



PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 3 TAHUN 2023
TENTANG
STANDAR TARIF PELAYANAN KESEHATAN DALAM
PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 69 ayat (1) dan Pasal 73 ayat (1) dan ayat (2) Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, standar tarif pelayanan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, dan ditinjau minimal setiap 2 (dua) tahun sekali dengan memperhitungkan kecukupan Iuran dan kesinambungan program yang dilakukan bersama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional, dan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan;
- b. bahwa terhadap standar tarif pelayanan kesehatan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, telah dilakukan peninjauan dengan memperhitungkan kecukupan Iuran dan kesinambungan program;
- 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. Pasal 17 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
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 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4916);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
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 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
8. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 130);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 232);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 38 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Transplantasi Organ (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1273);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1799);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1335);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 853);

14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);

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 per kapita perbulan yang dibayar di muka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan 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, meliputi seluruh sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun nonmedis.
4. Tarif Non INA-CBG merupakan tarif di luar tarif paket INA-CBG untuk beberapa jenis pelayanan tertentu 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 disebut BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
8. Menteri adalah Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 2

Standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan terdiri atas:

- a. Standar tarif pelayanan kesehatan di FKTP dengan cara bayar Kapitasi dan Non Kapitasi; dan
- b. Standar tarif pelayanan kesehatan di FKRTL dengan cara bayar INA-CBG dan Non INA-CBG.

BAB II

STANDAR TARIF PELAYANAN KESEHATAN DI FKTP

Bagian Kesatu

Standar Tarif Kapitasi

Pasal 3

- (1) Standar Tarif Kapitasi mencakup pelayanan:
 - a. administrasi pelayanan;
 - b. promotif dan preventif perorangan;
 - c. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 - d. tindakan medis non spesialisik;
 - e. kesehatan gigi non spesialisik;
 - f. obat dan bahan medis habis pakai;
 - g. pemeriksaan penunjang diagnostik tingkat pratama;
 - h. pelayanan kesehatan melalui pemanfaatan teknologi komunikasi dan informasi, meliputi telekonsultasi, promotif, dan preventif antara FKTP dan peserta terdaftar;
 - i. pelayanan Keluarga Berencana mencakup konseling, pemberian pil, dan kondom;
 - j. imunisasi rutin;
 - k. pemeriksaan fisik balita untuk stunting dan wasting; dan
 - l. skrining kesehatan.
- (2) Kesehatan gigi non spesialisik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, mencakup:
 - a. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 - b. premedikasi;
 - c. kegawatdaruratan oro-dental;
 - d. pencabutan gigi sulung melalui metode topical atau infiltrasi;
 - e. pencabutan gigi permanen tanpa penyulit;
 - f. obat paskaekstraksi;
 - g. tumpatan gigi; dan
 - h. *scaling* gigi pada gingivitis akut.
- (3) Skrining kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf l, mencakup:
 - a. pemeriksaan tekanan darah untuk penyakit stroke, *ischemic heart disease*, dan hipertensi;
 - b. pemeriksaan payudara klinis untuk penyakit kanker payudara;
 - c. pemeriksaan kadar haemoglobin (Hb) untuk penyakit anemia pada remaja putri;

- d. pemeriksaan fisik paru untuk penyakit tuberkulosis, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), dan kanker paru; dan
- e. pemeriksaan rapid antigen hepatitis B dan C untuk penyakit hepatitis.

Pasal 4

Standar Tarif Kapitasi ditetapkan sebagai berikut:

- a. Puskesmas sebesar Rp3.600,00 (tiga ribu enam ratus rupiah) sampai dengan Rp9.000,00 (sembilan ribu rupiah) per peserta per bulan;
- b. rumah sakit Kelas D Pratama, klinik pratama, atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp9.000,00 (sembilan ribu rupiah) sampai dengan Rp16.000,00 (enam belas ribu rupiah) per peserta per bulan;
- c. praktik mandiri dokter atau praktik dokter layanan primer sebesar Rp8.300,00 (delapan ribu tiga ratus rupiah) sampai dengan Rp15.000,00 (lima belas ribu rupiah) per peserta per bulan; dan
- d. praktik mandiri dokter gigi sebesar Rp3.000,00 (tiga ribu rupiah) sampai dengan Rp4.000,00 (empat ribu rupiah) per peserta per bulan.

Pasal 5

- (1) BPJS Kesehatan membayar besaran tarif pelayanan kesehatan dengan menggunakan standar tarif kapitasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4.
- (2) Besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan kesepakatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan.
- (3) Besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempertimbangkan kriteria teknis yang meliputi:
 - a. sumber daya manusia;
 - b. kelengkapan sarana dan prasarana;
 - c. lingkup pelayanan; dan
 - d. komitmen pelayanan.
- (4) Kriteria teknis sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a ditentukan berdasarkan:
 - a. ketersediaan dokter atau rasio dokter dengan jumlah peserta terdaftar; dan/atau
 - b. ketersediaan dokter gigi.
- (5) Kriteria teknis kelengkapan sarana prasarana sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b ditentukan berdasarkan ketersediaan sarana prasarana yang diperlukan dalam pemberian pelayanan oleh dokter dan dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (4).
- (6) Kriteria teknis lingkup pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c ditentukan berdasarkan risiko peserta terdaftar.
- (7) Kriteria teknis komitmen pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf d ditentukan berdasarkan kinerja FKTP.

Pasal 6

- (1) Ketentuan mengenai besaran tarif berdasarkan ketersediaan dokter atau rasio dokter dengan jumlah peserta terdaftar dan/atau ketersediaan dokter gigi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (4) ditetapkan sebagai berikut:

a. bagi puskesmas:

Ketersediaan dokter atau rasio dokter terhadap jumlah peserta	Ketersediaan dokter gigi	Besaran Tarif
Tersedia dokter dengan rasio 1:≤5000	Tersedia dokter gigi	Rp7.000,00 (tujuh ribu rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1:≤5000	Tidak tersedia dokter gigi	Rp6.300,00 (enam ribu tiga ratus rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1:>5000	Tersedia dokter gigi	Rp6.000,00 (enam ribu rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1:>5000	Tidak tersedia dokter gigi	Rp5.300,00 (lima ribu tiga ratus rupiah)
Tidak tersedia dokter	Tersedia dokter gigi	Rp4.300,00 (empat ribu tiga ratus rupiah)
Tidak tersedia dokter	Tidak tersedia dokter gigi	Rp3.600,00 (tiga ribu enam ratus rupiah)

b. bagi klinik pratama, rumah sakit kelas D pratama atau fasilitas kesehatan yang setara:

Rasio dokter terhadap jumlah peserta	Ketersediaan dokter gigi	Besaran Tarif
Tersedia dokter dengan rasio 1:≤5000	Tersedia dokter gigi	Rp12.000,00 (dua belas ribu rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1:≤5000	Tidak Tersedia dokter gigi	Rp10.000,00 (sepuluh ribu rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1:>5000	Tersedia dokter gigi	Rp11.000,00 (sebelas ribu rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1:>5000	Tidak Tersedia dokter gigi	Rp9.000,00 (sembilan ribu rupiah)

- c. bagi praktik mandiri dokter atau dokter layanan primer:

Rasio dokter terhadap jumlah peserta	Besaran Tarif
1:≤5000	Rp8.800,00 (delapan ribu delapan ratus rupiah)
1:>5000	Rp8.300,00 (delapan ribu tiga ratus rupiah)

- d. bagi praktik mandiri dokter gigi, tarif sebesar Rp3.500,00 (tiga ribu lima ratus rupiah) per peserta per bulan.

