

PERUBAHAN ATAS PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR 71 TAHUN 2013 TENTANG PELAYANAN KESEHATAN PADA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (Peraturan Menteri Kesehatan R.I Nomor 99 Tahun 2015, tanggal 31 Desember 2015)

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang :

- a. bahwa dalam rangka meningkatkan pelayanan publik dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, perlu mengatur akses informasi pelayanan dan penanganan pengaduan keluhan pelayanan bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional;
- b. bahwa beberapa ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional perlu disesuaikan dengan kebutuhan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 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 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 264, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5372);
7. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan :

PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PERUBAHAN ATAS PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR 71 TAHUN 2013 TENTANG PELAYANAN KESEHATAN PADA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL.

Pasal I

Beberapa ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400), diubah sebagai berikut:

1. Ketentuan Pasal 3 diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

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 penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama 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 untuk pemenuhan kebutuhan pemeriksaan penunjang diagnosis laboratorium tingkat pratama Fasilitas Kesehatan tidak dapat memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), BPJS Kesehatan dapat bekerjasama dengan laboratorium tingkat pratama.
- (5) Dalam hal diperlukan pelayanan penunjang selain pelayanan penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat diperoleh melalui rujukan ke fasilitas penunjang lain.

2. Ketentuan Pasal 4 diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

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, atau pejabat yang berwenang mewakili, dengan BPJS Kesehatan.

- (4) Dalam hal perjanjian kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan yang membentuk jejaring harus ditandatangani oleh unsur Fasilitas Kesehatan dan semua jejaringnya.

- (5) Perjanjian kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) berlaku sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang kembali atas kesepakatan bersama.

3. Di antara Pasal 4 dan Pasal 5 disisipkan 1 (satu) pasal, yakni Pasal 4A, yang berbunyi sebagai berikut:

Pasal 4A

BPJS Kesehatan wajib melaporkan secara berkala kepada Pemerintah dan Pemerintah daerah mengenai seluruh Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

4. Ketentuan Pasal 5 ayat (2) diubah sehingga Pasal 5 berbunyi sebagai berikut:

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 aksesibilitas, kecukupan antara jumlah Fasilitas Kesehatan dengan jumlah Peserta yang harus dilayani, kapasitas Fasilitas Kesehatan, serta jumlah penduduk di wilayah tersebut.

5. Ketentuan Pasal 8 diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

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) Persyaratan bagi praktik bidan dan/atau praktik perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. Surat Ijin Praktik (SIP);
 - b. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP); dan
 - c. surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional;
 - (3) Selain memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus mendapatkan rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan organisasi profesi.
6. Diantara ayat (2) dan ayat (3) Pasal 9 disisipkan 2 (dua) ayat, yakni ayat (2a) dan ayat (2b), sehingga Pasal 9 berbunyi sebagai berikut:

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.
- (2a) Seleksi dan kredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Asosiasi Fasilitas Kesehatan.

(2b) Dalam hal Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Asosiasi Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2a) tidak terlibat dalam seleksi dan kredensialing, BPJS Kesehatan dalam melakukan penetapan hasil harus secara bersama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Asosiasi Fasilitas Kesehatan.

- (3) BPJS Kesehatan dalam menetapkan kriteria teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berpedoman pada Peraturan Menteri.

7. Ketentuan Pasal 10 ayat (2) diubah sehingga Pasal 10 berbunyi sebagai berikut:

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, serta ketentuan melibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Asosiasi Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (2a) dan ayat (2b).
 - (3) Rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan paling lambat (tiga) bulan sebelum masa perjanjian kerja sama berakhir.
8. Ketentuan Pasal 11 diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 11

- (1) Fasilitas Kesehatan dapat mengajukan keberatan terhadap hasil kredensialing dan rekredensialing sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 dan Pasal 10 kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi.
- (2) Dalam menindaklanjuti keberatan yang diajukan oleh Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dapat membentuk tim penyelesaian keberatan.
- (3) Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ter-

diri dari unsur dinas kesehatan dan asosiasi Fasilitas Kesehatan.

9. Di antara Pasal 15 dan Pasal 16 disisipkan 1 (satu) pasal, yakni Pasal 15A, yang berbunyi sebagai berikut:

Pasal 15A

Seluruh Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan wajib memberikan informasi mengenai hak dan kewajiban pasien termasuk mengenai pelayanan JKN.

10. Ketentuan Pasal 16 diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

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. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama; dan
- g. Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis.

11. Ketentuan Pasal 18 diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 18

Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 huruf g 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 PONEB; dan
- d. pertolongan neonatal dengan komplikasi.

12. Di antara Pasal 22 dan Pasal 23 disisipkan 1 (satu) pasal, yakni Pasal 22A, yang berbunyi sebagai berikut:

Pasal 22A

- (1) Rumah sakit wajib menginformasikan ketersediaan ruang rawat inap untuk pelayanan JKN.
- (2) Informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan secara langsung dan/atau tidak langsung
- (3) Pemberian informasi secara langsung dilakukan dengan menyediakan fasilitas pelayanan informasi atau dilakukan oleh petugas Rumah Sakit.
- (4) Pemberian informasi secara tidak langsung dilakukan melalui papan pengumuman dan/atau website.

