



SALINAN
PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
KETENAGAKERJAAN
NOMOR 1 TAHUN 2024
TENTANG
TATA CARA KERJA SAMA DAN PENGAJUAN PEMBAYARAN DARI
FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
KETENAGAKERJAAN,

- Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 46 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 44 tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kecelakaan Kerja dan Jaminan Kematian dan ketentuan Pasal 6 ayat (3) Peraturan Menteri Ketenagakerjaan Nomor 11 Tahun 2016 tentang Pelayanan Kesehatan dan Besaran Tarif dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kecelakaan Kerja, perlu menetapkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan tentang Tata Cara Kerja Sama dan Pengajuan Pembayaran dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
- Mengingat : 1. 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) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Pemerintah Penganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 238, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);
2. Peraturan Pemerintah Nomor 44 Tahun 2015 tentang Program Jaminan Kecelakaan Kerja dan Jaminan Kematian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 154, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5714) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2023 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Pemerintah Nomor 44 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kecelakaan Kerja dan Jaminan Kematian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 128,

Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6893);

3. Peraturan Menteri Ketenagakerjaan Nomor 11 Tahun 2016 tentang Pelayanan Kesehatan dan Besaran Tarif dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kecelakaan Kerja (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 338);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KETENAGAKERJAAN TENTANG TATA CARA KERJA SAMA DAN PENGAJUAN PEMBAYARAN DARI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN.

**BAB I
KETENTUAN UMUM**

Pasal 1

Dalam Peraturan Badan ini, yang dimaksud dengan:

1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan yang selanjutnya disebut BPJS Ketenagakerjaan adalah badan hukum publik yang dibentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
2. Kecelakaan Kerja adalah kecelakaan yang terjadi dalam hubungan kerja, termasuk kecelakaan yang terjadi dalam perjalanan dari rumah menuju tempat kerja atau sebaliknya, dan penyakit yang disebabkan oleh lingkungan kerja.
3. Penyakit Akibat Kerja yang selanjutnya disingkat PAK adalah penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan dan/atau lingkungan kerja.
4. Kasus adalah kejadian Kecelakaan Kerja atau Penyakit Akibat Kerja.
5. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah sarana yang digunakan untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan rehabilitasi yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau swasta.
6. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
7. Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan adalah kartu tanda kepesertaan BPJS Ketenagakerjaan yang memiliki nomor identitas tunggal yang berlaku untuk program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian, sesuai dengan penahapan kepesertaan.
8. Kredensialing adalah penilaian penyelenggaraan pelayanan program jaminan kecelakaan kerja oleh BPJS Ketenagakerjaan untuk mengetahui standar layanan yang tersedia, kapasitas, dan kualitas calon mitra yang akan bekerja sama dan mitra yang telah bekerja sama.

BAB II TATA CARA KERJA SAMA

Bagian Kesatu Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Pasal 2

- (1) BPJS Ketenagakerjaan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi Peserta yang mengalami Kecelakaan Kerja, PAK, dugaan Kecelakaan Kerja dan/atau PAK bekerja sama dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- (2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. praktik mandiri tenaga medis atau tenaga kesehatan;
 - b. pusat kesehatan masyarakat;
 - c. klinik;
 - d. rumah sakit; dan
 - e. Fasilitas Pelayanan Kesehatan penunjang.
- (3) Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara komprehensif sesuai kebutuhan medis berdasarkan cakupan layanan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tersebut.
- (4) Pelayanan kesehatan secara komprehensif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan pelayanan kesehatan berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua Persyaratan Kerja Sama

Pasal 3

- (1) Kerja sama dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) dilakukan melalui perjanjian kerja sama.
- (2) Perjanjian kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan pedoman bagi BPJS Ketenagakerjaan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam menyediakan pelayanan kesehatan bagi Peserta BPJS Ketenagakerjaan yang mengalami Kecelakaan Kerja, PAK, atau dugaan Kecelakaan Kerja/PAK.
- (3) Sebelum melakukan kerja sama dengan BPJS Ketenagakerjaan, Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. persyaratan untuk praktik mandiri tenaga medis atau tenaga kesehatan meliputi:
 1. telah memiliki surat izin praktik;
 2. telah teregistrasi di kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

