

STANDAR TARIF PELAYANAN KESEHATAN DALAM PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

(Peraturan Menteri Kesehatan R.I Nomor 52 Tahun 2016,
tanggal 18 Oktober 2016)

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang :

- a. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 39 ayat (4) dan ayat (5) Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, besaran kapitasi dan non kapitasi, Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's) dan non Indonesian Case Based Groups (non INA-CBG's) ditinjau sekurang-kurangnya setiap 2 (dua) tahun sekali oleh Menteri;
- b. bahwa Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, perlu disesuaikan dengan perkembangan dan kebutuhan pelayanan kesehatan di fasilitas Kesehatan, sehingga perlu disempurnakan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;

Mengingat :

1. 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);

2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. 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);
4. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 62)
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 232);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan :

PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG
STANDAR TARIF PELAYANAN KESEHATAN DALAM
PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran perbulan yang dibayar di muka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan ke-

- sehatan yang diberikan.
2. Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
 3. Tarif Indonesian-Case Based Groups yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur.
 4. Tarif Non INA-CBG merupakan tarif diluar tarif paket INACBG untuk beberapa item pelayanan tertentu meliputi alat bantu kesehatan, obat kemoterapi, obat penyakit kronis, CAPD dan PET Scan, dengan proses pengajuan klaim dilakukan secara terpisah dari tarif INA-CBG.
 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. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
 8. Menteri adalah Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintah di bidang kesehatan.

BAB II
TARIF PADA FKTP
Bagian Kesatu
Tarif
Pasal 2

Tarif pelayanan kesehatan pada FKTP meliputi:

- a. Tarif Kapitasi; dan
- b. Tarif Non Kapitasi.

Pasal 3

- (1) Tarif Kapitasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a diberlakukan pada FKTP yang melakukan pelayanan:

- a. administrasi pelayanan;
- b. promotif dan preventif;
- c. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
- d. tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
- e. obat dan bahan medis habis pakai; dan
- f. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama.

- (2) Tarif Non Kapitasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf b diberlakukan pada FKTP yang melakukan pelayanan kesehatan di luar lingkup pembayaran kapitasi, yang meliputi:

- a. pelayanan ambulans;
- b. pelayanan obat program rujuk balik;
- c. pemeriksaan penunjang pelayanan rujuk balik;
- d. pelayanan penapisan (screening) kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio untuk kanker leher rahim;
- e. rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi medis;
- f. jasa pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter, sesuai kompetensi dan kewenangannya; dan
- g. pelayanan Keluarga Berencana di FKTP.

Bagian Kedua

Tarif Kapitasi

Pasal 4

- (1) Penetapan besaran Tarif Kapitasi di FKTP dilakukan berdasarkan kesepakatan bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

- (2) Standar Tarif Kapitasi di FKTP ditetapkan sebagai berikut:

- a. puskesmas atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp3.000,00 (tiga ribu rupiah) sampai dengan Rp6.000,00 (enam ribu rupiah) per peserta per bulan;
- b. rumah sakit Kelas D Pratama, klinik pratama, praktik dokter, atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp8.000,00 (delapan ribu rupiah) sampai dengan Rp10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) per peserta per bulan; dan
- c. praktik perorangan dokter gigi sebesar

Rp2.000,00 (dua ribu rupiah) per peserta per bulan.

- (3) Besaran tarif kapitasi yang diterima oleh FKTP ditentukan melalui proses seleksi dan kredensial yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan melibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Asosiasi Fasilitas Kesehatan dengan mempertimbangkan sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan, dan komitmen pelayanan.
- (4) Penggunaan kriteria dalam pertimbangan penetapan besaran Tarif Kapitasi berdasarkan seleksi dan kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan secara bertahap, yang untuk pertama kali menggunakan pertimbangan kriteria sumber daya manusia.
- (5) Kriteria sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi ketersediaan dokter dan ketersediaan dokter gigi.
- (6) Ketentuan mengenai pertimbangan penilaian pemenuhan kriteria sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (3), ayat (4), dan ayat (5) ditetapkan sebagai berikut:
 - a. bagi puskesmas atau fasilitas kesehatan yang setara:
 - 1) kapitasi sebesar Rp3.000,00 (tiga ribu rupiah) per peserta per bulan apabila tidak memiliki dokter dan tidak memiliki dokter gigi;
 - 2) kapitasi sebesar Rp3.500,00 (tiga ribu lima ratus rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki dokter gigi dan tidak memiliki dokter;
 - 3) kapitasi sebesar Rp4.500,00 (empat ribu lima ratus rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki 1 (satu) orang dokter, tetapi tidak memiliki dokter gigi;
 - 4) kapitasi sebesar Rp5.000,00 (lima ribu rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki 1 (satu) orang dokter dan memiliki dokter gigi;
 - 5) kapitasi sebesar Rp5.500,00 (lima ribu lima ratus rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki paling sedikit 2 (dua) orang dokter, tetapi tidak memiliki dokter gigi; dan
 - 6) kapitasi sebesar Rp6.000,00 (enam ribu rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki paling sedikit 2 (dua) orang dokter,