- (2) Ketersediaan dokter atau rasio dokter dengan jumlah peserta terdaftar dan/atau ketersediaan dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) termasuk ketersediaan sarana dan prasarana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (5).

Pasal 7

- (1) Ketentuan mengenai besaran tarif berdasarkan risiko peserta terdaftar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (6) ditetapkan berdasarkan koefisien yang mewakili risiko yang timbul karena jenis kelamin dan usia peserta terdaftar.
- (2) Penentuan risiko peserta terdaftar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya berlaku bagi puskesmas, rumah sakit kelas D pratama, klinik pratama, praktik mandiri dokter, atau praktik dokter layanan primer yang memiliki peserta lebih dari 100 (seratus) peserta.
- (3) Koefisien yang mewakili risiko yang timbul karena jenis kelamin dan usia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai berikut:

Kelompok Usia (Tahun)	Koefisien	
	Laki-Laki	Perempuan
0 – 5	1,16	1,12
6 – 20	0,78	0,83
21 – 60	0,84	1,18
60 +	1,46	1,57

- (4) Koefisien risiko peserta terdaftar sebagaimana dimaksud pada ayat (3) digunakan untuk mengalikan besaran tarif berdasarkan ketersediaan dokter atau rasio dokter dengan jumlah peserta terdaftar dan/atau ketersediaan dokter gigi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6.

Pasal 8

- (1) Ketentuan mengenai besaran tarif berdasarkan kinerja FKTP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (7) ditetapkan berdasarkan tingkat kunjungan peserta ke FKTP, optimalisasi peran pemberi pelayanan kesehatan dasar (*gatekeeper*), dan optimalisasi pelayanan promotif dan preventif.

- (2) Penentuan kinerja FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk mengalikan besaran tarif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (4).
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai penentuan kinerja FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan kementerian/lembaga terkait.

Pasal 9

- (1) Apabila berdasarkan perhitungan besaran tarif pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6, Pasal 7, dan Pasal 8 diperoleh besaran tarif kapitasi di bawah standar minimal tarif kapitasi maka yang dibayarkan tetap sesuai dengan standar minimal tarif kapitasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4.
- (2) Apabila berdasarkan perhitungan besaran tarif pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6, Pasal 7, dan Pasal 8 diperoleh besaran tarif di atas standar maksimal maka tetap dibayarkan sesuai dengan standar maksimal tarif kapitasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4.

Pasal 10

- (1) Besaran tarif pelayanan kesehatan bagi FKTP kawasan terpencil dan sangat terpencil ditetapkan berdasarkan standar tarif dengan kapitasi khusus tanpa mempertimbangkan risiko peserta terdaftar dan kinerja FKTP.
- (2) Besaran tarif kapitasi khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bagi FKTP yang memiliki dokter ditetapkan sebesar Rp10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) per peserta per bulan.
- (3) Besaran tarif kapitasi khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bagi FKTP yang hanya memiliki bidan/perawat ditetapkan sebesar Rp8.000,00 (delapan ribu rupiah) per peserta per bulan.
- (4) Dalam hal pada FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) jumlah peserta yang terdaftar kurang dari 1000 (seribu) peserta, maka besaran tarif kapitasi khusus dibayarkan untuk 1000 (seribu) peserta.
- (5) Penentuan FKTP kawasan terpencil dan sangat terpencil yang mendapatkan pembayaran tarif kapitasi khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (4) mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai penetapan FKTP kawasan terpencil dan sangat terpencil.

Bagian Kedua Standar Tarif Non Kapitasi

Pasal 11

Tarif Non Kapitasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a diberlakukan untuk pelayanan yang mencakup:

- a. pelayanan ambulans;
- b. pelayanan obat program rujuk balik;

- c. pelayanan pemeriksaan penunjang pada program pengelolaan penyakit kronis;
- d. skrining kesehatan tertentu termasuk:
 - 1) pemeriksaan inspeksi visual asam asetat (IVA-test) untuk penyakit kanker leher rahim;
 - 2) pemeriksaan *pap smear* untuk penyakit kanker leher rahim;
 - 3) pemeriksaan gula darah untuk penyakit diabetes mellitus;
 - 4) pemeriksaan darah lengkap dan apus darah tepi untuk penyakit thalassemia; dan
 - 5) pemeriksaan *rectal touche* dan darah samar feses untuk penyakit kanker usus.
- e. pelayanan terapi krio untuk kanker leher rahim;
- f. pelayanan rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi medis;
- g. pelayanan kebidanan dan neonatal, termasuk pengambilan sampel Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) yang dilakukan oleh bidan atau dokter, sesuai kompetensi dan kewenangannya;
- h. pelayanan kontrasepsi;
- i. pelayanan gawat darurat pada FKTP yang belum bekerja sama dengan BPJS Kesehatan; dan
- j. pelayanan protesa gigi.

Pasal 12

- (1) Tarif Non Kapitasi pelayanan ambulans sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 huruf a diberikan pada pelayanan ambulans darat atau air untuk pasien rujukan dengan kondisi tertentu dari FKTP ke FKTP lain atau ke FKRTL disertai dengan upaya menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.
- (2) Tarif pelayanan ambulans sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan standar tarif ambulans yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.
- (3) Dalam hal belum terdapat standar tarif ambulans yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah setempat, tarif ambulans dibayarkan mengacu pada standar tarif yang berlaku pada Pemerintah Daerah terdekat dengan karakteristik geografis yang setara.
- (4) Tarif pelayanan ambulans sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP yang merujuk.
- (5) Dalam kondisi gawat darurat dengan tujuan keselamatan pasien, BPJS Kesehatan membayarkan tarif pelayanan ambulans untuk rujukan dari FKTP yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- (6) Ketentuan mengenai prosedur penggantian biaya untuk pelayanan ambulans diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

Pasal 13

- (1) Tarif Non Kapitasi pelayanan obat program rujuk balik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 huruf b diberikan untuk pelayanan penyakit kronis meliputi diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung, asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK), epilepsi, gangguan kesehatan jiwa kronik, *stroke*, *Sindroma Lupus Eritematosus* (SLE), dan penyakit kronis lain yang ditetapkan oleh Menteri.
- (2) Pelayanan obat program rujuk balik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menggunakan obat program rujuk balik sebagaimana tercantum dalam formularium nasional.
- (3) Harga obat program rujuk balik yang ditagihkan kepada BPJS Kesehatan mengacu pada harga obat yang ditetapkan oleh Menteri ditambah biaya pelayanan kefarmasian.
- (4) Besarnya biaya pelayanan kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dihitung dari faktor pelayanan kefarmasian dikali harga obat yang ditetapkan oleh Menteri.
- (5) Faktor pelayanan kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (4) 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 14

- (1) Tarif Non Kapitasi pelayanan pemeriksaan penunjang pada program pengelolaan penyakit kronis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 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) *ureum*;
 - 2) *kreatinin*;
 - 3) kolesterol total;
 - 4) kolesterol LDL;