3. telah memiliki nomor pokok wajib pajak;
 4. telah terdaftar dalam program jaminan sosial ketenagakerjaan dan patuh membayar iuran sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 5. pekerja praktik mandiri tenaga medis atau tenaga kesehatan telah terdaftar sebagai Peserta program jaminan sosial ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan,
- b. persyaratan untuk pusat kesehatan masyarakat meliputi:
1. telah memiliki surat izin operasional;
 2. telah memiliki sertifikat akreditasi;
 3. telah teregistrasi di kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
 4. telah memiliki surat izin praktik bagi tenaga medis yang menangani Kecelakaan Kerja dan/atau PAK;
 5. telah terdaftar dalam program jaminan sosial ketenagakerjaan dan patuh membayar iuran sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 6. pekerja pusat kesehatan masyarakat telah terdaftar sebagai Peserta program jaminan sosial ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan,
- c. persyaratan untuk klinik meliputi:
1. telah memiliki surat izin operasional;
 2. telah teregistrasi di kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 3. telah telah memiliki surat izin praktik bagi tenaga medis yang menangani Kecelakaan Kerja dan/atau PAK;
 4. telah memiliki nomor pokok wajib pajak;
 5. telah terdaftar dalam program jaminan sosial ketenagakerjaan dan patuh membayar iuran sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 6. pekerja klinik telah terdaftar sebagai Peserta program jaminan sosial ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan,
- d. persyaratan untuk rumah sakit meliputi:
1. telah memiliki surat izin operasional;
 2. telah memiliki sertifikat akreditasi;
 3. telah teregistrasi di kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

4. telah memiliki surat izin praktik bagi tenaga medis yang menangani Kecelakaan Kerja dan/atau PAK;
 5. telah memiliki nomor pokok wajib pajak;
 6. telah terdaftar dalam program jaminan sosial ketenagakerjaan dan patuh membayar iuran;
 7. pekerja rumah sakit telah terdaftar sebagai Peserta program jaminan sosial ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 8. mampu memberikan layanan rehabilitasi medik berupa layanan fisioterapi dan/atau layanan okupasi terapi,
- e. persyaratan untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan penunjang meliputi:
1. telah memiliki surat izin operasional;
 2. telah teregistrasi di kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 3. telah memiliki surat izin praktik bagi tenaga medis yang menangani Kecelakaan Kerja dan/atau PAK;
 4. telah memiliki nomor pokok wajib pajak;
 5. telah terdaftar dalam program jaminan sosial ketenagakerjaan dan patuh membayar iuran sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 6. pekerja fasilitas pelayanan kesehatan penunjang telah terdaftar sebagai Peserta program jaminan sosial ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga Pelaksanaan Kerja Sama

Pasal 4

- (1) BPJS ketenagakerjaan sebelum melaksanakan perjanjian kerja sama dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan melakukan kajian pembentukan kerja sama.
- (2) Kajian pembentukan kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit memuat:
 - a. latar belakang;
 - b. analisis pembentukan kerja sama dengan mempertimbangkan faktor yang terdiri dari:
 1. kebutuhan Peserta yang akan dilayani; dan
 2. kebutuhan Fasilitas Pelayanan Kesehatan,
 - c. hasil Kredensialing; dan
 - d. kesimpulan.
- (3) Dalam hal pelaksanaan kerja sama dilakukan atas penawaran dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan menyampaikan surat jawaban berdasarkan kajian pembentukan kerja sama kepada

Fasilitas Pelayanan Kesehatan paling lama 30 (tiga puluh) hari kerja sejak penawaran diterima.

