kewenangan, serta data seluruh peserta Badan Usaha sesuai dengan format yang ditentukan oleh BPJS Kesehatan.
- d. BPJS Kesehatan melakukan perubahan/*updating* dengan menambahkan informasi kerja sama Badan Usaha dengan Asuransi Kesehatan Tambahan yang baru pada fitur, sebagai berikut:
 - 1) Profil data Badan Usaha,
 - 2) Penambahan alamat email untuk tujuan pengiriman tagihan iuran JKN-KIS
 - 3) Penyesuaian level pengguna/*user* aplikasi Edabu.
 - e. BPJS Kesehatan memberikan tanda kepesertaan koordinasi manfaat kepada peserta yang didaftarkan oleh Asuransi Kesehatan Tambahan yang baru.

C. Koordinasi Sosialisasi

BPJS Kesehatan dan AKT dapat melaksanakan koordinasi sosialisasi dalam bentuk sebagai berikut:

1. Sosialisasi Program JKN-KIS oleh Asuransi Kesehatan Tambahan
 - a. Asuransi Kesehatan Tambahan melakukan sosialisasi aktif dan pemasaran program JKN-KIS serta produk koordinasi manfaat kepada Badan Usaha.
 - b. BPJS Kesehatan menyediakan template materi sosialisasi koordinasi manfaat beserta koordinasi lainnya untuk dapat digunakan oleh Asuransi Kesehatan Tambahan.
 - c. BPJS Kesehatan menyediakan template media pemasaran berupa leaflet, poster, banner dan lainnya yang dapat digunakan sebagai media sosialisasi bersama.
 - d. BPJS Kesehatan memperbarui materi sosialisasi JKN-KIS sesuai dengan perkembangan kebijakan terbaru yang disampaikan kepada Asuransi Kesehatan Tambahan.
2. Sosialisasi Bersama
 - a. Sosialisasi bersama antara BPJS Kesehatan dan Asuransi Kesehatan Tambahan dilaksanakan kepada peserta, Asuransi Kesehatan dan pihak-pihak lain yang terkait.
 - b. Pembiayaan sosialisasi bersama dibebankan pada mata anggaran masing-masing.
 - c. Pelaksanaan dan jadwal kegiatan sosialisasi bersama dilakukan pada tingkat pusat dan daerah sesuai dengan kebutuhan dan kesepakatan.

D. Koordinasi Pengumpulan iuran

Pembayaran iuran peserta BPJS Kesehatan dilakukan oleh Badan Usaha dengan cara dibayar langsung kepada BPJS Kesehatan atau dibayar melalui Asuransi Kesehatan Tambahan dengan tata cara pembayaran sebagai berikut:

1. Dibayar melalui BPJS Kesehatan

Peserta atau pemberi kerja membayar melalui nomor VA BPJS Kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku. Berikut prosedur pembayaran iuran BPJS Kesehatan:

- a. Penyetoran iuran BPJS Kesehatan dilakukan melalui jaringan layanan (*channel*) Perbankan.
- b. Iuran BPJS Kesehatan dibayarkan paling lambat tanggal 10 setiap bulan, disetorkan ke rekening Virtual Account BPJS Kesehatan. Keterlambatan pembayaran iuran dalam waktu satu bulan mengakibatkan kepesertaan tidak aktif.
- c. Nomor Virtual Account adalah nomor rekening bank tujuan pembayaran iuran yang berfungsi sebagai nomor identifikasi peserta ketika melakukan penyetoran iuran di Bank Mitra BPJS Kesehatan yaitu Bank Mandiri, Bank BRI, Bank BNI dan Bank BTN.
- d. Nomor Virtual Account dinyatakan aktif dan dapat digunakan setelah data peserta diinput secara lengkap ke aplikasi kepesertaan.
- e. Penyetoran iuran dapat dilakukan melalui Bank Mitra BPJS Kesehatan maupun melalui Bank Lain yang bukan Bank Mitra BPJS Kesehatan.
- f. Iuran Jaminan Kesehatan yang berasal dari Badan Usaha dapat dibayarkan sekaligus dimuka untuk periode per triwulan, per semester atau 1 (satu) tahun.

2. Dibayar melalui Asuransi Kesehatan Tambahan

Peserta atau pemberi kerja dapat membayar premi melalui Asuransi Kesehatan tambahan dengan syarat:

- a. Seluruh peserta dari Badan Usaha harus membayar melalui Asuransi Kesehatan Tambahan.
- b. Hanya satu asuransi tambahan dalam satu badan usaha/Entitas yang digunakan untuk bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Prosedur yang dilakukan oleh Badan Usaha adalah membayar seluruh peserta yang ikut BPJS dan Asuransi Kesehatan Kesehatan melalui Asuransi Kesehatan tambahan.