dan memiliki dokter gigi.

b. bagi FKTP selain puskesmas:

- 1) dokter praktik mandiri memperoleh kapitasi sebesar Rp8.000,00 (delapan ribu rupiah) per peserta per bulan, apabila memiliki 1 (satu) orang dokter;
- 2) klinik Pratama atau fasilitas kesehatan yang setara, memperoleh:
 - a. kapitasi sebesar Rp9.000,00 (sembilan ribu rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki minimal 2 (dua) orang dokter dan tidak memiliki dokter gigi; atau
 - b. kapitasi sebesar Rp10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki minimal 2 (dua) orang dokter dan memiliki dokter gigi.
- 3) rumah sakit kelas D Pratama memperoleh kapitasi sebesar Rp10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki minimal 2 (dua) orang dokter dan memiliki dokter gigi.

Pasal 5

- (1) Tarif pelayanan kesehatan tingkat pertama pada daerah terpencil dan kepulauan yang diberikan oleh FKTP ditetapkan berdasarkan Tarif Kapitasi khusus.
- (2) Tarif Kapitasi khusus bagi FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang memiliki dokter ditetapkan sebesar Rp10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) per peserta per bulan.
- (3) Tarif Kapitasi khusus bagi FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang hanya memiliki bidan/perawat ditetapkan sebesar Rp8.000,00 (delapan ribu rupiah) per peserta per bulan.
- (4) Dalam hal jumlah peserta pada FKTP kurang dari 1000 (seribu) peserta, tarif kapitasi khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayarkan minimal sejumlah kapitasi untuk 1000 (seribu) peserta.
- (5) Ketentuan mengenai FKTP pada daerah terpencil dan kepulauan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga
Tarif Non Kapitasi
Paragraf 1

Pelayanan Ambulans

Pasal 6

- (1) Penggantian biaya pelayanan ambulans sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf a diberikan pada pelayanan ambulans darat dan ambulans air bagi pasien dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Penggantian biaya pelayanan ambulans sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan standar biaya ambulans yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.
- (3) Dalam hal belum terdapat tarif dasar ambulans yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah, tarif ditetapkan dengan mengacu pada standar biaya yang berlaku pada daerah dengan karakteristik geografis yang setara pada satu wilayah.

Paragraf 2

Pelayanan Obat Program Rujuk Balik

Pasal 7

- (1) Pelayanan obat program rujuk balik diberikan untuk penyakit kronis meliputi diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung, asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK), epilepsi, gangguan kesehatan jiwa kronik, stroke, dan Sindroma Lupus Eritematosus (SLE) dan penyakit kronis lain yang ditetapkan oleh Menteri.
- (2) Pelayanan obat program rujuk balik sebagaimana dimaksud Pasal 3 ayat (2) huruf b harus menggunakan obat program rujuk balik yang tercantum dalam Formularium Nasional.
- (3) Pelayanan obat program rujuk balik sebagaimana disebut ayat (2) harus diberikan oleh ruang farmasi, apotek atau instalasi farmasi klinik pratama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- (4) Dalam hal ruang farmasi puskesmas belum dapat melakukan pelayanan obat program rujuk balik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), pelayanan obat program rujuk balik di puskesmas obatnya disediakan oleh apotek yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- (5) Harga obat program rujuk balik yang ditagihkan kepada BPJS Kesehatan mengacu pada harga dasar obat sesuai e-Catalogue ditambah biaya pelayanan kefarmasian.
- (6) Besarnya biaya pelayanan kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (5) adalah faktor

pelayanan kefarmasian dikali harga dasar obat sesuai e-Catalogue.