Pasal 5

- (1) Kredensialing sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf c meliputi aspek sebagai berikut:
 - a. legalitas;
 - b. sumber daya manusia;
 - c. sarana dan prasarana; dan
 - d. aspek lainnya sesuai dengan kebutuhan BPJS Ketenagakerjaan.
- (2) Kredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direksi BPJS Ketenagakerjaan.
- (3) BPJS Ketenagakerjaan dapat menggunakan hasil Kredensialing milik BPJS Kesehatan yang masih berlaku sebagai pertimbangan dalam bekerja sama dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Pasal 6

- (1) Selama dalam jangka waktu kerja sama dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan dapat melakukan Kredensialing ulang untuk memastikan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tetap memenuhi standar pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan perjanjian kerja sama antara BPJS Ketenagakerjaan dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- (2) Kredensialing ulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan menggunakan kriteria sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1).
- (3) Kredensialing ulang Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilakukan paling sedikit 1 (satu) tahun sekali.

Pasal 7

Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam bekerja sama dengan BPJS Ketenagakerjaan dapat memberikan informasi yang dibutuhkan oleh BPJS Ketenagakerjaan sehubungan dengan kerja sama pelayanan Kesehatan, termasuk data tenaga pendukung atau penunjang Kesehatan pada institusi lain yang ditempatkan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Bagian Keempat Pemutusan Kerja Sama

Pasal 8

- (1) Dalam hal Fasilitas Pelayanan Kesehatan tidak melaksanakan kesepakatan yang tercantum pada perjanjian kerja sama antara BPJS Ketenagakerjaan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan maka BPJS Ketenagakerjaan menyampaikan teguran tertulis kepada Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- (2) Apabila Fasilitas Pelayanan Kesehatan setelah diberikan teguran tertulis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), namun tetap tidak melaksanakan kesepakatan yang

tercantum pada perjanjian kerja sama maka BPJS Ketenagakerjaan menindaklanjuti dengan:

- a. melakukan pemutusan perjanjian kerja sama dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan secara sepihak oleh BPJS Ketenagakerjaan; dan/atau
- b. meminta penggantian terhadap kerugian yang ditimbulkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan apabila ada.

Pasal 9

- (1) Dalam hal terdapat dugaan perbuatan curang dalam penyelenggaraan kerja sama antara BPJS Ketenagakerjaan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan maka diselesaikan secara musyawarah mufakat.
- (2) Musyawarah mufakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melibatkan kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang ketenagakerjaan, kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional, organisasi profesi, ahli, dan/atau pihak terkait lainnya sesuai kebutuhan.
- (3) Dalam hal musyawarah mufakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak mencapai kesepakatan, penyelesaiannya dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB III

TATA CARA PENAGIHAN BIAYA PELAYANAN KESEHATAN

Bagian Kesatu

Pengajuan Tagihan Dari Fasilitas Kesehatan

Pasal 10

- (1) Fasilitas Pelayanan Kesehatan memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta BPJS Ketenagakerjaan yang mengalami Kecelakaan Kerja, PAK, dugaan Kecelakaan Kerja dan dugaan PAK berdasarkan surat kelayakan pelayanan dari BPJS Ketenagakerjaan.
- (2) Surat kelayakan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai tindak lanjut pelaporan tahap I dari pemberi kerja atau Peserta kepada BPJS Ketenagakerjaan menggunakan formulir Kecelakaan Kerja tahap I yang telah ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 11

- (1) Biaya yang timbul atas pelayanan kesehatan yang diberikan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (1) ditagihkan kepada BPJS Ketenagakerjaan.

- (2) Pengajuan tagihan dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan atas biaya pelayanan kesehatan kepada BPJS Ketenagakerjaan dilakukan 1 (satu) kali secara kolektif paling lambat tanggal 10 (sepuluh) pada bulan berikutnya.
- (3) Dalam hal tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur maka Pengajuan tagihan dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), batas waktu paling lambat pengajuan tagihan adalah pada hari kerja pertama berikutnya.
- (4) Biaya yang ditagihkan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan biaya pelayanan pengobatan dan perawatan pada Kasus yang masih berlangsung atau telah dinyatakan sembuh/cacat/meninggal dunia oleh dokter yang merawat pada bulan berjalan.
- (5) Pengajuan tagihan dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dilakukan secara daring dan/atau luring.

