



# BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA

No.378, 2016

KEMHAN. BPJS Kesehatan. Pengelolaan  
Keuangan.

## PERATURAN MENTERI PERTAHANAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 7 TAHUN 2016 TENTANG

### PENGELOLAAN KEUANGAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL PADA FASILITAS KESEHATAN DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN PERTAHANAN DAN TENTARA NASIONAL INDONESIA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA  
MENTERI PERTAHANAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka tertib administrasi pengelolaan keuangan Penerimaan Negara Bukan Pajak Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan yang bersumber dari hasil klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan perlu dibuat peraturan mengenai Pengelolaan Keuangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial pada Fasilitas Kesehatan di lingkungan Kementerian Pertahanan dan Tentara Nasional Indonesia;
  - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Menteri Pertahanan tentang Pengelolaan Keuangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial pada Fasilitas Kesehatan di lingkungan Kementerian Pertahanan dan Tentara Nasional Indonesia;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2002 tentang Pertahanan Negara (Lembaran Negara Republik

- Indonesia Tahun 2002 Nomor 3, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4169);
2. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian/Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4916);
  3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI PERTAHANAN TENTANG PENGELOLAAN KEUANGAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN PADA FASILITAS KESEHATAN DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN PERTAHANAN DAN TENTARA NASIONAL INDONESIA.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini, yang dimaksud dengan:

1. Pengelolaan Keuangan adalah Pengelola Keuangan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pertanggungjawaban dan pelaporan.
2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
3. Penerimaan Negara Bukan Pajak yang selanjutnya disingkat PNBPN adalah seluruh penerimaan Pemerintah Pusat yang tidak berasal dari penerimaan perpajakan.
4. Rencana PNBPN adalah hasil penghitungan/penetapan target dan pagu Penggunaan PNBPN yang diperkirakan dalam 1 (satu) tahun anggaran.
5. Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya

disingkat DIPA adalah Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang digunakan sebagai acuan Pengguna Anggaran/ Kuasa Pengguna Anggaran (PA/KPA) dalam melaksanakan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN).

6. Pemeriksaan adalah serangkaian kegiatan untuk mencari, mengumpulkan, mengolah data dan atau keterangan lainnya dalam rangka pengawasan atas kepatuhan pemenuhan kewajiban PNBPN berdasarkan peraturan perundang-undangan di bidang PNBPN.
7. Kementerian Pertahanan yang selanjutnya disebut Kemhan adalah kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pertahanan.
8. Tentara Nasional Indonesia yang selanjutnya disingkat TNI adalah alat negara yang bertugas mempertahankan, melindungi dan memelihara keutuhan dan kedaulatan negara.
9. Kepala Unit Organisasi yang selanjutnya disebut Ka UO adalah Panglima TNI, Kepala Staf Angkatan, dan Sekretaris Jenderal Kemhan.
10. Komando Tingkat Utama yang selanjutnya disebut Kotama adalah kesatuan TNI yang membawahi beberapa Satuan Kerja yang memiliki garis komando, baik garis komando operasi dan/atau garis komando pembinaan.
11. Satuan Kerja yang selanjutnya disebut Satker adalah organisasi struktural Kemhan/TNI yang melaksanakan kegiatan administrasi meliputi bidang personel, materiil, keuangan, hukum, dan keamanan serta sebagai organisasi pengguna anggaran yang dialokasikan.
12. Instansi Pemeriksa adalah Pengawas dan Pemeriksa Internal yang terdiri dari Inspektorat Jenderal/Inspektorat di lingkungan Kemhan dan TNI serta Badan Pengawas Eksternal sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
13. Pagu Indikatif adalah ancar-ancar pagu anggaran yang diberikan kepada Kementerian/Lembaga sebagai pedoman dalam penyusunan Renja K/L.

