

PERJANJIAN KERJA SAMA
ANTARA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN CABANG SURABAYA
DENGAN
RUMAH SAKIT UMUM RSPAL DR.RAMELAN SURABAYA
TENTANG
PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN
BAGI PESERTA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

Nomor : 389/KTR/VII-01/1224

Nomor : PKS/93/XII/2024

Perjanjian ini dibuat dan ditandatangani di Surabaya, pada hari Senin tanggal Enam Belas Bulan Desember tahun Dua Ribu Dua Puluh Empat, oleh dan antara:

- I. *Hernina Agustin Arifin*, selaku Kepala BPJS Kesehatan Cabang SURABAYA yang berkedudukan dan berkantor di Jalan Raya Dharma Husada Indah No.2, Mojo, Gubeng Surabaya, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Keputusan Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor : 208/Peg-04/0123 tanggal 20 Januari 2023 karenanya sah bertindak untuk dan atas nama serta mewakili BPJS Kesehatan, selanjutnya disebut "**PIHAK KESATU**";
- II. *Laksamana Pertama TNI dr. Sujoko Purnomo, Sp.B*, selaku Kepala RSPAL dr. Ramelan berdasarkan Surat Perintah Kepala Staf Angkatan Laut Nomor Sprin/41/I/2024 tanggal 2 Januari 2024 yang berkedudukan dan berkantor di Jl. Gadung No. 1, Jagir, Wonokromo, Surabaya dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut, karenanya sah bertindak untuk dan atas nama serta mewakili RSPAL dr. Ramelan, selanjutnya disebut "**PIHAK KEDUA**".

Selanjutnya **PIHAK KESATU** dan **PIHAK KEDUA** yang secara bersama-sama disebut **PARA PIHAK** dan masing-masing disebut **PIHAK** sepakat untuk menandatangani Perjanjian Kerja Sama tentang Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan, dengan terlebih dahulu menerangkan hal-hal sebagai berikut:

- A. bahwa **PIHAK KESATU** merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan Program Jaminan Sosial Kesehatan sebagaimana diamanatkan oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;

- B. bahwa **PIHAK KEDUA** merupakan Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisistik atau subspesialisistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
- C. Surat pemberitahuan dari **PIHAK KESATU** kepada **PIHAK KEDUA** 2780/VII-01/1224 Tanggal 18-12-2024 tentang Hasil Kredensialing/Rekredensialing.

Sehubungan dengan hal-hal tersebut di atas, **PARA PIHAK** setuju dan sepakat untuk menandatangani Perjanjian Kerja Sama tentang Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan (yang selanjutnya disebut "Perjanjian"), dengan syarat dan ketentuan sebagai berikut:

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Kecuali apabila ditentukan lain secara tegas dalam Perjanjian ini, istilah-istilah di bawah ini memiliki pengertian-pengertian sebagai berikut:

1. Alat Kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin, peralatan, implan, reagen dan kalibrator in vitro, perangkat lunak, serta material atau sejenisnya yang digunakan pada manusia untuk tujuan medis dan tidak mencapai kerja utama melalui proses farmakologi, imunologi, atau metabolisme;
2. Alat bantu kesehatan adalah alat kesehatan yang dibayarkan diluar paket kapitasi dan/atau INA-CBG sesuai ketentuan yang berlaku;
3. Asosiasi Fasilitas Kesehatan adalah Asosiasi fasilitas kesehatan yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri, yang mempunyai fungsi dan tugas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
4. Audit adalah serangkaian kegiatan untuk mencari, mengumpulkan, mengolah data dan/atau keterangan lainnya untuk mengevaluasi efektivitas Pengendalian Internal atau untuk menguji kepatuhan pemenuhan kewajiban atau untuk tujuan lain dalam rangka menguji pelaksanaan kriteria tertentu. Kriteria yang dimaksud adalah sesuai ruang lingkup Perjanjian ini yaitu penyelenggaraan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan yang meliputi proses kerja sama, penyelenggaraan pelayanan kesehatan, pengajuan dan pembayaran tagihan klaim;
5. Audit administrasi klaim adalah proses mencari, menemukan bukti secara sistematis terkait kebenaran, akurasi, dan validitas berkas klaim yang dilakukan oleh **PIHAK KESATU** pada kondisi ditemukan adanya indikasi penyalahgunaan pelayanan kesehatan