Bagian Kedua Dokumen Persyaratan

Pasal 12

- (1) Dokumen persyaratan untuk pengajuan tagihan dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan meliputi:
 - a. Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan;
 - b. kartu tanda penduduk atau paspor bagi warga negara asing;
 - c. surat pengajuan tagihan pembayaran;
 - d. surat kelayakan pelayanan BPJS Ketenagakerjaan;
 - e. kuitansi bermeterai cukup atau kuitansi digital/elektronik;
 - f. bukti pembayaran iuran terakhir bulan berjalan program jaminan sosial ketenagakerjaan; dan
 - g. dokumen pendukung lainnya yang diperlukan.
- (2) Selain dokumen sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Ketenagakerjaan dapat meminta dokumen:
 - a. hasil penunjang pemeriksaan medis;
 - b. laporan tindakan medis;
 - c. resume medis Peserta; dan/atau
 - d. surat rujukan antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang digunakan sebelumnya.
- (3) Dalam hal pengajuan tagihan dilakukan secara daring sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (5), dokumen persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e dan ayat (2) tetap disampaikan secara fisik kepada BPJS Ketenagakerjaan.
- (4) Dokumen persyaratan yang disampaikan secara fisik kepada BPJS Ketenagakerjaan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) paling lama 3 (tiga) hari setelah pengajuan tagihan secara daring dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- (5) Dalam hal Peserta telah dinyatakan sembuh, cacat atau meninggal dunia oleh dokter pemeriksa maka dokumen persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1)

ditambahkan dengan formulir surat keterangan dokter Kasus Kecelakaan Kerja atau surat keterangan dokter Kasus PAK sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (6) Dokumen persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan huruf b dapat berupa dokumen elektronik atau fotokopi.

Bagian Ketiga

Pemeriksaan Kelengkapan Dokumen dan Verifikasi

Pasal 13

- (1) BPJS Ketenagakerjaan melakukan pemeriksaan kelengkapan berkas dokumen pengajuan pembayaran dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan menyampaikan hasil pemeriksaan paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sejak pengajuan pembayaran diterima dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- (2) Dalam hal dokumen yang diajukan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak lengkap, BPJS Ketenagakerjaan mengembalikan berkas pengajuan pembayaran untuk dilengkapi dan diajukan kembali oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan bersamaan dengan pengajuan biaya pelayanan kesehatan bulan berikutnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (2).
- (3) Dalam hal dokumen yang diajukan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud ayat (1) lengkap, BPJS Ketenagakerjaan melakukan verifikasi dalam jangka waktu paling lambat 10 (sepuluh) hari kerja sesuai dengan ketentuan standar tarif dan pelayanan yang ditetapkan dalam perjanjian kerja sama antara BPJS Ketenagakerjaan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Pasal 14

- (1) Dalam hal hasil verifikasi tidak sesuai, BPJS Ketenagakerjaan menyampaikan kepada Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk melakukan penyesuaian berkas pengajuan tagihan.
- (2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan melakukan penyesuaian berkas pengajuan tagihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan menyampaikan kembali kepada BPJS Ketenagakerjaan paling lama 2 (dua) hari kerja.
- (3) Dalam hal Fasilitas Pelayanan Kesehatan tidak melakukan penyesuaian dan tidak menyampaikan kembali berkas pengajuan tagihan kepada BPJS Ketenagakerjaan sesuai jangka waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), BPJS Ketenagakerjaan mengembalikan berkas pengajuan tagihan yang tidak sesuai kepada Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- (4) Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat mengajukan kembali berkas pengajuan tagihan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) apabila telah disesuaikan bersamaan dengan pengajuan tagihan biaya pelayanan

kesehatan bulan berikutnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (2).