- 5) kolesterol HDL; dan
 - 6) *trigliserida*;
 - f. pemeriksaan urin analisis *microalbuminuria*.
- (2) Pemberian pelayanan pemeriksaan penunjang pada program pengelolaan penyakit kronis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:
- 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;
 - e. pemeriksaan kimia darah, 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun; dan
 - f. pemeriksaan urin analisis, 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Tarif pelayanan pemeriksaan penunjang pada program pengelolaan penyakit kronis untuk:
- a. pemeriksaan 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);
 - b. pemeriksaan 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);
 - c. pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e dan huruf f ditetapkan sebagai berikut:
 - 1) *ureum* sebesar Rp30.000,00 (tiga puluh ribu rupiah);
 - 2) *kreatinin* sebesar Rp30.000,00 (tiga puluh ribu rupiah);
 - 3) kolesterol total sebesar Rp45.000,00 (empat puluh lima ribu rupiah);
 - 4) kolesterol LDL sebesar Rp60.000,00 (enam puluh ribu rupiah);
 - 5) kolesterol HDL sebesar Rp45.000,00 (empat puluh lima ribu rupiah);
 - 6) *trigliserida* sebesar Rp50.000,00 (lima puluh ribu rupiah); dan
 - 7) *microalbuminuria* sebesar Rp120.000,00 (seratus dua puluh ribu rupiah).

Pasal 15

- (1) Tarif Non Kapitasi skrining kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 huruf d diberikan terhadap pelayanan skrining kesehatan tertentu yang dilaksanakan secara bertahap dimulai dengan penilaian mandiri (*self assessment*) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (2) Dalam hal FKTP tidak memiliki sarana penunjang untuk penyelenggaraan pelayanan skrining kesehatan tertentu, FKTP wajib membangun jejaring dengan fasilitas penunjang yang sesuai.
- (3) Dalam hal penyelenggaraan pelayanan skrining kesehatan tertentu, BPJS Kesehatan dapat bekerja sama dengan fasilitas penunjang yang sesuai.
- (4) Tarif pelayanan skrining kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai berikut:
 - a. pemeriksaan IVA paling tinggi sebesar Rp25.000,00 (dua puluh lima ribu rupiah);
 - b. pemeriksaan *Pap Smear* paling tinggi sebesar Rp125.000,00 (seratus dua puluh lima ribu rupiah);
 - c. pemeriksaan gula darah sewaktu, pemeriksaan gula darah puasa (GDP), dan pemeriksaan gula darah *Post Prandial* (GDPP), masing-masing sebesar Rp10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) sampai dengan Rp20.000,00 (dua puluh ribu rupiah);
 - d. pengambilan sampel untuk Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) tarifnya termasuk dalam paket tarif persalinan;
 - e. pemeriksaan darah lengkap dan apus darah tepi untuk skrining *thallasemia* sebesar Rp55.000,00 (lima puluh lima ribu rupiah); dan
 - f. pemeriksaan *rectal touche* dan darah samar feses untuk skrining kanker usus sebesar Rp45.000,00 (empat puluh lima ribu rupiah).

Pasal 16

Tarif Non Kapitasi pelayanan terapi krio sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 huruf e diberikan untuk pemeriksaan IVA positif sebesar Rp150.000,00 (seratus lima puluh ribu rupiah).

Pasal 17

- (1) Tarif Non Kapitasi pelayanan rawat inap sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 huruf f sebesar Rp200.000,00 (dua ratus ribu rupiah) sampai dengan Rp300.000,00 (tiga ratus ribu rupiah) per hari.
- (2) Tarif rawat inap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan kesepakatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan mempertimbangkan ketersediaan tenaga kesehatan, ketersediaan sarana dan prasarana, dan/atau indeks kemahalan pada masing-masing wilayah.

Pasal 18

Tarif Non Kapitasi pelayanan kebidanan dan neonatal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 huruf g diberlakukan untuk pelayanan:

- a. masa hamil (*ante natal care*);
- b. persalinan;

- c. masa sesudah melahirkan (*post natal care*); dan
- d. pra rujukan akibat komplikasi.

Pasal 19

- (1) Pelayanan Kesehatan masa hamil (*ante natal care*) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a, meliputi:
 - a. 1 (satu) kali pada trimester pertama yang dilakukan oleh dokter beserta pemeriksaan ultrasonografi (USG);
 - b. 2 (dua) kali pada trimester kedua yang dapat dilakukan oleh dokter atau bidan; dan
 - c. 3 (tiga) kali pada trimester ketiga yang dilakukan oleh dokter atau bidan, dengan kunjungan kelima dilakukan oleh dokter beserta pemeriksaan USG.
- (2) Tarif Non Kapitasi pelayanan kesehatan masa hamil (*ante natal care*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan sebagai berikut:
 - a. bagi puskesmas:
 - 1) pemeriksaan masa hamil (*ante natal care*) dibayarkan per kunjungan sesuai dengan standar pelayanan masa hamil (*ante natal care*) sebesar:
 - a) Rp140.000,00 (seratus empat puluh ribu rupiah) untuk pelayanan masa hamil (*ante natal care*) yang dilakukan oleh dokter disertai pelayanan USG;
 - b) Rp80.000,00 (delapan puluh ribu rupiah) untuk pelayanan masa hamil (*ante natal care*) yang dilakukan oleh dokter; atau
 - c) Rp60.000,00 (enam puluh ribu rupiah) untuk pelayanan masa hamil (*ante natal care*) yang dilakukan oleh bidan Puskesmas.
 - b. bagi FKTP selain Puskesmas
 - 1) pemeriksaan masa hamil (*ante natal care*) dibayarkan per kunjungan sesuai dengan standar pelayanan masa hamil (*ante natal care*) sebesar:
 - a) Rp160.000,00 (seratus enam puluh ribu rupiah) untuk pelayanan masa hamil (*ante natal care*) yang dilakukan oleh dokter disertai pelayanan USG;
 - b) Rp90.000,00 (sembilan puluh ribu rupiah) untuk pelayanan masa hamil (*ante natal care*) yang dilakukan oleh dokter;
 - c) Rp70.000,00 (tujuh puluh ribu rupiah) untuk pelayanan masa hamil (*ante natal care*) yang dilakukan oleh bidan di FKTP Non Puskesmas.
 - c. pada bidan jejaring sebesar Rp70.000,00 (tujuh puluh ribu rupiah) untuk pelayanan masa hamil (*ante natal care*).

- (3) Dalam kondisi tertentu karena tidak ada dokter atau sarana pemeriksaan ultrasonografi (USG) dalam fasilitas kesehatan, pelayanan masa hamil (*ante natal care*) pada kunjungan trimester pertama dan kunjungan kelima di trimester ketiga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat :
 - a. dilakukan oleh dokter tanpa pemeriksaan USG: atau
 - b. dilakukan oleh bidan.
- (4) Pembayaran untuk pelayanan masa hamil (*ante natal care*) dalam kondisi tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tetap mengacu pada ketentuan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2).
- (5) Jasa pelayanan pra rujukan pada komplikasi kehamilan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf d di puskesmas paling banyak sebesar Rp180.000,00 (seratus delapan puluh ribu rupiah).
- (6) Jasa pelayanan pra rujukan pada komplikasi kehamilan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf d di FKTP selain puskesmas termasuk bidan jejaring paling banyak sebesar Rp200.000,00 (dua ratus ribu rupiah).