Kemudian asuransi tambahan membayar premi tersebut ke BPJS Kesehatan membayar melalui nomor VA BPJS Kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku. Berikut prosedur pembayaran iuran BPJS Kesehatan:

1. Penyetoran iuran BPJS Kesehatan dilakukan melalui jaringan layanan (*channel*) Perbankan.
2. Iuran BPJS Kesehatan dibayarkan paling lambat tanggal 10 setiap bulan, disetorkan ke rekening Virtual Account BPJS Kesehatan. Keterlambatan pembayaran iuran dalam waktu satu bulan mengakibatkan kepesertaan tidak aktif
3. Nomor Virtual Account adalah nomor rekening bank tujuan pembayaran iuran yang berfungsi sebagai nomor identifikasi peserta ketika melakukan penyetoran iuran di Bank Mitra BPJS Kesehatan yaitu Bank Mandiri, Bank BRI , Bank BNI dan Bank BTN
4. Nomor Virtual Account dinyatakan aktif dan dapat digunakan setelah data peserta diinput secara lengkap ke aplikasi kepesertaan.
5. Penyetoran iuran dapat dilakukan melalui Bank Mitra BPJS Kesehatan maupun melalui Bank Lain yang bukan Bank Mitra BPJS Kesehatan melalui RTGS.

Dalam waktu 1 X 24 Jam, Asuransi Kesehatan Tambahan yang menerima iuran Jaminan Kesehatan dari Badan Usaha dapat– wajib segera mentransfer ke rekening BPJS Kesehatan melalui nomor virtual account badan usaha tersebut, iuran Jaminan Kesehatan yang berasal dari Peserta dapat dibayarkan sekaligus dimuka untuk periode per triwulan, per semester atau 1 (satu) tahun.

Keterlambatan Asuransi Kesehatan Tambahan membaya premi dimana mengakibatkan peserta tidak aktif dan tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan, maka biaya yang timbul menjadi beban Asuransi Kesehatan Tambahan

E. Koordinasi Sistem Informasi

Terkait dengan koordinasi sistem informasi proses pendaftaran, perubahan data, mutasi tambah/kurang peserta.

1. Untuk Badan Usaha tetap menggunakan aplikasi yang sudah disediakan (mengacu kepada proses pendaftaran di atas)
2. Untuk AKT akan disediakan aplikasi untuk proses pendaftaran, perubahan data, mutasi tambah/kurang peserta dimungkinkan untuk integrasi antara sistem informasi AKT dengan BPJS Kesehatan.

BAB IV

SOSIALISASI , MONITORING DAN EVALUASI

A. Sosialisasi Program

1. Untuk kelancaran dan optimalisasi pelaksanaan program Koordinasi Manfaat , maka BPJS Kesehatan melakukan sosialisasi kepada internal BPJS Kesehatan, Asuransi Kesehatan Tambahan, Rumah Sakit, Instansi Peserta/Badan Usaha, dan Peserta program JKN.
2. Sosialisasi dilakukan minimal 1 bulan sebelum di implementasikan

B. Monitoring dan Evaluasi

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi pelaksanaan dilakukan setiap 6 bulan dengan melibatkan :

1. Grup terkait
2. Kantor Cabang Prima
3. Asuransi Kesehatan Tambahan

BAB V

PENUTUP

A. Penggunaan Petunjuk Pelaksanaan

1. Untuk memberikan manfaat yang optimal dalam rangka pengelolaan fungsi organisasi maka Petunjuk Pelaksanaan ini harus digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan kegiatan di lingkungan organisasi, termasuk penyusunan alur kerja yang terkait.
2. Petunjuk Pelaksanaan ini merupakan bagian dari upaya pengendalian internal terkait risiko dan sistem kerja sehingga harus dipastikan implementasinya secara konsisten, taat asas, serta patuh pada ketentuan dan peraturan perundang-undangan.

B. Faktor Pendukung Keberhasilan

1. Dalam rangka menjamin efektivitas implementasi petunjuk pelaksanaan ini, perlu diperhatikan sejumlah hal yang merupakan faktor pendukung keberhasilan sebagai berikut :
 - a. Komitmen dan dukungan yang konsisten dari Direksi dalam penerapan Petunjuk Pelaksanaan ini
 - b. Komitmen dan keterlibatan aktif para pemangku kepentingan dan unit kerja terkait dalam penerapan Petunjuk Pelaksanaan ini
2. Dukungan sumber daya lainnya, baik anggaran dan sarana prasarana, termasuk teknologi informasi untuk menunjang implementasi Petunjuk Pelaksanaan ini.

C. Revisi dan Penyempurnaan

1. Petunjuk Pelaksanaan ini dikaji ulang sekurang-kurangnya 1 (satu) kali dalam setahun untuk memastikan kesesuaiannya dengan kebutuhan organisasi.
2. Perubahan atas petunjuk pelaksanaan ini dapat dilaksanakan lebih cepat jika :
 - a. terdapat perubahan strategi organisasi.
 - b. terdapat perubahan kebijakan
 - c. berdasarkan rekomendasi audit Satuan Pengawasan Internal.
 - d. umpan balik (usulan) dari pengguna pedoman.


- e. terdapat *opportunity for improvement* (OFI) berdasarkan asesmen proses bisnis dan/atau asesmen lainnya

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA
JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

ttd.

FACHMI IDRIS

Salinan sesuai dengan aslinya

 Kepala Grup Hukum, Regulasi dan Kepatuhan,



Feryanita
NIP: 01884