Bagian Keempat
Kadaluarsa Pengajuan Biaya Pelayanan Kesehatan

Pasal 15

- (1) Masa kadaluarsa pengajuan biaya pelayanan kesehatan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan kepada BPJS Ketenagakerjaan paling lambat 6 (enam) bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan.
- (2) Masa kadaluarsa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku bagi pengajuan tagihan sebagai berikut:
 - a. tagihan biaya pelayanan kesehatan yang belum ditagihkan kepada BPJS Ketenagakerjaan;
 - b. tagihan biaya pelayanan kesehatan yang telah ditagihkan kepada BPJS Ketenagakerjaan, namun dokumen belum lengkap dan tidak ditagihkan kembali kepada BPJS Ketenagakerjaan; dan
 - c. tagihan biaya pelayanan kesehatan yang perlu disesuaikan berdasarkan hasil verifikasi BPJS Ketenagakerjaan dan tidak ditagihkan kembali ke BPJS Ketenagakerjaan.
- (3) Dalam hal jangka waktu pengajuan biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terlampaui maka biaya pelayanan kesehatan tidak dapat diajukan kembali.

BAB IV

TATA CARA PEMBAYARAN DAN TARIF BIAYA PELAYANAN KESEHATAN

Bagian Kesatu

Pembayaran dan Tarif Biaya Pelayanan Kesehatan

Pasal 16

- (1) BPJS Ketenagakerjaan membayarkan tagihan Fasilitas Pelayanan Kesehatan berdasarkan hasil verifikasi sesuai dengan ketentuan standar tarif dan pelayanan yang ditetapkan dalam perjanjian kerja sama antara BPJS Ketenagakerjaan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- (2) Pembayaran klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sejak dokumen pengajuan pembayaran dinyatakan lengkap dan benar berdasarkan hasil verifikasi BPJS Ketenagakerjaan.

Pasal 17

- (1) Tarif yang digunakan sebagai penggantian biaya pelayanan kesehatan adalah tarif pelayanan kesehatan yang telah disepakati antara BPJS Ketenagakerjaan dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan dicantumkan dalam Perjanjian Kerja Sama.

- (2) Tarif biaya pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 18

- (1) Untuk kepentingan pembayaran biaya pelayanan kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan dapat meminta rekam medis Peserta berupa ringkasan rekam medis kepada Fasilitas Pelayanan Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam hal dibutuhkan untuk kepentingan audit administrasi klaim, BPJS Ketenagakerjaan dapat meminta bukti pelayanan lain yang dibutuhkan serta melihat, mencatat atau mendokumentasikan rekam medis Peserta dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan tetap menjaga kerahasiaan isi rekam medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dalam hal terdapat kekurangan pembayaran oleh BPJS Ketenagakerjaan kepada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang ditemukan pada proses audit administrasi klaim maupun verifikasi setelah klaim, BPJS Ketenagakerjaan membayarkan kekurangan pembayaran kepada Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- (4) Dalam hal terdapat kelebihan pembayaran oleh BPJS Ketenagakerjaan kepada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang ditemukan pada proses audit administrasi klaim maupun verifikasi setelah klaim, Fasilitas Pelayanan Kesehatan mengembalikan kelebihan pembayaran kepada BPJS Ketenagakerjaan.
- (5) Audit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sampai dengan ayat (4) dilakukan dalam rangka pengawasan secara internal dan eksternal sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua

Biaya Pelayanan Kesehatan Yang Tidak Ditanggung Oleh BPJS Ketenagakerjaan

Pasal 19

- (1) BPJS Ketenagakerjaan tidak menanggung biaya pelayanan kesehatan bagi Peserta selain yang telah ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) BPJS Ketenagakerjaan tidak menanggung biaya pelayanan kesehatan bagi Peserta apabila termasuk dalam kategori sebagai berikut:
 - a. penyakit akibat hubungan kerja yaitu penyakit yang dicetuskan atau diperberat oleh pekerjaan atau lingkungan kerja;
 - b. tindakan mencelakakan diri sendiri yang dilakukan secara sengaja;
 - c. Kecelakaan Kerja dan PAK yang diakibatkan dari tindakan yang melanggar hukum;