- di Fasilitas Kesehatan yang bersumber dari hasil Verifikasi Pascaklaim; hasil *utilization review* dan deteksi potensi kecurangan di Fasilitas Kesehatan; informasi/laporan peserta; serta laporan hasil audit oleh auditor;
6. Auditor BPJS Kesehatan atau Auditor **PIHAK KESATU** adalah pegawai tetap BPJS Kesehatan yang diberi tugas (dengan melampirkan surat tugas), tanggung jawab, wewenang, dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan audit dengan periode waktu audit dilaksanakan secara berkala dan berkesinambungan, sesuai ketentuan perundang-undangan;
 7. Auditor Eksternal **PIHAK KESATU** adalah lembaga pengawas independen yang melakukan pengawasan terhadap BPJS Kesehatan sesuai ketentuan perundang-undangan;
 8. Auditor Eksternal **PIHAK KEDUA** adalah **PIHAK** lain yang melakukan pengawasan terhadap **PIHAK KEDUA** sesuai ketentuan perundang-undangan;
 9. Audit Medis adalah pemeriksaan atau peninjauan prosedur medis yang dilakukan oleh Tim Kendali Mutu Kendali Biaya (TKMKB) secara sistematis yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan hasil pelayanan pasien melalui peninjauan terstruktur untuk memeriksa dan membandingkan praktik medis, prosedur medis serta hasilnya, dengan standar prosedur medis baku yang disepakati. Selanjutnya hasil tinjauan digunakan untuk melakukan perubahan prosedur medis pada bagian tertentu, atau menggantinya dengan standar baru sesuai ketentuan perundang-undangan;
 10. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum, yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. BPJS Kesehatan merupakan badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada Presiden;
 11. Berita Acara Kelengkapan Berkas Klaim yang selanjutnya disingkat BAKB Klaim adalah catatan laporan klaim yang telah diterima lengkap oleh **PIHAK KESATU** yang ditandatangani oleh **PIHAK KESATU** dan **PIHAK KEDUA** yang berisikan keterangan waktu dan tempat, serta jumlah kasus dan biaya klaim yang telah diterima lengkap;
 12. Bulan Pelayanan adalah bulan dimana **PIHAK KEDUA** memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta;
 13. Data Pribadi adalah data tentang orang perseorangan yang teridentifikasi atau dapat diidentifikasi secara tersendiri atau dikombinasi dengan informasi lainnya baik secara langsung maupun tidak langsung melalui sistem elektronik atau non elektronik;
 14. Dewan Pertimbangan Medik atau selanjutnya disebut DPM adalah tim yang dibentuk oleh BPJS Kesehatan terdiri dari dokter ahli untuk menjadi mitra dalam mengendalikan mutu dan biaya pelayanan kesehatan Peserta di Fasilitas Kesehatan;

15. Dewan Pertimbangan Klinis yang selanjutnya disingkat DPK adalah dewan yang dibentuk oleh Menteri untuk menyelesaikan sengketa klinis di tingkat Pusat dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan;
16. Dokumen klaim diterima lengkap adalah diterimanya berkas pengajuan klaim termasuk berkas pendukung pelayanan secara lengkap sesuai yang dipersyaratkan;
17. *E-Catalogue* Obat atau katalog elektronik obat adalah sistem informasi elektronik yang memuat daftar, jenis, spesifikasi teknis, dan harga barang tertentu dari berbagai Penyedia Barang/Jasa Pemerintah, yang digunakan sebagai dasar pembayaran klaim pelayanan obat diluar paket INA-CBG;
18. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah tempat dan/atau alat yang digunakan untuk menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan kepada perseorangan ataupun masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat;
19. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (disingkat FKRTL) yang selanjutnya disebut **PIHAK KEDUA** adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisistik atau subspecialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus;
20. Formularium Nasional adalah daftar obat yang disusun oleh komite nasional yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, didasarkan pada bukti ilmiah mutakhir berkhasiat, aman, dan dengan harga yang terjangkau yang disediakan serta digunakan sebagai acuan penggunaan obat dalam jaminan kesehatan nasional;
21. Identitas Peserta adalah identitas yang didapatkan sebagai bukti telah terdaftar sebagai Peserta Jaminan Kesehatan berupa Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang paling sedikit memuat nama dan nomor identitas Peserta yang terintegrasi dengan Nomor Identitas Kependudukan kecuali untuk bayi baru lahir;
22. 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 Jaminan Kesehatan atau iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah;
23. Kecurangan (*fraud*) adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja, untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
24. Kelas Perawatan adalah ruang perawatan kelas III, kelas II, dan kelas I sebagai manfaat nonmedis berupa akomodasi layanan rawat inap yang diberikan berdasarkan besaran iuran Peserta;