14. Pagu Definitif adalah Pagu anggaran yang didasarkan atas Undang-Undang APBN sebagai acuan penyusunan RKA.
15. Pagu Anggaran yang selanjutnya disebut Pagu Anggaran K/L adalah batas tertinggi anggaran yang dialokasikan kepada Kementerian/Lembaga dalam rangka penyusunan RKA K/L.
16. Peserta Jaminan Kesehatan adalah Prajurit TNI dan Pegawai Negeri Sipil Kemhan beserta anggota keluarganya dan masyarakat umum yang telah memiliki kartu peserta BPJS Kesehatan.
17. Alat Kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin, dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosa, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan pada manusia dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.
18. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKTL adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau subspecialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
19. Fasilitas Kesehatan yang selanjutnya disebut Pelaksana Pelayanan Kesehatan disingkat PPK adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.
20. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

21. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya.
22. Pelaksana Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan Spesialistik yang selanjutnya disebut PPK II adalah fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialistik meliputi pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan dan atau pelayanan rawat inap tingkat lanjutan dan di ruang perawatan khusus.
23. Pelaksana Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan Subspesialistik yang selanjutnya disebut PPK III adalah fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat subspesialistik meliputi pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan dan atau pelayanan rawat inap tingkat lanjutan dan di ruang perawatan khusus.
24. Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialistik atau subspesialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
25. Pola Pembayaran *Case Based Groups* adalah salah satu pola pembayaran prospektif yang berupa pengelompokan diagnosis dan prosedur yang memiliki ciri klinis dan penggunaan sumber daya yang mirip atau sama.
26. Rawat Inap Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat nonspesialistik dan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama, untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan medis lainnya, dimana peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari.
27. Rawat Jalan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat nonspesialistik yang dilaksanakan pada pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.

28. Sistem Rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik, baik vertikal maupun horizontal.
29. Tarif Indonesian - *Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif *INA-CBG's* adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur.
30. Direktorat Jenderal Perencanaan Pertahanan Kementerian Pertahanan yang selanjutnya disebut Ditjen Renhan Kemhan adalah unsur pelaksana tugas dan fungsi pertahanan, yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Menteri.

#### Pasal 2

Pengelolaan Keuangan BPJS pada FKTL di lingkungan Kemhan dan TNI merupakan PNPB yang bersumber dari:

- a. penerimaan jasa pelayanan kesehatan peserta BPJS Kesehatan; dan
- b. penerimaan jasa pelayanan kesehatan masyarakat umum (bukan peserta BPJS Kesehatan)

## BAB II

### JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

#### Bagian Kesatu

##### Peserta

#### Pasal 3

- (1) Peserta Jaminan Kesehatan Nasional meliputi:
  - a. prajurit Tentara Nasional Indonesia dan Pegawai Negeri Sipil Kemhan beserta keluarganya terdiri atas:
    1. istri atau suami yang sah;
    2. anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dengan kriteria sebagai berikut:

- a) tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan
  - b) belum berusia 21 (dua puluh satu) atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.
- b. masyarakat umum yang telah memiliki kartu peserta BPJS Kesehatan.
- (2) Jumlah tertanggung dalam 1 (satu) keluarga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a paling banyak 5 (lima) orang.

## Bagian Kedua Fasilitas Kesehatan

### Pasal 4

FKTL di lingkungan Kemhan dan TNI merupakan Rumah Sakit atau lembaga yang memberi pelayanan kesehatan yang menerima rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), sesuai dengan tingkat/klasifikasi Rumkit/Lembaga masing-masing.

## Bagian Ketiga Pelayanan Kesehatan

### Pasal 5

Pelayanan kesehatan pada FKTL secara garis besar meliputi:

- a. pelayanan kesehatan rawat jalan;
- b. pelayanan kesehatan rawat inap; dan
- c. pelayanan kesehatan rawat inap di ruang perawatan khusus.

## Bagian Keempat Tarif

### Pasal 6

- (1) Tarif pelayanan kesehatan ditetapkan berdasarkan hasil kesepakatan regionalisasi antara *asosiasi* FKTL dengan

BPJS mengacu pada standar tarif *INA-CBG's* yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

- (2) Tarif *INA-CBG's* merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun nonmedis.
- (3) Tarif pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang digunakan FKTL mempedomani tarif *INA-CBG's* sesuai kelas rumah sakit.
- (4) Bagi rumah sakit khusus, dalam hal pelayanan yang diberikan oleh FKTL di luar kekhususannya, berlaku tarif rumah sakit satu kelas di bawah penetapan kelas.
- (5) Tarif rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan diberlakukan Tarif *INA-CBG's* berdasarkan kelas rumah sakit.
- (6) Dalam hal rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) belum memiliki penetapan kelas rumah sakit, tarif rawat jalan dan rawat inap disetarakan dengan Tarif *INA-CBG's* rumah sakit kelas D.
- (7) Dalam hal pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit khusus sesuai kekhususannya, berlaku tarif sesuai kelas rumah sakit.