- (7) Faktor pelayanan kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (6) adalah sebagai berikut:

Harga Dasar Satuan Obat	Faktor Pelayanan Kefarmasian
<Rp50.000,00	0,28
Rp50.000,00 sampai dengan Rp250.000,00	0,26
Rp250.000,00 sampai dengan Rp500.000,00	0,26
Rp500.000,00 sampai dengan Rp1.000.000,00	0,21
Rp1.000.000,00 sampai dengan Rp5.000.000,00	0,11
Rp5.000.000,00 sampai dengan Rp10.000.000,00	0,09
≥ Rp10.000.000,00	0,07

Paragraf 3

Pemeriksaan Penunjang Pelayanan Rujuk Balik

Pasal 8

- (1) Pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik di FKTP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf c, terdiri atas:
 - a. pemeriksaan gula darah sewaktu;
 - b. pemeriksaan gula darah puasa (GDP);
 - c. pemeriksaan gula darah Post Prandial (GDPP);
 - d. pemeriksaan HbA1c; dan
 - e. pemeriksaan kimia darah, meliputi :
 - 1) microalbuminuria;
 - 2) ureum ;
 - 3) kreatinin;
 - 4) kolesterol total;
 - 5) kolesterol LDL;
 - 6) kolesterol HDL; dan

7) trigliserida.

(2) Pembiayaan untuk pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan:

- a. pemeriksaan gula darah sewaktu, sesuai indikasi medis;
- b. pemeriksaan gula darah puasa (GDP), 1 (satu) bulan 1 (satu) kali;
- c. pemeriksaan gula darah Post Prandial (GDPP), 1 (satu) bulan 1 (satu) kali;
- d. pemeriksaan HbA1c, 3 (tiga) sampai dengan 6 (enam) bulan 1 (satu) kali; dan
- e. pemeriksaan kimia darah, 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun.

(3) Tarif pembiayaan untuk pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, huruf b, dan huruf c ditetapkan sebesar Rp10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) sampai dengan Rp20.000,00 (dua puluh ribu rupiah).

(4) Tarif pembiayaan untuk pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d ditetapkan sebesar Rp160.000,00 (seratus enam puluh ribu rupiah) sampai dengan Rp200.000,00 (dua ratus ribu rupiah).

(5) Tarif pembiayaan untuk pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e ditetapkan sebagai berikut:

- a. microalbuminuria sebesar Rp120.000,00 (seratus dua puluh ribu rupiah);
- b. ureum sebesar Rp30.000,00 (tiga puluh ribu rupiah);
- c. kreatinin sebesar Rp30.000,00 (tiga puluh ribu rupiah);
- d. kolesterol total sebesar Rp45.000,00 (empat puluh lima ribu rupiah);
- e. kolesterol LDL sebesar Rp60.000,00 (enam puluh ribu rupiah);
- f. kolesterol HDL sebesar Rp45.000,00 (empat puluh lima ribu rupiah); dan
- g. trigliserida sebesar Rp50.000,00 (lima puluh ribu rupiah).

Paragraf 4

Pelayanan Penapisan (Screening) Kesehatan Tertentu

Pasal 9

(1) Pelayanan penapisan (screening) kesehatan ter-

tentu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf d merupakan pelayanan yang termasuk dalam lingkup Non Kapitasi, yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Dalam hal pelayanan penapisan (screening) kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memerlukan pemeriksaan penunjang IVA, Pap Smear, dan gula darah, diberlakukan Tarif Non Kapitasi sebagai berikut:

- a. pemeriksaan IVA maksimal Rp25.000,00 (dua puluh lima ribu rupiah);
- b. pemeriksaan Pap Smear maksimal Rp125.000,00 (seratus dua puluh lima ribu rupiah); dan
- c. pemeriksaan gula darah sewaktu, pemeriksaan gula darah puasa (GDP) dan pemeriksaan gula darah Post Prandial (GDPP) ditetapkan sebesar Rp10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) sampai dengan Rp20.000,00 (dua puluh ribu rupiah).

(3) Standar tarif pelayanan terapi krio untuk kasus pemeriksaan IVA positif sebesar Rp150.000,00 (seratus lima puluh ribu rupiah).