Pasal 20

- (1) Pelayanan persalinan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b dilakukan oleh:
 - a. tim paling sedikit 1 (satu) orang dokter dan 2 (dua) orang tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan; atau
 - b. tim paling sedikit 2 (dua) orang tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan dalam kondisi tidak ada dokter pada fasilitas kesehatan untuk pelayanan persalinan tanpa komplikasi.
- (2) Tarif persalinan sebagaimana dimaksud pada ayat (1):
 - a. yang dilakukan di puskesmas dibayarkan sebesar Rp1.000.000,00 (satu juta rupiah);
 - b. yang dilakukan di FKTP selain puskesmas dibayarkan sebesar Rp1.200.000,00 (satu juta dua ratus ribu rupiah); atau
 - c. yang dilakukan oleh tim paling sedikit 2 (dua) orang tenaga kesehatan dalam kondisi tertentu dibayarkan sebesar Rp800.000,00 (delapan ratus ribu rupiah).
- (3) Tarif pelayanan persalinan dengan tindakan emergensi dasar di FKTP PONED:
 - a. untuk lama perawatan 2 (dua) hari, sebesar Rp1.250.000,00 (satu juta dua ratus lima puluh ribu rupiah); dan
 - b. untuk lama perawatan 3 (tiga) hari, sebesar Rp1.500.000,00 (satu juta lima ratus ribu rupiah).
- (4) Tarif Pelayanan tindakan pasca persalinan bagi FKTP PONED sebesar Rp180.000,00 (seratus delapan puluh ribu rupiah).

- (5) FKTP PONED sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) untuk selain puskesmas ditetapkan oleh Pemerintah daerah setempat sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 21

- (1) Pelayanan Kesehatan masa sesudah melahirkan (*Post Natal Care*) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf c meliputi:
 - a. pelayanan kesehatan bagi ibu; dan
 - b. pelayanan kesehatan bagi bayi baru lahir.
- (2) Pelayanan Kesehatan bagi ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dilakukan paling sedikit 4 (empat) kali yang meliputi:
 - a. 1 (satu) kali pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 2 (dua) hari pascapersalinan;
 - b. 1 (satu) kali pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari pascapersalinan;
 - c. 1 (satu) kali pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari pascapersalinan; dan
 - d. 1 (satu) kali pada periode 29 (dua puluh sembilan) hari sampai dengan 42 (empat puluh dua) hari pascapersalinan.
- (3) Pelayanan kesehatan bagi bayi baru lahir sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dilakukan paling sedikit 3 (tiga) kali yang meliputi:
 - a. 1 (satu) kali pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 2 (dua) hari pascapersalinan;
 - b. 1 (satu) kali pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari pascapersalinan; dan
 - c. 1 (satu) kali pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari pascapersalinan.
- (4) Tarif pelayanan untuk pemeriksaan masa sesudah melahirkan dilaksanakan dengan 3 (tiga) kali kunjungan ibu nifas dan bayi baru lahir serta 1 (satu) kali kunjungan ibu nifas keempat.
- (5) Tarif pelayanan kesehatan masa sesudah melahirkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1):
 - a. bagi puskesmas, sebesar Rp40.000,00 (empat puluh ribu rupiah) untuk setiap kunjungan;
 - b. bagi FKTP selain puskesmas sebesar Rp50.000,00 (lima puluh ribu rupiah) untuk setiap kunjungan; atau
 - c. bidan jejaring sebesar Rp50.000,00 (lima puluh ribu rupiah) untuk setiap kunjungan.

Pasal 22

- (1) Tarif Non Kapitasi pelayanan kontrasepsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 huruf h diberikan terhadap pelayanan yang meliputi:
 - a. prapelayanan kontrasepsi;
 - b. tindakan pemberian pelayanan kontrasepsi; dan
 - c. pasca pelayanan kontrasepsi.

- (2) Tarif Non Kapitasi pelayanan kontrasepsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan:
 - a. untuk pemasangan dan/atau pencabutan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), sebesar Rp105.000,00 (seratus lima ribu rupiah);
 - b. untuk pemasangan dan/atau pencabutan implan, sebesar Rp105.000,00 (seratus lima ribu rupiah);
 - c. untuk pelayanan suntik KB, sebesar Rp20.000,00 (dua puluh ribu rupiah) setiap kali suntik;
 - d. untuk penanganan komplikasi KB, sebesar Rp125.000,00 (seratus dua puluh lima ribu rupiah); dan
 - e. untuk pelayanan Keluarga Berencana Metode Operasi Pria (KBMOP)/vasektomi, sebesar Rp370.000,00 (tiga ratus tujuh puluh ribu rupiah).

Pasal 23

- (1) Pelayanan gawat darurat pada FKTP yang belum bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 huruf i diberikan penggantian biaya:
 - a. untuk pelayanan yang termasuk dalam pelayanan dengan Tarif Non Kapitasi maka penggantian biaya mengacu pada Tarif Non Kapitasi; dan
 - b. untuk pelayanan yang tidak termasuk dalam pelayanan dengan Tarif Non Kapitasi mengacu pada tarif pelayanan yang berlaku pada puskesmas yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.
- (2) Ketentuan mengenai prosedur penggantian biaya untuk pelayanan gawat darurat pada FKTP yang belum bekerja sama dengan BPJS Kesehatan diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

Pasal 24

- (1) Tarif Non Kapitasi pelayanan protesa gigi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 huruf j diberikan untuk pelayanan protesa gigi dengan ketentuan:
 - a. dilakukan sesuai dengan standar kompetensi dokter gigi; dan
 - b. untuk rahang gigi yang sama diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali sesuai indikasi medis.
- (2) Tarif Non Kapitasi pelayanan protesa gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk pelayanan protesa gigi lengkap pada:
 - a. 2 (dua) rahang gigi, maksimal sebesar Rp1.000.000,00 (satu juta rupiah); dan
 - b. 1 (satu) rahang gigi, maksimal sebesar Rp500.000,00 (lima ratus ribu rupiah).

BAB III STANDAR TARIF PADA FKRTL

Pasal 25

Standar Tarif pelayanan kesehatan pada FKRTL meliputi:

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

Bagian Kesatu Tarif INA-CBG

Pasal 26

- (1) Tarif INA-CBG sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 huruf a mencakup tarif untuk pelayanan:
 - a. administrasi 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 spesialis, baik bedah maupun non-bedah sesuai dengan indikasi medis;
 - e. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, termasuk untuk pemberian sekurang-kurangnya 7 (tujuh) hari obat penyakit kronis;
 - f. pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 - g. rehabilitasi medis;
 - h. rehabilitasi psikososial sesuai indikasi medis dengan terapi medis;
 - i. pelayanan darah, termasuk kantung darah;
 - j. pelayanan pemulasaran jenazah pada pasien yang meninggal di fasilitas kesehatan, tidak termasuk peti jenazah;
 - k. pelayanan kontrasepsi meliputi:
 - 1) pelayanan KB pascapersalinan;
 - 2) KB pascakeguguran;
 - 3) pemasangan/pencabutan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) dan Implan interval dengan indikasi medis;
 - 4) tubektomi/Metode Operasi Wanita (MOW) interval dengan indikasi medis; dan
 - 5) penanganan komplikasi penggunaan kontrasepsi;
 - l. *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD), untuk pemasangan pertama;
 - m. perawatan inap non-intensif; dan
 - n. perawatan inap di ruang intensif.
- (2) Pelayanan kontrasepsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf k tidak termasuk pelayanan yang telah dibiayai oleh pemerintah pusat.