- d. obat yang mengandung ekstrak tumbuhan atau hewan, atau vitamin yang tidak sesuai dengan indikasi medis;
- e. tindakan operasi dan obat-obat kosmetik yang bertujuan untuk estetik;
- f. pengobatan komplementer, alternatif, dan tradisional yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan;
- g. pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan atau eksperimen;
- h. pelayanan kesehatan rujukan ke luar negeri; atau
- i. kategori lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga

Pengembangan Sistem Pengelolaan Pengajuan Pembayaran Secara Elektronik

Pasal 20

- (1) Dalam rangka meningkatkan pengelolaan administrasi pengajuan pembayaran dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan dapat mengembangkan sistem pengelolaan klaim secara elektronik atau mengintegrasikan dengan sistem yang ada di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- (2) Dalam rangka pengembangan sistem pengelolaan klaim secara elektronik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Ketenagakerjaan dapat meminta dokumen kelengkapan klaim dalam bentuk dokumen elektronik.

BAB V KEADAAN KAHAR

Pasal 21

- (1) Dalam hal terjadi keadaan kahar, Pengajuan tagihan dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (1) dan/atau pembayaran tagihan dari BPJS Ketenagakerjaan sebagaimana dimaksud dalam 16 ayat (2) ditentukan dalam perjanjian kerja sama antara BPJS Ketenagakerjaan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- (2) Keadaan kahar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VI MONITORING DAN EVALUASI

Pasal 22

- (1) Monitoring dan evaluasi pelaksanaan perjanjian kerja sama antara BPJS Ketenagakerjaan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilakukan paling lama setiap 6 (enam) bulan.
- (2) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:

- a. persyaratan administratif dan operasional sebagai Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
 - b. kepatuhan program jaminan sosial ketenagakerjaan;
 - c. sarana dan prasarana; dan
 - d. kualitas pelayanan.
- (3) BPJS Ketenagakerjaan dapat bekerja sama dengan pihak lain sesuai keahliannya untuk melakukan pemeriksaan atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan untuk memastikan tindakan medis yang dilakukan telah sesuai dengan panduan praktik klinis Peserta yang mengalami Kecelakaan Kerja dan/atau PAK.

BAB VII KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 23

- (1) Perjanjian kerja sama, nota kesepahaman dan/atau petunjuk teknis yang disepakati antara BPJS Ketenagakerjaan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebelum diundangkannya Peraturan Badan Ini tetap berlaku dan harus disesuaikan dengan Peraturan Badan ini paling lambat 6 (enam) bulan sejak Peraturan Badan ini diundangkan.
- (2) Biaya atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan kepada Peserta sebelum diundangkannya Peraturan Badan ini, harus ditagihkan kepada BPJS Ketenagakerjaan paling lambat 6 (enam) bulan sejak Peraturan Badan ini mulai diundangkan.
- (3) Dalam hal Fasilitas Pelayanan Kesehatan tidak melakukan penagihan sesuai jangka waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) maka biaya pelayanan kesehatan tidak dapat ditagihkan kepada BPJS Ketenagakerjaan.

BAB VIII KETENTUAN PENUTUP

Pasal 24

Peraturan Badan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 24 Oktober 2024

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA
JAMINAN SOSIAL
KETENAGAKERJAAN,

ttd.

ANGGORO EKO CAHYO

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 1 November 2024

PLT. DIREKTUR JENDRAL
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA

ttd.

ASEP N. MULYANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2024 NOMOR 800

Salinan sesuai dengan aslinya
Deputi Kepatuhan dan Hukum,

 **BPJS**
Ketenagakerjaan
KANTOR PUSAT
JAKARTA

SUIRWAN