25. Kesan Pesan Setelah Layanan selanjutnya disebut **KESSAN** adalah suatu proses evaluasi pelayanan **PIHAK KEDUA** yang dilaksanakan melalui mekanisme survei untuk memperoleh umpan balik atau kesan pengalaman Peserta setelah menerima layanan dari Fasilitas Kesehatan;
26. Klaim adalah permintaan pembayaran atau tagihan atas biaya pelayanan kesehatan oleh **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK KESATU**;
27. Klaim Dispute adalah klaim hasil verifikasi yang memerlukan penyelesaian lebih lanjut sesuai ketentuan yang berlaku dan disepakati oleh ke dua belah pihak sebagai klaim dispute dibuktikan dengan berita acara disertai lampiran rincian klaim dispute yang ditandatangani oleh **PARA PIHAK**. Klaim dispute terdiri dari antara lain yaitu klaim dispute medis, klaim dispute koding, klaim dispute obat dan klaim dispute koordinasi manfaat;
28. Klaim kedaluwarsa adalah klaim yang sudah melewati batas ketentuan pengajuan yaitu lebih dari 6 (enam) bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan;
29. Klaim Layak adalah klaim hasil verifikasi yang telah sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
30. Klaim Tidak Layak adalah klaim hasil verifikasi yang tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
31. Klaim *pending* adalah klaim hasil verifikasi yang memerlukan konfirmasi kepada **PIHAK KEDUA**;
32. Klaim reguler adalah klaim yang diajukan kepada **PIHAK KESATU** pada bulan berjalan atas pelayanan yang diberikan **PIHAK KEDUA** pada bulan sebelumnya
33. Klaim susulan adalah klaim yang disusulkan atas klaim bulan pelayanan yang telah diajukan pada periode sebelumnya;
34. Klasifikasi Rumah Sakit adalah penetapan kelas rumah sakit yang ditetapkan klasifikasinya berdasarkan kemampuan pelayanan yang didasarkan pada jenis pelayanan, sarana dan prasarana, peralatan, serta Sumber Daya Manusia Kesehatan dan proses penetapan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
35. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya;
36. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan;
37. Pelayanan Canggih di dalam perjanjian ini meliputi Pelayanan Kemoterapi, Radioterapi, Kateterisasi Jantung, Kateterisasi Otak, dan pelayanan kesehatan lainnya yang memanfaatkan sumber radiasi yang ditentukan oleh Kantor Pusat **PIHAK KESATU**, yang persetujuannya dilakukan oleh Kantor Pusat **PIHAK KESATU**;
38. Pelayanan prima adalah standar pelayanan yang diberikan kepada Peserta meliputi dimensi kelengkapan fasilitas dalam memberikan pelayanan; sikap petugas pemberi layanan; dan alur pelayanan;

39. Pelindungan Data Pribadi adalah keseluruhan upaya untuk melindungi Data Pribadi dalam rangkaian pemrosesan Data Pribadi guna menjamin hak konstitusional Subjek Data Pribadi;
40. Pengendali Data Pribadi adalah setiap orang, badan publik, dan organisasi internasional yang bertindak sendiri-sendiri atau bersama-sama dalam menentukan tujuan dan melakukan kendali pemrosesan Data Pribadi;
41. Penjaminan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan adalah hak Peserta yang telah membayar iuran atas pelayanan kesehatan perorangan yang sesuai dengan indikasi medis dengan tujuan menyelamatkan nyawa dan/atau menghilangkan gangguan produktifitas, terstandar, efektif dan efisien dan bukan cakupan program lain;
42. Pembayaran klaim pelayanan kesehatan adalah penggantian biaya pelayanan kesehatan yang sesuai standar dan kriteria manfaat Program Jaminan Kesehatan kepada **PIHAK KEDUA** sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
43. Perhitungan hari kalender adalah perhitungan hari Senin sampai dengan Minggu tanpa hari libur;
44. Perhitungan hari kerja adalah perhitungan tanggal yang hanya menghitung tanggal efektif bekerja yaitu hari senin sampai dengan jumat, kecuali terdapat hari libur nasional dan hari cuti bersama yang telah ditetapkan Pemerintah;
45. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan;
46. Prosesor Data Pribadi adalah setiap orang, badan publik, dan organisasi internasional yang bertindak sendiri-sendiri atau bersama-sama dalam melakukan pemrosesan Data Pribadi atas nama Pengendali Data Pribadi;
47. Rekredensialing adalah proses penilaian ulang terhadap pemenuhan persyaratan kriteria wajib, kriteria teknis dan penilaian kinerja pelayanan terhadap **PIHAK KEDUA** dalam rangka akan melakukan perpanjangan kerja sama dengan **PIHAK KESATU**;
48. Resume medis adalah ringkasan pulang yang dibuat oleh dokter yang melakukan perawatan pasien yang memuat identitas pasien, diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat, ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan, rencana tindak lanjut, nama dan tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pasien, dapat berupa lembar salinan cetak atau dalam bentuk resume medis elektronik sesuai dengan ketentuan;
49. Reviu Kelas adalah pembinaan dan pengawasan oleh Menteri dalam rangka kesesuaian kelas rumah sakit sesuai dengan standar klasifikasi yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan;
50. Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit;