### BAB III

#### MEKANISME KLAIM DAN REKONSILIASI

##### Bagian Satu

##### Pengajuan Klaim

##### Pasal 7

- (1) FKTL mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 (sepuluh) bulan berikutnya.
- (2) Klaim yang diajukan oleh FKTL terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan yang bertujuan untuk menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh Fasilitas Kesehatan.



- (3) FKTL tidak diperbolehkan meminta biaya tambahan kepada Prajurit TNI dan Pegawai Negeri Sipil beserta keluarganya selama mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan.
- (4) FKTL wajib mengirimkan *softcopy* klaim yang sudah dibayar oleh BPJS Kesehatan ke Kementerian Kesehatan dalam hal ini Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan.

#### Pasal 8

- (1) BPJS Kesehatan wajib memberikan *feedback* atas telaah hasil verifikasi terhadap perbedaan biaya yang diajukan dengan yang disetujui.
- (2) BPJS Kesehatan membayar biaya pelayanan gawat darurat menggunakan tarif *INA CBG's* sesuai dengan penetapan kelas rumah sakit oleh Menteri Kesehatan dan regionalisasi tarif yang berlaku di wilayah tersebut.

#### Pasal 9

Kadaluarsa klaim terdiri atas:

- a. klaim kolektif apabila batas waktu maksimal pengajuan klaim adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan; dan
- b. klaim perorangan apabila batas waktu maksimal pengajuan klaim perorangan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan, kecuali diatur secara khusus.

#### Pasal 10

- (1) BPJS Kesehatan akan membayar kepada FKTL dengan sistem paket *INA CBG's* dan di luar paket *INA CBG's* dengan ketentuan sebagai berikut:
  - a. pengajuan klaim pelayanan kesehatan tingkat lanjutan kepada Kantor Pelayanan BPJS sesuai regional masing-masing dilakukan oleh setiap FKTL secara kolektif setiap bulan, atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta BPJS paling lambat

- tanggal 10 bulan berikutnya;
- b. Kelengkapan berkas penagihan klaim pelayanan kesehatan tingkat lanjutan termasuk pelayanan gawat darurat dan pelayanan persalinan sebagai berikut:
    1. formulir pengajuan klaim;
    2. kuitansi asli, bermaterai secukupnya;
    3. surat elijibilitas peserta;
    4. bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien;
    5. surat perintah rawat inap untuk rawat inap tingkat lanjutan;
    6. resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien;
    7. pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar *INA-CBG's* diperlukan tambahan bukti pendukung:
      - a) protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus disesuaikan dengan pelayanan obat;
      - b) resep obat;
      - c) resep alat bantu kesehatan; dan
      - d) tanda terima alat bantu kesehatan.
    8. tagihan klaim FKTL menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani Kepala Verifikator BPJS; dan
    9. FKTL mengirimkan secara resmi tagihan klaim dalam bentuk *softcopy* dan *hardcopy*;
- (2) Kelengkapan administrasi klaim pelayanan ambulan adalah sebagai berikut:
- a. formulir pengajuan klaim;
  - b. kuitansi asli, bermaterai secukupnya;
  - c. salinan surat elijibilitas Peserta apabila perujuk adalah FKTL;
  - d. surat rujukan yang menerangkan kondisi pasien;