Pasal 27

- (1) Pada tarif INA-CBG terdapat pembayaran tambahan (*top up payment*) pada *Special Casemix Main Groups* (CMG).
- (2) *Special Casemix Main Groups* (CMG) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri atas:
 - a. *special procedure*;
 - b. *special drugs*;
 - c. *special investigation*;
 - d. *special prosthesis*;
 - e. *subacute cases*; dan
 - f. *chronic cases*.
- (3) Pembayaran tambahan (*top up payment*) pada *Special Casemix Main Groups* (CMG) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan pada beberapa pelayanan dengan kriteria tertentu.

Pasal 28

- (1) Tarif INA-CBG terdiri atas tarif rawat jalan dan tarif rawat inap, dengan 5 (lima) kelompok tarif yaitu:
 - a. untuk:
 1. Rumah Sakit Umum Pusat Nasional (RSUPN) Dr. Cipto Mangunkusumo; dan
 2. Rumah Sakit Khusus yang terdiri atas Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, Rumah Sakit Kanker Dharmas, Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita, dan Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof Dr.dr. Mahar Mardjono.
 - b. untuk rumah sakit pemerintah dan swasta kelas A;
 - c. untuk rumah sakit pemerintah dan swasta kelas B;
 - d. untuk rumah sakit pemerintah dan swasta kelas C; dan
 - e. untuk rumah sakit pemerintah dan swasta kelas D.
- (2) Tarif INA- CBG terdiri dari 5 (lima) regional yaitu:
 - a. regional 1 meliputi Daerah Istimewa Yogyakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan DKI Jakarta;
 - b. regional 2 meliputi Nusa Tenggara Barat, Bengkulu, Sulawesi Tengah, Kalimantan Barat, Lampung, Banten, Sumatera Barat, Bali, dan Sumatera Utara;
 - c. regional 3 meliputi Sulawesi Tenggara, Jambi, Sulawesi Barat, dan Gorontalo;
 - d. regional 4 meliputi Kalimantan Selatan, Riau, Kalimantan Tengah, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, Kepulauan Riau, dan Sumatera Selatan; dan

- e. regional 5 meliputi Sulawesi Selatan, Papua Barat, Papua Selatan, Papua Tengah, Papua Pegunungan, Papua, Papua Barat Daya, Aceh, Kepulauan Bangka Belitung, Sulawesi Utara, Nusa Tenggara Timur, Maluku, dan Maluku Utara.
- (3) Tarif rawat inap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas tarif rawat inap kelas 1, tarif rawat inap kelas 2, dan tarif rawat inap kelas 3.

Pasal 29

- (1) Pada rumah sakit khusus, 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 maka berlaku tarif INA-CBG satu tingkat lebih rendah dari kelas rumah sakit yang ditetapkan.

Pasal 30

Penentuan kelompok Tarif INA-CBG pelayanan sesuai kekhususan pada rumah sakit khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 didasarkan pada sumber daya manusia, disiplin ilmu, golongan umur, organ, atau jenis penyakit.

Pasal 31

- (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.

Pasal 32

- (1) Tarif pelayanan rawat inap untuk pencangkokan organ dimaksudkan untuk resipien/penerima cangkok organ, tidak termasuk pendonor organ.
- (2) Organ sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi ginjal, pankreas, hati, paru, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Besaran tarif INA-CBG untuk pelayanan pencangkokan organ sesuai dengan hak kelas peserta dari resipien dan pendonor yang meliputi komponen pelayanan medis, asuhan keperawatan, ruang perawatan, pemeriksaan penunjang yang dilakukan selama episode pencangkokan organ.
- (4) Pelayanan rawat inap dan rawat jalan yang diberikan terhadap pendonor untuk pencangkokan organ dijamin sesuai Tarif INA-CBG untuk tindakan Pengangkatan organ.

- (5) Pemeriksaan skrining yang dilakukan terhadap donor dan resipien sebelum pencangkokan organ sebagai paket pelayanan yang tidak terpisah dari paket pencangkokan organ.

Pasal 33

- (1) Dalam hal FKRTL yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan melakukan pelayanan gawat darurat kepada peserta Jaminan Kesehatan, BPJS Kesehatan memberikan penggantian biaya pelayanan.
- (2) Besaran penggantian biaya pelayanan klaim pelayanan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengikuti ketentuan Tarif INA-CBG berdasarkan kelompok Tarif INA-CBG sesuai kelas rumah sakit yang ditetapkan.
- (3) Kriteria gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan mengenai pelayanan kegawatdaruratan.

Pasal 34

- (1) Untuk pelayanan kesehatan tertentu, besaran tarif INA-CBG dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada FKRTL berdasarkan kriteria pelayanan dan kompetensi FKRTL.
- (2) Kriteria pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) termasuk ketentuan pelayanan untuk thalassemia mayor baik rawat jalan atau rawat inap yang menerima terapi kelasi besi dilakukan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan.

Pasal 35

Ketentuan lebih lanjut mengenai besaran tarif INA-CBG sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 huruf a, kriteria dan besaran pembayaran tambahan (*top up payment*) pada *Special Casemix Main Groups* (CMG) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 ayat (3), dan kriteria pelayanan dan kompetensi FKRTL sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Bagian Kedua
Tarif Non INA-CBG

Pasal 36

- (1) Tarif Non INA-CBG merupakan tarif untuk beberapa pelayanan tertentu meliputi:
 - a. *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD);
 - b. pelayanan imunohistokimia untuk kanker payudara dan *limfoma non hodgkin*;
 - c. pemeriksaan *Epidermal Growth Factor Receptor* (EGFR) untuk kanker paru;
 - d. obat penyakit kronis;
 - e. PET scan;
 - f. obat kemoterapi;
 - g. obat alteplase;

- h. kantong darah;
 - i. ambulans; dan
 - j. alat bantu kesehatan.
- (2) Tata cara pengajuan klaim Tarif Non INA-CBG dilakukan secara terpisah dari sistem INA-CBG.

Pasal 37

- (1) Tarif Non INA-CBG *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 ayat (1) huruf a merupakan tarif untuk biaya bahan habis pakai (*consumables*), jasa pelayanan, dan jasa pengiriman pada pelayanan CAPD.
- (2) Biaya bahan habis pakai (*consumables*), jasa pelayanan, dan jasa pengiriman pada pelayanan CAPD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayarkan sebesar Rp8.000.000,00 (delapan juta rupiah) per bulan.
- (3) Biaya *transfer set* dan jasa pelayanan pada pelayanan CAPD dibayarkan Rp250.000,00 (dua ratus lima puluh ribu rupiah) per set sebagai tarif Non INA-CBG.