Paragraf 5

Rawat Inap Tingkat Pertama

Pasal 10

(1) Tarif Rawat Inap sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf e yang dilakukan di FKTP diberlakukan dalam bentuk paket.

(2) Tarif Rawat Inap pada FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan sebesar Rp120.000,00 (seratus dua puluh ribu rupiah) sampai dengan Rp200.000,00 (dua ratus ribu rupiah).

(3) Tarif Rawat Inap pada FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh BPJS Kesehatan bersama dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Paragraf 6

Pelayanan Kebidanan, Neonatal dan Keluarga Berencana

Pasal 11

Jasa pelayanan kebidanan, neonatal, dan Keluarga Berencana yang dilakukan oleh bidan atau dokter sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2)

huruf f ditetapkan sebagai berikut :

- a. pemeriksaan ANC sesuai standar diberikan dalam bentuk paket paling sedikit 4 (empat) kali pemeriksaan, sebesar Rp200.000,00 (dua ratus ribu rupiah);
- b. dalam hal pemeriksaan ANC tidak dilakukan di satu tempat maka dibayarkan per kunjungan, sebesar Rp50.000,00 (lima puluh ribu rupiah);
- c. persalinan pervaginam normal yang dilakukan oleh bidan, sebesar Rp700.000,00 (tujuh ratus ribu rupiah) dan yang dilakukan oleh dokter, sebesar Rp800.000,00 (delapan ratus ribu rupiah);
- d. persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar di Puskesmas PONED, sebesar Rp950.000,00 (sembilan ratus lima puluh ribu rupiah);
- e. pemeriksaan Post Natal Care (PNC)/neonatus sesuai standar dilaksanakan dengan 2 (dua) kali kunjungan ibu nifas dan neonatus pertama dan kedua (KF1-KN1 dan KF2-KN2), 1 (satu) kali kunjungan neonatus ketiga (KN3), serta 1 (satu) kali kunjungan ibu nifas ketiga (KF3), sebesar Rp25.000,00 (dua puluh lima ribu rupiah) untuk tiap kunjungan dan diberikan kepada pemberi pelayanan yang pertama dalam kurun waktu kunjungan;
- f. pelayanan tindakan pasca persalinan di Puskesmas PONED, sebesar Rp175.000,00 (seratus tujuh puluh lima ribu rupiah);
- g. pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan/atau neonatal Rp125.000,00 (seratus dua puluh lima ribu rupiah); dan
- h. pelayanan KB (Keluarga Berencana) :
 - 1) pemasangan dan/atau pencabutan IUD/implant, sebesar Rp100.000,00 (seratus ribu rupiah);
 - 2) pelayanan suntik KB, sebesar Rp15.000,00 (lima belas ribu rupiah) setiap kali suntik;
 - 3) penanganan komplikasi KB, sebesar Rp125.000,00 (seratus dua puluh lima ribu rupiah); dan
 - 4) pelayanan Keluarga Berencana Metode Operasi Pria (KBMOP)/vasektomi, sebesar Rp350.000,00 (tiga ratus lima puluh ribu rupiah).

BAB III

TARIF PADA FKRTL

Pasal 12

Tarif pelayanan kesehatan pada FKRTL meliputi:

- a. Tarif INA-CBG; dan
- b. Tarif Non INA-CBG.

Pasal 13

- (1) Tarif FKRTL sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 diberlakukan pada FKRTL yang melakukan pelayanan:
 - a. aministrasi pelayanan;
 - b. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis dasar di unit gawat darurat;
 - c. pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialis oleh dokter spesialis dan subspesialis;
 - d. tindakan medis spesialistik, baik bedah maupun non-bedah sesuai dengan indikasi medis;
 - e. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 - f. pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 - g. rehabilitasi medis termasuk rehabilitasi psiko-sosial;
 - h. pelayanan darah;
 - i. pelayanan kedokteran forensik klinik;
 - j. pelayanan jenazah (pemulasaran jenazah) pada pasien yang meninggal di fasilitas kesehatan (tidak termasuk peti jenazah);
 - k. pelayanan keluarga berencana termasuk tubektomi interval, sepanjang tidak termasuk dibiayai oleh pemerintah;
 - l. perawatan inap non-intensif; dan
 - m. perawatan inap di ruang intensif.
- (2) Tarif INA-CBG merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun nonmedis.
- (3) Tarif Non INA-CBG merupakan tarif untuk beberapa pelayanan tertentu yaitu alat bantu kesehatan, obat kemoterapi, obat penyakit kronis, CAPD dan PET scan. Tata cara pengajuan klaim Tarif Non INA-CBG dilakukan secara terpisah dari sistem INA-CBG.
- (4) Daftar Tarif INA-CBG tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Pasal 14