- e. surat pernyataan penggunaan ambulan oleh keluarga pasien;
  - f. tandatangan dan cap dari fasilitas kesehatan perujuk dan fasilitas kesehatan penerima rujukan;
  - g. apabila pasien meninggal sebelum sampai ke fasilitas kesehatan tujuan maka melampirkan surat keterangan kematian; dan
  - h. pembiayaan ambulan dilakukan dengan cara *fee for service* atas setiap pelayanan ambulance yang telah diberikan oleh FKTL. Klaim pelayanan ambulan ditagihkan oleh FKTL bukan oleh pihak ketiga penyelenggara ambulan.
- (3) Pembayaran Alat Kesehatan terdiri dari:
- a. biaya alat kesehatan FKTL sudah termasuk dalam paket *INA-CBG's* yang dibayarkan kepada FKTL;
  - b. penggunaan alat kesehatan sesuai kompendium alat kesehatan maupun di luar kompendium alat kesehatan, sudah termasuk dalam pembiayaan paket *INA CBG's*;
  - c. biaya alat bantu kesehatan di luar paket *INA-CBG's* ditagihkan secara terpisah kepada BPJS dengan menggunakan aplikasi yang telah disiapkan oleh BPJS;
  - d. besaran biaya penggantian alat bantu kesehatan di luar paket *INA-CBG's* sebagaimana yang diatur oleh Menteri Kesehatan;
  - e. alat bantu kesehatan di luar paket *INA-CBG's* yang dapat dibayarkan oleh BPJS terdiri dari kacamata, alat bantu dengar, Protesa alat gerak, Protesa Gigi, Korset tulang belakang, Collar neck, Kruk;
  - f. penagihan alat bantu kesehatan di luar paket *INA-CBG's* yang penyediaanya dilakukan oleh FKTL dilakukan secara kolektif oleh FKTL, serta tidak dilakukan melalui klaim perorangan dari peserta ke BPJS Kesehatan; dan
  - g. plafon harga yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan untuk alat bantu kesehatan di luar paket

INA-CBG's merupakan harga maksimal yang ditanggung oleh BPJS dan apabila harga alat bantu kesehatan melebihi plafon harga yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan maka biaya tersebut ditanggung oleh peserta dan dibayarkan langsung ke FKTL.

- (4) Penagihan klaim pelayanan kesehatan melalui:
- a. FKTL membuat tagihan klaim atas biaya pelayanan kesehatan dengan menggunakan *Software INA-CBG's*;
  - b. petugas penagihan harus mengisi data variable pasien yang diperlukan dalam software INA CBG's yaitu:
    1. identitas pasien;
    2. nomor jaminan peserta;
    3. nomor surat elijibilitas peserta;
    4. jenis perawatan;
    5. tanggal masuk rumah sakit;
    6. tanggal keluar rumah sakit;
    7. lama perawatan (LOS);
    8. nama dokter;
    9. jumlah biaya riil rumah sakit;
    10. tanggal lahir;
    11. umur (dalam tahun) ketika masuk rumah sakit;
    12. umur (dalam hari) ketika masuk rumah sakit;
    13. jenis kelamin;
    14. pengesahan severity level;
    15. surat rujukan;
    16. status ketika pulang;
    17. berat badan baru lahir (dalam gram);
    18. diagnosis utama;
    19. diagnosis sekunder (komplikasi dan komorbiditi); dan
    20. prosedur/tindakan.
  - c. Pengajuan klaim FKTL kepada BPJS Kesehatan dilakukan setiap bulan secara rutin paling lambat tanggal 10 (sepuluh) bulan berikutnya, dalam

bentuk *softcopy* berupa file txt dan *hardcopy* meliputi:

1. surat elijibilitas peserta;
  2. surat rujukan jika surat elijibilitas peserta diterbitkan rumah sakit;
  3. apabila rawat jalan melampirkan bukti pelayanan yang mencantumkan diagnose dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung jawab Pelayanan (DPJP);
  4. surat perintah rawat inap;
  5. resume medis (untuk rawat inap) yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP);
  6. laporan operasi;
  7. protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus;
  8. resep alat kesehatan (diluar prosedur operasi);
  9. tanda terima alat kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak dll);
  10. billing system atau perincian tagihan manual rumah sakit; dan
  11. berkas pendukung lain yang diperlukan.
- d. Selanjutnya tagihan klaim tersebut akan diverifikasi oleh Petugas Verifikator BPJS dengan menggunakan Software verifikasi klaim BPJS Kesehatan.
- e. Setelah verifikasi selesai dilakukan, dibuat laporan pertanggungjawaban, yaitu:
1. rekapitulasi klaim yang berisi jumlah klaim dan total klaim keseluruhan.
  2. rekapitulasi klaim rawat jalan sebagai berikut:
    - a) berisi rekapitulasi klaim rawat jalan per hari;
    - b) ditandatangani kedua belah pihak;
    - c) buat kopi sebagai arsip verifikator; dan
    - d) simpan secara digital sebagai arsip.
  3. rekapitulasi klaim rawat inap sebagai berikut:

- a) berisi daftar klaim rawat inap per hari;
  - b) ditandatangani kedua belah pihak;
  - c) buat kopi sebagai arsip verifikator; dan
  - d) simpan secara digital sebagai arsip.
4. klaim koreksi.

## Bagian Kedua Pembayaran Klaim

### Pasal 12

- (1) Pembayaran klaim atas tagihan biaya pelayanan kesehatan FKTL dibayarkan oleh BPJS paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap dan benar di Kantor Cabang BPJS.
- (2) Dalam hal terjadi keterlambatan pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) maka BPJS akan membayar ganti rugi kepada FKTL sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.
- (3) Apabila di kemudian hari ditemukan kekurangan pembayaran maka BPJS membayar kekurangan kepada FKTL.
- (4) Biaya transfer antar bank menjadi tanggungan FKTL.

## Bagian Ketiga Rekonsiliasi

### Pasal 13

- (1) FKTL melakukan rekonsiliasi atas jumlah pembayaran dari Dana BPJS setiap triwulan.
- (2) Rekonsiliasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan membandingkan jumlah pembayaran dana klaim oleh BPJS dengan perhitungan kewajiban FKTL berdasarkan dokumen pertanggungjawaban keuangan yang diajukan kepada BPJS.
- (3) Hasil rekonsiliasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dituangkan dalam Berita Acara Rekonsiliasi.

- (4) Berita Acara Rekonsiliasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditandatangani oleh:
  - a. pejabat penanggung jawab rekonsiliasi pada FKTL; dan
  - b. pejabat BPJS.
- (5) Rekonsiliasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) sampai dengan penandatanganan Berita Acara Rekonsiliasi dilaksanakan paling lambat tanggal 20 (dua puluh) setiap akhir triwulan.
- (6) Dalam hal tanggal 20 (dua puluh) sebagaimana dimaksud pada ayat (5) bertepatan dengan hari libur, maka Rekonsiliasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) sampai dengan penandatanganan Berita Acara Rekonsiliasi dilakukan pada hari kerja berikutnya.

#### Pasal 14

Berdasarkan Berita Acara Rekonsiliasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 terdapat kelebihan dan kekurangan pembayaran Dana hasil klaim dari BPJS, kelebihan dan kekurangan pembayaran diperhitungkan sebagai pembayaran di muka atas jumlah pembayaran dana BPJS untuk bulan berikutnya.

### BAB IV PERENCANAAN

#### Bagian Kesatu Umum

#### Pasal 15

- (1) Seluruh PNBPN dikelola dalam sistem APBN.
- (2) Pengelola PNBPN wajib menyusun rencana PNBPN yang berasal dari BPJS Kesehatan dengan mengikuti siklus APBN yang merupakan satu kesatuan dalam usulan rencana PNBPN Kemhan dan TNI.
- (3) Rencana PNBPN sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disusun dalam bentuk target dan pagu penggunaan

PNBP.

- (4) Pagu penggunaan PNBP sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disusun setelah mendapat persetujuan izin penggunaan dana dari Menteri Keuangan yang didelegasikan kepada KPPN.