Pasal 38

- (1) Tarif rawat jalan yang mendapatkan pelayanan imunohistokimia untuk kanker payudara dan *limfoma non hodgkin* sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 ayat (1) huruf b ditetapkan sebesar Rp1.170.000,00 (satu juta seratus tujuh puluh ribu rupiah).
- (2) Tarif rawat inap yang mendapatkan pelayanan imunohistokimia untuk kanker payudara dan *limfoma non hodgkin* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan sebesar Rp1.170.000,00 (satu juta seratus tujuh puluh ribu rupiah) ditambah tarif paket INA-CBG.
- (3) Pemeriksaan imunohistokimia untuk kanker payudara dan *limfoma non hodgkin* yang ditagihkan dalam non INA-CBG hanya untuk satu kali yaitu untuk penegakan diagnosis.

Pasal 39

- (1) Tarif rawat jalan yang mendapatkan pelayanan pemeriksaan *Epidermal Growth Factor Receptor* (EGFR) untuk kanker paru sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 ayat (1) huruf c ditetapkan sebesar Rp1.620.000,00 (satu juta enam ratus dua puluh ribu rupiah).
- (2) Tarif rawat inap yang mendapatkan pelayanan pemeriksaan *Epidermal Growth Factor Receptor* (EGFR) untuk kanker paru sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan sebesar Rp1.620.000,00 (satu juta enam ratus dua puluh ribu rupiah) ditambah tarif paket INA-CBG.
- (3) Pemeriksaan *Epidermal Growth Factor Receptor* (EGFR) untuk kanker paru yang ditagihkan dalam non INA-CBG hanya untuk satu kali.

Pasal 40

- (1) Obat penyakit kronis di FKRTL sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 ayat (1) huruf d diberikan untuk 30 (tiga puluh) hari sesuai indikasi medis untuk setiap kali kedatangan.
- (2) Tarif Non INA-CBG untuk obat penyakit kronis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayarkan untuk pemberian obat kronis paling banyak 23 (dua puluh tiga) hari.
- (3) Untuk obat penyakit kronis tertentu yang bentuk sediaannya tidak dapat dibagi, pembayaran tarif Non INA-CBG diberlakukan untuk pemberian proporsional 23 (dua puluh tiga) hari.
- (4) Obat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) harus tercantum pada Formularium Nasional.

Pasal 41

- (1) Obat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 40 diberikan untuk:
 - a. penyakit kronis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (1) yang belum dirujuk balik; dan
 - b. penyakit kronis lain selain sebagaimana dimaksud pada huruf a.
- (2) Obat penyakit kronis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Menteri.
- (3) Obat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan melalui instalasi farmasi di FKRTL atau apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- (4) Harga obat yang ditagihkan oleh instalasi farmasi di FKRTL atau apotek sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mengacu pada harga obat sesuai Keputusan Menteri ditambah biaya pelayanan kefarmasian.
- (5) Besarnya biaya pelayanan kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (4) adalah faktor pelayanan kefarmasian dikali harga obat sesuai harga yang ditetapkan dalam keputusan Menteri.
- (6) Faktor pelayanan kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dengan ketentuan sebagai berikut:

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

Pasal 42

- (1) Tarif rawat jalan yang mendapatkan pelayanan PET *Scan* sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 ayat (1) huruf e ditetapkan sebesar Rp10.000.000,00 (sepuluh juta rupiah).
- (2) Tarif rawat inap yang mendapatkan pelayanan PET *Scan* ditetapkan sebesar Rp10.000.000,00 (sepuluh juta rupiah) ditambah tarif paket INA-CBG.

Pasal 43

- (1) Pemberian obat untuk kemoterapi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 ayat (1) huruf f dengan mempertimbangkan kemampuan fasilitas kesehatan dan kompetensi sumber daya manusia kesehatan.
- (2) Jenis Obat kemoterapi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan Formularium Nasional.
- (3) Harga obat kemoterapi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada harga obat yang ditetapkan oleh Menteri.

Pasal 44

- (1) Tarif obat alteplase sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 ayat (1) huruf g mengacu pada harga obat yang ditetapkan oleh Menteri.
- (2) Tarif obat alteplase sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberlakukan untuk kasus stroke sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 45

- (1) Pelayanan kantong darah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 ayat (1) huruf h diberikan untuk thalassemia mayor, hemodialisa, dan kanker (leukemia) yang membutuhkan pelayanan darah pada rawat jalan.
- (2) Penggantian biaya kantong darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan paling banyak 4 (empat) kantong darah dalam kurun waktu 1 (satu) bulan.
- (3) Penggantian biaya kantong darah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan sebesar Rp360.000,00 (tiga ratus enam puluh ribu rupiah) per kantong darah.

Pasal 46

- (1) Pelayanan ambulans sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 ayat (1) huruf i merupakan pelayanan ambulans yang meliputi pelayanan ambulans darat atau ambulans air.
- (2) Pelayanan ambulans sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dijamin bila rujukan dilakukan pada fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan atau pada kasus gawat darurat dari fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien.

- (3) Penggantian biaya pelayanan ambulans sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) sesuai dengan standar tarif ambulans yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.
- (4) Dalam hal belum terdapat tarif dasar ambulans yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah setempat, tarif ambulans dibayarkan mengacu pada standar tarif yang berlaku pada Pemerintah Daerah terdekat dengan karakteristik geografis yang setara.
- (5) Tarif pelayanan ambulans sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada FKRTL yang merujuk.
- (6) Ketentuan mengenai tata cara pembayaran klaim untuk pelayanan ambulans antar FKRTL diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

Pasal 47

Tarif Non INA-CBG alat bantu kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 ayat (1) huruf j ditetapkan sebagai berikut:

ALAT KESEHATAN	TARIF (Rp)	KETENTUAN
Kacamata	1. PBI/Hak rawat kelas 3: Rp165.000,00 2. Hak rawat kelas 2: Rp220.000,00 3. Hak rawat kelas 1: Rp330.000,00	1. Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali 2. Indikasi medis minimal -Sferis 0,5D -Silindris 0,25D 3. Diberikan berdasarkan resep dari dokter spesialis mata
Alat bantu dengar	Maksimal Rp1.100.000,00	1. Diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali atas indikasi medis tanpa membedakan satu/dua telinga dan untuk telinga yang sama 2. Diberikan berdasarkan resep dari dokter spesialis THT
Protesa alat gerak	Maksimal Rp2.750.000,00	1. Protesa alat gerak adalah: a. kaki palsu

ALAT KESEHATAN	TARIF (Rp)	KETENTUAN
		b. tangan palsu 2. Diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali atas indikasi medis untuk protesa alat gerak yang sama 3. Diberikan berdasarkan resep dari dokter spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi
Protesa gigi	Maksimal Rp1.100.000,00	1. Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis untuk gigi yang sama. 2. Full protesa gigi maksimal Rp1.100.000,00 3. Masing-masing rahang maksimal Rp550.000,00
Korset tulang Belakang	Maksimal Rp385.000,00	Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis
Collarneck	Maksimal Rp165.000,00	Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis
Kruk	Maksimal Rp385.000,00	Diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali atas indikasi medis

Bagian Ketiga
Selisih Biaya

Pasal 48

- (1) Peserta jaminan kesehatan nasional yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari pada haknya dapat meningkatkan kelas perawatan

dengan membayar selisih biaya, termasuk rawat jalan eksekutif.