13. Ketentuan Pasal 25 diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 25

- (1) Untuk menjamin pemenuhan obat program rujuk balik BPJS Kesehatan harus melakukan kerjasama dengan apotek, ruang farmasi atau instalasi farmasi di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang mudah diakses oleh peserta JKN.
- (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.

14. Di antara Pasal 32 dan Pasal 33 disisipkan 1 (satu) pasal, yakni Pasal 32A yang berbunyi sebagai berikut:

Pasal 32A

Terhadap pelayanan nonkapitasi yang diberikan oleh jejaring Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan membayarkan langsung klaim pembiayaan pelayanan tersebut kepada jejaring Fasilitas Kesehatan.

15. Ketentuan Pasal 39 ayat (3) diubah sehingga Pasal 39 berbunyi sebagai berikut:

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 wajib melaporkan hasil Utilization Review secara berkala 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.

16. Di antara Bab VII dan Bab VIII disisipkan Bab VIIA yang berbunyi sebagai berikut:

BAB VIIA

PENANGANAN PENGADUAN

17. Di antara Pasal 39 dan Pasal 40 disisipkan 2 (dua) pasal, yakni Pasal 39A dan Pasal 39B, yang berbunyi sebagai berikut:

Pasal 39A

- (1) Setiap Peserta atau masyarakat dapat menyampaikan pengaduan terhadap pelayanan Jaminan Kesehatan.
- (2) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan.
- (3) Fasilitas Kesehatan atau BPJS Kesehatan wajib menyediakan sarana pengaduan yang dikelola secara bersama-sama atau secara sendiri-sendiri oleh Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan.
- (4) Dinas Kesehatan melakukan pengawasan terhadap pengelolaan pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (3).
- (5) Dalam hal Peserta atau masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak puas dengan penyelesaian pengaduan oleh Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan, pengaduan dapat disampaikan secara berjenjang kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Di-

nas Kesehatan Provinsi, dan Menteri.

Pasal 39B

- (1) Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan wajib menyusun mekanisme pengelolaan pengaduan dari Peserta atau masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 39A ayat (1) dengan mengedepankan asas penyelesaian yang cepat dan tuntas.
- (2) Dalam hal Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama, penyusunan mekanisme pengelolaan pengaduan dapat dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

18. Ketentuan Pasal 41 diubah sehingga berbunyi:

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 7 (tujuh) 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 5 (lima) tahun sejak Peraturan Menteri ini mulai berlaku.

19. Ketentuan Lampiran huruf E angka 1 Pelayanan Obat diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

1. Pelayanan Obat

- a. Prosedur pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

- 1) Peserta mendapatkan pelayanan medis dan/atau tindakan medis di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama
 - 2) Dokter menuliskan resep obat sesuai dengan indikasi medis.
 - 3) Peserta membawa resep ke Ruang Farmasi/Instalasi Farmasi di puskesmas, klinik dan apotek jejaring.
 - 4) Apoteker di puskesmas melakukan pelayanan kefarmasian sesuai standar.
- b. Prosedur Pelayanan Obat paket INA-CBG's di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
- 1) Prosedur pelayanan obat rawat jalan
 - a) Peserta mendapatkan pelayanan medis dan/atau tindakan medis di Fasilitas Kesehatan.
 - b) Dokter menuliskan resep obat sesuai dengan indikasi medis.
 - c) Peserta mengambil obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit atau apotek jejaring rumah sakit dengan membawa identitas dan bukti pelayanan yang diperlukan.
 - d) Apoteker melakukan pelayanan kefarmasian sesuai standar.
 - 2) Prosedur Pelayanan Obat rawat inap:
 - a) Peserta mendapatkan pelayanan medis dan/atau tindakan medis di Fasilitas Kesehatan.
 - b) Dokter menuliskan resep obat sesuai dengan indikasi medis.
 - c) Peserta mengambil obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit atau apotek jejaring rumah sakit dengan membawa identitas dan bukti pelayanan yang diperlukan.
 - d) Apoteker melakukan pelayanan kefarmasian sesuai standar.
 - 3) Prosedur pelayanan obat program rujuk balik
 - a) Peserta mendapatkan pelayanan medis dan/atau tindakan medis di Fasilitas Kesehatan.
 - b) Dokter meresepkan obat program ru-

juk balik sesuai dengan indikasi medis.

c) Peserta mengambil obat di Apotek dan/atau Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

d) Apoteker melakukan pelayanan kefarmasian sesuai standar.

Pasal II

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 31 Desember 2015

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 8 Januari 2016

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

ttd.

WIDODO EKA TJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA
TAHUN 2016 NOMOR 15

(BN)