## Bagian Kedua

### Usulan Rencana PNBP

#### Pasal 16

- (1) Pengelola PNBP wajib menyusun usulan rencana PNBP dalam Pagu Indikatif secara berjenjang kepada Menteri dalam hal ini Dirjen Renhan Kemhan paling lambat pada minggu kedua bulan Januari.
- (2) Usulan rencana PNBP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilengkapi Dokumen paling sedikit memuat:
  - a. pokok-pokok kebijakan PNBP;
  - b. realisasi PNBP 2 (dua) tahun anggaran terakhir;
  - c. perkiraan realisasi PNBP tahun anggaran berjalan;
  - d. target PNBP untuk tahun anggaran yang direncanakan dan 3 (tiga) tahun anggaran rencana ke depan;
  - e. justifikasi atas peningkatan atau penurunan target PNBP tahun anggaran yang direncanakan terhadap target PNBP tahun anggaran berjalan;
  - f. arsip data komputer rencana PNBP menggunakan Aplikasi Target PNBP (TPNBP) yang menjadi satu bagian dengan Sistem Informasi PNBP *Online* (SIMPONI);
  - g. realisasi penggunaan dana PNBP 2 (dua) tahun anggaran terakhir;
  - h. perkiraan realisasi penggunaan dana PNBP tahun anggaran berjalan dalam hal Kemhan telah memiliki persetujuan penggunaan sebagian dana PNBP; dan
  - i. pagu penggunaan PNBP untuk 3 (tiga) tahun anggaran yang direncanakan.



Pasal 17

- (1) Dirjen Renhan Kemhan melakukan penelitian data usulan rencana PNBP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat (1) selanjutnya disampaikan kepada Menteri Keuangan paling lambat pada minggu ketiga bulan Januari.
- (2) Usulan rencana PNBP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan dengan surat pengantar yang ditandatangani Dirjen Renhan Kemhan dalam bentuk proposal dilengkapi dokumen usulan rencana PNBP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat (2).

Bagian Ketiga

Perubahan Rencana Penerimaan Negara Bukan Pajak

Pasal 18

- (1) Dalam hal terdapat perubahan asumsi dan/atau perubahan kebijakan di lingkungan Kemhan dan TNI, Pengelola PNBP dapat menyampaikan usulan perubahan rencana PNBP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat (1) secara berjenjang kepada Dirjen Renhan Kemhan paling lambat pada minggu kedua bulan Mei.
- (2) Usulan perubahan rencana PNBP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilengkapi dengan dokumen sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat (2) dengan disertai penjelasan atas perubahan asumsi dan/atau perubahan kebijakan di lingkungan Kemhan dan TNI.
- (3) Dirjen Renhan Kemhan melakukan penelitian data usulan perubahan rencana PNBP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) selanjutnya disampaikan kepada Menteri Keuangan dilengkapi dengan dokumen sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat (2) dengan disertai penjelasan atas perubahan asumsi dan/atau perubahan kebijakan di lingkungan Kemhan dan TNI paling lambat pada minggu ketiga bulan Mei.

Bagian Keempat  
Rencana Penerimaan Negara Bukan Pajak  
Dalam Penyusunan Alokasi Anggaran

Pasal 19

- (1) Dalam hal rancangan APBN telah disahkan menjadi APBN, Dirjen Renhan Kemhan melakukan penyesuaian atas rencana PNBPN.
- (2) Dirjen Renhan Kemhan menyampaikan penyesuaian atas rencana dan Arsip Data Komputer (ADK) PNBPN secara tertulis kepada Menteri Keuangan paling lambat 1 (satu) minggu setelah disahkan APBN.
- (3) Penyusunan RKA PNBPN bersamaan dengan penyusunan RKA K/L dilaksanakan melalui proses pembahasan secara berjenjang mulai dari tingkat Satker sampai dengan Kemhan untuk selanjutnya disampaikan ke Kementerian Keuangan.
- (4) Atas dasar RKA K/L sebagaimana dimaksud pada ayat (3) akan ditetapkan menjadi DIPA Petikan Daerah.

BAB V  
PELAKSANAAN

Bagian Kesatu  
Perubahan Penerimaan Negara Bukan Pajak

Pasal 20

- (1) Dalam rangka penyusunan Rancangan Perubahan APBN, Pengelola PNBPN dapat menyampaikan usulan perubahan PNBPN secara berjenjang kepada Dirjen Renhan Kemhan.
- (2) Usulan perubahan rencana PNBPN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilengkapi dengan dokumen paling sedikit memuat:
  - a. realisasi PNBPN tahun anggaran berkenaan;
  - b. perubahan target PNBPN tahun anggaran berjalan;
  - c. justifikasi atas perubahan target PNBPN tahun anggaran berjalan;

- d. arsip data komputer rencana PNBPN menggunakan Aplikasi Target PNBPN (TPNBPN) yang menjadi satu bagian dengan Sistem Informasi PNBPN *Online* (SIMPONI);
- e. realisasi penggunaan dana PNBPN tahun anggaran berjalan dalam hal Kemhan telah memiliki persetujuan penggunaan sebagian dana PNBPN; dan
- f. perubahan pagu penggunaan PNBPN tahun anggaran berjalan.