- (2) Peserta yang menginginkan pelayanan rawat jalan eksekutif harus membayar selisih biaya paket pelayanan rawat jalan eksekutif sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan.
- (3) Peserta yang menginginkan pelayanan rawat jalan eksekutif atau rawat inap yang lebih tinggi dari haknya harus membayar selisih biaya setiap episode rawat jalan eksekutif atau rawat inap dengan ketentuan:

Huruf	Jenis perawatan	Ketentuan Selisih Biaya
A.	Rawat jalan eksekutif	paling banyak sebesar RP400.000,00 (empat ratus ribu rupiah)
B.	Hak rawat kelas 2 naik ke kelas 1	Selisih tarif INA-CBG pada kelas rawat inap Kelas 1 dengan tarif INA-CBG pada kelas rawat inap kelas 2
C.	Hak rawat kelas 1 naik ke kelas di atas kelas 1	Selisih tarif INA-CBG kelas 1 dengan tarif kelas di atas kelas 1 yaitu paling banyak sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) dari tarif INA-CBG kelas 1
D.	Hak rawat kelas 2 naik ke kelas di atas kelas 1	Selisih tarif INA-CBG antara kelas 1 dengan kelas 2 ditambah paling banyak sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) dari tarif INA-CBG kelas 1

- (4) Ketentuan selisih biaya hak rawat kelas 1 naik ke kelas di atas kelas 1 dan hak rawat kelas 2 naik ke kelas di atas kelas 1 sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tidak berlaku apabila biaya pelayanan rawat inap di FKRTL tidak melebihi tarif INA-CBG sesuai hak Peserta.
- (5) Pembayaran selisih biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) dapat dilakukan oleh:
 - a. Peserta;
 - b. Pemberi Kerja; dan/atau
 - c. asuransi kesehatan tambahan.
- (6) Pembayaran selisih biaya oleh Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a dapat dilakukan oleh pihak lain.
- (7) Dalam hal selisih biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dibayar oleh pemberi kerja atau asuransi kesehatan tambahan maka ketentuan selisih biaya dibayarkan sesuai dengan kesepakatan antara pemberi kerja atau asuransi kesehatan tambahan dengan FKRTL.
- (8) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) dikecualikan bagi:
 - a. peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan;

- b. peserta Pekerja Bukan Penerima Upah kelas 3;
 - c. peserta Bukan Pekerja kelas 3;
 - d. peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah; atau
 - e. peserta Pekerja Penerima Upah yang mengalami PHK dan anggota keluarganya.
- (9) FKRTL wajib menginformasikan ketentuan mengenai selisih biaya kepada peserta atau anggota keluarga sebelum peserta menerima pelayanan kesehatan.
- (10) Informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (9) paling sedikit berisi penjelasan mengenai:
- a. sistem pembayaran jaminan kesehatan sebagai satu paket yang ditagihkan;
 - b. perkiraan biaya pelayanan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan; dan
 - c. perkiraan besaran selisih biaya yang harus ditanggung oleh peserta, pemberi kerja, atau asuransi kesehatan tambahan.
- (11) Untuk keterbukaan informasi, FKRTL wajib menerbitkan tagihan atas pelayanan peserta yang mengalami kenaikan kelas perawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa satu tagihan yang tidak terpisah.

BAB IV

TATA KELOLA ADMINISTRASI KLAIM DAN PEMBAYARAN MANFAAT PELAYANAN KESEHATAN DI FASILITAS KESEHATAN

Pasal 49

FKRTL berkewajiban untuk melakukan penginputan seluruh komponen pelayanan kesehatan secara komprehensif termasuk jenis pelayanan, biaya pelayanan, dan obat pada E-Klaim INA-CBG Kementerian Kesehatan.

Pasal 50

Ketentuan mengenai Tata Kelola Administrasi Klaim dan Pembayaran Manfaat Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Menteri.

BAB V

KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 51

- (3) Pembayaran tarif pada FKTP dan FKRTL sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri ini mulai berlaku 14 (empat belas) hari sejak Peraturan Menteri ini diundangkan.
- (4) Dalam hal 14 (empat belas) hari sejak Peraturan Menteri ini diundangkan:
- a. jatuh sebelum tanggal 15 pada bulan berjalan, pembayaran dengan cara kapitasi pada FKTP dilakukan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar

Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 442); atau

- b. jatuh setelah tanggal 15 bulan berjalan, pembayaran dengan cara kapitasi pada FKTP untuk bulan berikutnya dilakukan sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri ini.
- (5) Pembayaran atas pasien yang mendapat pelayanan rawat inap di FKTP atau FKRTL yang masuk sebelum berlakunya ketentuan pembayaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), menggunakan tarif dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 442).
- (6) Peserta yang telah meningkatkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya yang masuk sebelum berlakunya ketentuan pembayaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), menggunakan ketentuan peningkatan kelas perawatan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1663) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2018 dan tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 606).

BAB VI KETENTUAN PENUTUP

Pasal 52

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku:

- a. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601)

sebagaimana telah diubah dengan:

- 1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2016 tentang Perubahan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1790);
 - 2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2017 tentang Perubahan Kedua Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 143); dan
 - 3) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 442);
- b. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1663) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 606), sepanjang mengatur ketentuan mengenai selisih biaya,
- dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 53

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 6 Januari 2023

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

BUDI G. SADIKIN

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 9 Januari 2023

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

YASONNA H. LAOLY

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2023 NOMOR 35

Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Biro Hukum
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,

Indah Febrianti, S.H., M.H.
NIP 197802122003122003

I. KRITERIA DAN BESARAN PEMBAYARAN TAMBAHAN (TOP UP PAYMENT) PADA SPECIAL CASEMIX MAIN GROUPS (CMG)

A. Kriteria Pembayaran Tambahan (Top Up Payment) pada Special Casemix Main Groups (CMG)

NO	KODE SPECIAL CMG	DESKRIPSI SPECIAL CMG	KODE GROUP INA-CBG	KODE DIAGNOSIS (ICD-10 VERSI TAHUN 2010)	KODE PROSEDUR (ICD-9-CM VERSI TAHUN 2010)
1	DD-01-I	<i>Streptokinase</i>	I-4-10-I I-4-10-II I-4-10-III	I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I23.3	-
2	DD-02-II	<i>Deferiprone</i>	D-4-13-I D-4-13-II D-4-13-III	D56.1	-
3	DD-03-II	<i>Deferoksamin</i>	D-4-13-I D-4-13-II D-4-13-III	D56.1	-
4	DD-04-II	<i>Deferasirox</i>	D-4-13-I D-4-13-II D-4-13-III	D56.1	-
5	DD-05-II	<i>Human Albumin for Septicaemia</i>	A-4-10-I A-4-10-II	A02.1, A20.7,	-

NO	KODE SPECIAL CMG	DESKRIPSI SPECIAL CMG	KODE GROUP INA-CBG	KODE DIAGNO SIS (ICD-10 VERSI TAHUN 2010)	KODE PROSEDUR (ICD-9- CM VERSI TAHUN 2010)
			A-4-10-III	A22.7, A39.1, A39.2, A39.3, A39.4, A39.8, A39.9, A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41.0, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.5, A41.8, A41.9, A42.7,	