- (1) Tarif INA-CBG terdiri atas tarif rawat jalan dan tarif rawat inap, dengan 6 (enam) kelompok tarif yaitu :

- a. tarif Rumah Sakit Umum Pusat Nasional (RSUPN) Dr. Cipto Mangunkusumo;
- b. tarif Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, tarif Rumah Sakit Kanker Dharmais, tarif Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita;
- c. tarif rumah sakit pemerintah dan swasta kelas A;
- d. tarif rumah sakit pemerintah dan swasta kelas B;
- e. tarif rumah sakit pemerintah dan swasta kelas C; dan
- f. tarif rumah sakit pemerintah dan swasta kelas D.

(2) Tarif INA-CBG terdiri dari 5 regional yaitu :

- a. tarif regional 1 meliputi Provinsi Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Daerah Istimewa Yogyakarta, dan Jawa Timur;
- b. tarif regional 2 meliputi Provinsi Sumatra Barat, Riau, Sumatra Selatan, Lampung, Bali, dan Nusa Tenggara Barat;
- c. tarif regional 3 meliputi Provinsi Nangro Aceh Darussalam, Sumatra Utara, Jambi, Bengkulu, Bangka Belitung, Kepulauan Riau, Kalimantan Barat, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat, Sulawesi Selatan dan Gorontalo;
- d. tarif regional 4 meliputi Provinsi Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara dan Kalimantan Tengah; dan
- e. tarif regional 5 meliputi Provinsi Nusa Tenggara Timur, Maluku, Maluku Utara, Papua dan Papua Barat.

(3) Pada tarif INA-CBG terdapat pembayaran tambahan (top up payment) untuk beberapa pelayanan tertentu yang disebut Special Casemix Main Groups (CMG), terdiri dari :

- a. special drugs;
- b. special procedure;
- c. special prosthese;
- d. special investigation;
- e. sub acute cases; dan
- f. chronic cases.

(4) Pada tarif rawat inap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari tarif rawat inap kelas 1, tarif rawat inap kelas 2, dan tarif rawat inap kelas 3.

Pasal 15

- (1) Tarif rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan diberlakukan tarif INA-CBG sesuai dengan kelompok tarif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 ayat (1) huruf a diberlakukan kepada RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo.
- (2) Tarif rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan diberlakukan tarif INA-CBG sesuai dengan kelompok tarif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 ayat (1) huruf b diberlakukan kepada Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, Rumah Sakit Kanker Dharmais, dan Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita.
- (3) Tarif rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan diberlakukan tarif INA-CBG sesuai dengan kelompok tarif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf e, dan huruf f diberlakukan kepada rumah sakit kelas A, B, C, dan D sesuai peraturan yang berlaku.
- (4) Dalam hal rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) belum memiliki penetapan kelas rumah sakit yang sesuai dengan kelompok tarif INA-CBG, maka tarif rawat jalan dan rawat inap disetarakan dengan kelompok tarif INA-CBG rumah sakit kelas D.

Pasal 16

- (1) Pada rumah sakit khusus, selain yang disebutkan dalam Pasal 14 ayat (1) huruf b, terhadap pelayanan yang sesuai kekhususannya berlaku kelompok tarif berdasarkan kelas rumah sakit yang ditetapkan.
- (2) Dalam hal pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit khusus di luar kekhususannya, berlaku kelompok tarif INA-CBG satu tingkat lebih rendah dari kelas rumah sakit yang ditetapkan.
- (3) Untuk pelayanan di luar kekhususan yang diberikan oleh Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, Rumah Sakit Kanker Dharmais, berlaku kelompok tarif INA-CBG Rumah Sakit Pemerintah kelas A.
- (4) Daftar pelayanan yang sesuai kekhususan pada beberapa rumah sakit khusus diatur tersendiri melalui Peraturan Menteri.