#### Pasal 21

- (1) Dirjen Renhan Kemhan melakukan penelitian data usulan perubahan rencana PNBPN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (1) selanjutnya disampaikan kepada Menteri Keuangan.
- (2) Usulan perubahan rencana PNBPN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan dengan surat pengantar yang ditandatangani oleh Dirjen Renhan Kemhan dalam bentuk proposal dilengkapi dokumen usulan perubahan rencana PNBPN.

#### Bagian Kedua

Revisi Anggaran Penerimaan Negara Bukan Pajak pada  
Tahun Anggaran Berkenaan

#### Pasal 22

Revisi atas Perubahan anggaran belanja yang bersumber dari dana PNBPN dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

#### Bagian Ketiga

Penyetoran dan Pencairan

#### Pasal 23

Prosedur penyetoran dan pencairan dana PNBPN diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Keempat  
Penggunaan

Pasal 24

Penggunaan dana PNBPN meliputi:

- a. barang habis pakai yang merupakan komponen dukungan kesehatan sebesar 35% (tiga puluh lima persen);
- b. jasa pelayanan sebesar 30% (tiga puluh persen) digunakan untuk membiayai kegiatan sebagai berikut:
  1. medis;
  2. paramedis; dan
  3. non medis terdiri atas:
    - a) pendukung; dan
    - b) administrator.
- c. peningkatan pelayanan pasien dinas, pemeliharaan, operasional perkantoran, dan investasi sebesar 35% (tiga puluh lima persen).

BAB VI

PERTANGGUNGJAWABAN DAN PELAPORAN

Pasal 25

Pengelola PNBPN wajib menatausahakan dan mempertanggungjawabkan keuangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 26

- (1) Pengelola PNBPN wajib menyampaikan laporan bulanan mengenai seluruh transaksi keuangan yang meliputi kas, utang, piutang, persediaan dan perubahan/penambahan asset tetap secara berjenjang kepada Ka UO.
- (2) Ka UO wajib menyampaikan laporan triwulanan mengenai seluruh penerimaan dan penggunaan dana PNBPN kepada Menteri.
- (3) Dirjen Renhan Kemhan atas nama Menteri menyampaikan laporan triwulanan mengenai seluruh

penerimaan dan penggunaan dana PNBP di lingkungan Kemhan dan TNI kepada Menteri Keuangan.

## BAB VII MONITORING DAN EVALUASI

### Pasal 27

- (1) Dirjen Renhan Kemhan, Asrena/Aspers Angkatan selaku pembina fungsi anggaran bersama Dirjen Kuathan Kemhan, Kapuskes TNI, Kapusrehab Kemhan, Dir/Kadiskes Angkatan selaku pembina fungsi kesehatan, Kapusku Kemhan, Dirku/ Kadisku Angkatan selaku pembina fungsi akuntansi dan pelaporan keuangan melaksanakan monitoring dan evaluasi setiap semester.
- (2) Hasil pelaksanaan monitoring dan evaluasi disampaikan kepada Menteri dan/atau Ka UO.

## BAB VIII PENGAWASAN DAN PEMERIKSAAN

### Pasal 28

- (1) Pengawasan dan pemeriksaan pengelolaan PNBP dilaksanakan secara:
  - a. internal; dan
  - b. eksternal.
- (2) Pengawasan dan pemeriksaan internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dilaksanakan oleh Inspektorat di lingkungan Kemhan dan TNI.
- (3) Pengawasan dan pemeriksaan eksternal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

BAB IX  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 29

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 16 Februari 2016

MENTERI PERTAHANAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

RYAMIZARD RYACUDU

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 8 Maret 2016

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

ttd

WIDODO EKATJAHJANA