NO	KODE SPECIAL CMG	DESKRIPSI SPECIAL CMG	KODE GROUP INA-CBG	KODE DIAGNO SIS (ICD-10 VERSI TAHUN 2010)	KODE PROSEDUR (ICD-9- CM VERSI TAHUN 2010)
				B37.7, R57.1	
6	DD-06-II	<i>Anti Hemofilia Factor</i>	D-4-11-I D-4-11-II D-4-11-III	D66, D67	-
7	DD-11-II	<i>Human Albumin for Burn</i>	L-1-20-I L-1-20-II L-1-20-III	T20.3, T20.7, T21.3, T21.7, T22.3, T22.7, T23.3, T23.7, T24.3, T24.7, T25.3, T25.7, T29.3, T29.7, T31.4, T31.5, T31.6, T31.7,	85.82, 85.83, 85.84, 85.85, 86.60, 86.61, 86.62, 86.63, 86.65, 86.66, 86.67, 86.69, 86.70, 86.71, 86.72, 86.73, 86.74, 86.75,

NO	KODE SPECIAL CMG	DESKRIPSI SPECIAL CMG	KODE GROUP INA-CBG	KODE DIAGNO SIS (ICD-10 VERSI TAHUN 2010)	KODE PROSEDU R (ICD-9- CM VERSI TAHUN 2010)
				T31.8, T31.9, T32.4, T32.5, T32.6, T32.7, T32.8, T32.9	86.91, 86.93
			S-4-16-I S-4-16-II S-4-16-III	T20.3, T20.7, T21.3, T21.7, T22.3, T22.7, T23.3, T23.7, T24.3, T24.7, T25.3, T25.7, T29.3, T29.7, T31.4,	-

NO	KODE SPECIAL CMG	DESKRIPSI SPECIAL CMG	KODE GROUP INA-CBG	KODE DIAGNO SIS (ICD-10 VERSI TAHUN 2010)	KODE PROSEDUR (ICD-9- CM VERSI TAHUN 2010)
				T31.5, T31.6, T31.7, T31.8, T31.9, T32.4, T32.5, T32.6, T32.7, T32.8, T32.9	
8	RR-01-II	<i>Subdural Grid Electrode</i>	G-1-10-I G-1-10-II G-1-10-III	-	02.93
9	RR-02-II	<i>Contegra</i>	I-1-03-I I-1-03-II I-1-03-III	-	35.92
10	RR-03-III	<i>Temporomandibular Joint (TMJ) Prothesis</i>	M-1-60-I M-1-60-II M-1-60-III	-	76.5
11	RR-04-III	<i>Hip Implant/Knee Implant</i>	M-1-04-I M-1-04-II M-1-04-III	-	81.51, 81.52, 81.53,

NO	KODE SPECIAL CMG	DESKRIPSI SPECIAL CMG	KODE GROUP INA-CBG	KODE DIAGNO SIS (ICD-10 VERSI TAHUN 2010)	KODE PROSEDU R (ICD-9- CM VERSI TAHUN 2010)
					81.54, 81.55
12	RR-05-III	<i>Prostesis Evar/ Tevar</i>	I-1-20-I I-1-20-II I-1-20-III	-	39.71, 39.73,
13	YY-01-II	<i>Hip Replacement/ Knee Replacement</i>	M-1-04-I M-1-04-II M-1-04-III	-	81.51, 81.52, 81.53, 81.54, 81.55
14	YY-02-III	<i>Percutaneous Coronary Intervention (PCI)</i>	I-1-40-I I-1-40-II I-1-40-III	-	36.06, 36.07
15	YY-03-III	<i>Keratoplasty</i>	H-1-30-I H-1-30-II H-1-30-III	-	11.60, 11.61, 11.62, 11.63, 11.64, 11.69
16	YY-04-III	<i>Pancreatectomy</i>	B-1-10-I B-1-10-II B-1-10-III	-	52.51, 52.52, 52.53,

NO	KODE SPECIAL CMG	DESKRIPSI SPECIAL CMG	KODE GROUP INA-CBG	KODE DIAGNO SIS (ICD-10 VERSI TAHUN 2010)	KODE PROSEDUR (ICD-9- CM VERSI TAHUN 2010)
					52.59, 52.6
17	YY-05-III	<i>Repair of Septal Defect of Heart with Prosthesis</i>	I-1-06-I I-1-06-II I-1-06-III	-	35.50, 35.51, 35.52, 35.53, 35.55
18	YY-06-III	<i>Stereotactic Surgery & Radiotherapy</i>	C-4-12-I C-4-12-II C-4-12-III	Z51.0	92.21, 92.22, 92.23, 92.24, 92.25, 92.26, 92.27, 92.28, 92.29, 92.30, 92.31, 92.32, 92.33, 92.39
19	YY-07-III	<i>Torakotomi</i>	J-1-30-I J-1-30-II	-	34.02, 34.03

NO	KODE SPECIAL CMG	DESKRIPSI SPECIAL CMG	KODE GROUP INA-CBG	KODE DIAGNO SIS (ICD-10 VERSI TAHUN 2010)	KODE PROSEDUR (ICD-9- CM VERSI TAHUN 2010)
			J-1-30-III		
20	YY-08-III	<i>Lobektomi/Bilobektomi/Pneumonektomi</i>	J-1-10-I J-1-10-II J-1-10-III	-	32.41, 32.49, 32.50, 32.59,
21	YY-09-III	<i>Vitrectomy</i>	H-1-30-I H-1-30-II H-1-30-III	-	14.71, 14.72, 14.73, 14.74
22	YY-13-III	<i>Coil</i>	G-1-12-I G-1-12-II G-1-12-III	-	39.75
23	YY-14-III	<i>Trombektomi</i>	G-1-12-I G-1-12-II G-1-12-III	-	39.74
24	YY-15-III	<i>Percutaneous Endoscopy Gastrostomy</i>	E-4-10-I E-4-10-II E-4-10-III	E43 E44.0 E44.1	43.11
25	DD-07-II	<i>Deferiprone</i>	Q-5-44-0	D56.1	-
26	DD-08-II	<i>Deferoksamin</i>	Q-5-44-0	D56.1	-
27	DD-09-II	<i>Deferasirox</i>	Q-5-44-0	D56.1	-

NO	KODE SPECIAL CMG	DESKRIPSI SPECIAL CMG	KODE GROUP INA-CBG	KODE DIAGNO SIS (ICD-10 VERSI TAHUN 2010)	KODE PROSEDUR (ICD-9- CM VERSI TAHUN 2010)
28	DD-10-II	<i>Anti Hemofilia Factor</i>	Q-5-44-0	D66, D67	-
29	II-01-III	<i>Nuclear Medicine</i>	Z-3-17-0	-	92.05, 92.15
30	II-02-III	<i>Magnetic Resonance Imaging (MRI)</i>	Z-3-16-0	-	88.92, 88.93, 88.97
31	II-03-III	<i>Diagnostic and Imaging Procedures of Eye</i>	H-3-13-0	-	95.12
32	YY-10-III	<i>Phacoemulsification</i>	H-2-36-0	-	13.41
33	YY-11-III	<i>Microlaringoscopy</i>	J-3-15-0	-	31.41, 31.42, 31.44
34	YY-12-III	<i>Cholangiograph</i>	B-3-11-0	-	51.10, 51.11, 51.14, 51.15, 52.13
35	YY-16-III	<i>Odontektomi</i>	U-3-16-0	-	23.19
36	YY-17-III	<i>Brakiterapi</i>	C-3-10-0	Z51.0	92.20, 92.27,