Pasal 17

- (1) Tarif rawat jalan pada FKRTL berupa klinik utama atau yang setara, berlaku kelompok tarif rumah sakit kelas D.
- (2) Tarif rawat inap di FKRTL berupa klinik utama atau yang setara, diberlakukan tarif sebesar 70% (tujuh puluh persen) sampai dengan 100% (seratus persen) dari standar tarif INA-CBG untuk kelompok rumah sakit kelas D, yang besarnya sesuai kesepakatan antara BPJS Kesehatan bersama dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut terkait.

Pasal 18

- (1) BPJS Kesehatan dapat memberikan pembayaran kepada FKRTL yang tidak bekerjasama yang melakukan pelayanan gawat darurat kepada peserta Jaminan Kesehatan Nasional.
- (2) Klaim pelayanan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditagihkan kepada BPJS Kesehatan sesuai tarif INA-CBG berdasarkan kelompok tarif INA-CBG sesuai kelas rumah sakit yang ditetapkan.

Pasal 19

- (1) Standar Tarif untuk pemasangan pertama Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) sesuai dengan tarif INA-CBG.
- (2) Penggunaan consumables dan jasa pada pelayanan CAPD dibayarkan sebesar Rp 7.500.000,00 (tujuh juta lima ratus ribu rupiah) per bulan sebagai tarif Non INA-CBG.
- (3) Penggunaan transfer set pada pelayanan CAPD dibayarkan sebesar Rp 250.000,00 (dua ratus lima puluh ribu rupiah) per set sebagai tarif Non INA-CBG.

Pasal 20

- (1) Obat penyakit kronis di FKRTL diberikan maksimum untuk 30 (tiga puluh) hari sesuai indikasi medis.
- (2) Obat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan untuk:
 - a. penyakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) yang belum dirujuk balik ke FKTP; dan
 - b. penyakit kronis lain yang menjadi kewenangan FKRTL.
- (3) Obat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan dengan cara :
 - a. sebagai bagian dari paket INA-CBG, diberikan

- b. minimal 7 (tujuh) hari; dan
- b. bila diperlukan tambahan hari pengobatan, obat diberikan terpisah di luar paket INA-CBG, serta diklaimkan sebagai tarif Non INA-CBG, dan harus tercantum pada Formularium Nasional.

- (4) Obat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b, diberikan melalui instalasi farmasi di FKRTL atau apotek yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- (5) Harga obat yang ditagihkan oleh instalasi farmasi di FKRTL atau apotek sebagaimana dimaksud pada ayat (4) mengacu pada harga dasar obat sesuai e-Catalogue ditambah biaya pelayanan kefarmasian.
- (6) Besarnya biaya pelayanan kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (5) adalah faktor pelayanan kefarmasian dikali harga dasar obat sesuai e-Catalogue atau harga yang ditetapkan oleh Menteri.
- (7) Faktor pelayanan kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dengan ketentuan sebagai berikut:

Harga Dasar Satuan Obat	Faktor Pelayanan Kefarmasian
< Rp50.000,00	0,28
Rp50.000,00 sampai dengan Rp250.000,00	0,26
Rp250.000,00 sampai dengan Rp500.000,00	0,21
Rp500.000,00 sampai dengan Rp1.000.000,00	0,16
Rp1.000.000,00 sampai dengan Rp5.000.000,00	0,11
Rp5.000.000,00 sampai dengan Rp10.000.000,00	0,09
≥ Rp10.000.000,00	0,07

Pasal 21

- (1) Tarif rawat jalan yang mendapatkan pelayanan PET Scan ditetapkan sebesar Rp 8.000.000,00 (delapan juta rupiah) sebagai tarif Non INA-CBG.
- (2) Tarif rawat inap yang mendapatkan pelayanan PET Scan, ditetapkan sebesar Rp 8.000.000,00 (delapan juta rupiah) ditambah tarif paket INA-CBG.

Pasal 22

- (1) Pemberian obat untuk kemoterapi, thalassemia, dan hemofilia dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat III.
- (2) Fasilitas kesehatan tingkat II dapat memberikan obat kemoterapi, thalassemia, dan hemofilia dengan mempertimbangkan kemampuan fasilitas kesehatan dan kompetensi sumber daya manusia kesehatan.
- (3) Tarif rawat jalan dan rawat inap yang mendapatkan pelayanan kemoterapi meliputi tarif INA-CBG dan tarif obat kemoterapi.
- (4) Obat kemoterapi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) jenisnya sesuai dengan Formularium Nasional dan besarnya sesuai dengan e-Catalogue.
- (5) Pengajuan klaim pada pelayanan thalassemia mayor baik rawat jalan atau rawat inap yang menerima terapi kelasi besi dilakukan 1 kali dalam 1 bulan.
- (6) Pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap hemofilia A dan hemofilia B yang menerima faktor pembekuan darah, terdapat tambahan pembayaran (top up) yang termasuk dalam Special CMG untuk Special Drugs seperti tersebut pada pasal 14 ayat (3).

Pasal 23

- (1) Tarif pelayanan rawat inap untuk pencangkokan ginjal dimaksudkan untuk resipien/penerima cangkok ginjal, tidak termasuk pendonor ginjal.
- (2) Besaran tarif INA-CBG untuk pelayanan pencangkokan ginjal meliputi komponen pelayanan medis, asuhan keperawatan, ruang perawatan, pemeriksaan penunjang yang dilakukan selama episode pencangkokan ginjal.
- (3) Pelayanan rawat inap yang diberikan terhadap pendonor ginjal untuk pencangkokan ginjal dijamin sesuai Tarif INA-CBG untuk tindakan Pengangkatan ginjal.
- (4) Pemeriksaan penapisan (screening) yang dilakukan terhadap donor dan resipien sebelum pen-

cangkok ginjal dijamin dan dibayar sebagai paket pelayanan yang terpisah dari paket pencangkokan ginjal.

Pasal 24

- (1) Alat bantu kesehatan dibayarkan di luar paket INA-CBG sebagai tarif Non INA-CBG.
- (2) Tarif Alat bantu kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan sebagai berikut:

	ALAT KESEHATAN	TARIF (Rp)	KETENTUAN
1	Kacamata	1. PBI/Hak rawat kelas 3: Rp150.000,00 2. Hak rawat kelas 2: Rp200.000,00 3. Hak rawat kelas 1: Rp300.000,00	1. Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali 2. Indikasi medis minimal: - Sferis 0,5D - Silindris 0,25D
2	Alat bantu dengar	Maksimal Rp1.000.000,00	Diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali atas indikasi medis
3	Protesa alat gerak	Maksimal Rp2.500.000,00	1. Protesa alat gerak adalah: a. kaki palsu b. tangan palsu 2. Diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali atas indikasi medis
4	Protesa gigi	Maksimal Rp1.000.000,00	1. Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis untuk gigi yang sama 2. Full protesa gigi maksimal Rp 1.000.000,00 3. Masing-masing rahang maksimal Rp 500.000,00

	ALAT KESEHATAN	TARIF (Rp)	KETENTUAN
5	Korset tulang Belakang	Maksimal Rp350.000,00	Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis
6	Collarneck	Maksimal Rp150.000,00	Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis
7	Kruk	Maksimal Rp350.000,00	Diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali atas indikasi medis

Paragraf 7

Pembayaran Selisih akibat peningkatan Kelas Perawatan

Pasal 25

- (1) Besaran tarif pelayanan rawat jalan eksekutif paling banyak sebesar Rp 250.000 dari tarif INA CBG untuk setiap episode rawat jalan.
- (2) Peserta yang menginginkan pelayanan rawat jalan eksekutif harus membayar selisih antara tarif INA CBG dengan besaran tarif pelayanan rawat jalan eksekutif sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) Peserta yang menginginkan kelas pelayanan rawat inap yang lebih tinggi dari haknya, harus membayar selisih antara tarif INA CBG dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan.
- (4) Pembayaran besaran selisih biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dapat dilakukan oleh:
 - a. peserta;
 - b. pemberi kerja; dan/atau
 - c. asuransi kesehatan tambahan.

BAB V

KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 26

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, dalam keadaan tertentu, klinik yang belum memenuhi persyaratan SDM sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan, dengan ketersediaan 1 (satu) dokter,

besaran kapitasinya ditetapkan sebesar Rp 8000,00 (delapan ribu rupiah).

BAB VI

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 27

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 435) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 28

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 18 Oktober 2016
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,
ttd.

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 26 Oktober 2016
DIREKTUR JENDERAL
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,
ttd.

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA
TAHUN 2016 NOMOR 1601

Catatan Redaksi :

- Karena alasan teknis, Lampiran tidak dimuat.

(BN)