51. Selisih Biaya adalah tambahan biaya yang dibayar Peserta pada saat memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi daripada haknya;
52. Subjek Data Pribadi adalah orang perseorangan yang memiliki Data Pribadi yang melekat pada dirinya;
53. Sumber Daya Manusia Kesehatan adalah seseorang yang bekerja secara aktif di bidang Kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal Kesehatan maupun tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan Upaya Kesehatan;
54. Supervisi, Bukti, dan Lihat Langsung selanjutnya disebut SiBLing adalah suatu aktivitas pemantauan atas pemenuhan kewajiban **PIHAK KEDUA** dalam dimensi mutu yang dilaksanakan melalui kegiatan kunjungan ke Fasilitas Kesehatan yang dilakukan oleh Pegawai BPJS Kesehatan dan/atau Pihak lain yang juga merupakan Peserta Program JKN;
55. Surat Eligibilitas Peserta selanjutnya disebut SEP adalah dokumen keabsahan/tanda bukti status keaktifan Peserta Program Jaminan Kesehatan;
56. Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak **PIHAK KEDUA** yang selanjutnya disebut SPTJM **PIHAK KEDUA** adalah pernyataan yang diterbitkan/dibuat oleh **PIHAK KEDUA** yang memuat jaminan atau pernyataan bahwa seluruh dokumen/berkas pengajuan klaim telah dipastikan kebenarannya dan disertai kesanggupan untuk mengembalikan kepada **PIHAK KESATU** apabila terdapat ketidaksesuaian, ketidakbenaran atau kelebihan pembayaran;
57. Tarif *Indonesian-Case Based Group* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun nonmedis, berdasarkan peraturan yang ditetapkan oleh Menteri;
58. Tarif Non INA-CBG merupakan tarif untuk beberapa pelayanan tertentu yaitu alat bantu kesehatan, obat kemoterapi, obat penyakit kronis, CAPD dan PET scan. Tata cara pengajuan klaim Tarif Non INA-CBG dilakukan secara terpisah dari sistem INA-CBG berdasarkan peraturan yang ditetapkan oleh Menteri;
59. Teguran lisan adalah sanksi yang disampaikan secara langsung kepada fasilitas kesehatan dan didokumentasikan secara tertulis;
60. Teguran tertulis adalah sanksi yang disampaikan dalam bentuk Surat Peringatan kepada fasilitas kesehatan yang tidak menindaklanjuti teguran lisan;
61. Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya atau selanjutnya disebut TKMKB adalah Tim yang dibentuk sesuai ketentuan perundang-undangan dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya dalam penyelenggaraan program jaminan sosial kesehatan. TKMKB terbagi atas tim koordinasi dan tim teknis. Tim koordinasi terdiri dari unsur: a. organisasi profesi; b. akademisi; dan c. pakar klinis. Tim teknis terdiri dari unsur klinisi yang merupakan komite medis **PIHAK KEDUA**;

62. Tim Anti Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional (Tim AK JKN) **PIHAK KESATU** adalah Tim Adhoc BPJS Kesehatan yang bertugas untuk melakukan fungsi pencegahan dan penanganan kecurangan dengan berkoordinasi bersama instansi terkait sesuai peraturan yang berlaku;
63. Tim Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional **PIHAK KEDUA** adalah Tim pencegahan Kecurangan JKN di **PIHAK KEDUA** yang terdiri atas unsur satuan pemeriksaan internal, komite medik, perekam medis, Koder, dan unsur lain yang terkait dalam rangka pencegahan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional sesuai ketentuan perundang-undangan;
64. Tim Pertimbangan Klinis yang selanjutnya disingkat TPK adalah tim yang dibentuk oleh Gubernur untuk menyelesaikan sengketa klinis di tingkat provinsi dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan;
65. Verifikasi klaim adalah proses pemeriksaan administratif terhadap kelengkapan dokumen sebagai syarat dalam pembayaran klaim;
66. Verifikasi Pascaklaim adalah proses pengujian secara uji petik terhadap validitas dan akurasi terhadap klaim yang sudah dibayarkan oleh **PIHAK KESATU** yang pelaksanaannya dilakukan terhadap klaim yang telah diajukan tidak lebih dari 12 bulan;
67. Verifikator adalah pegawai **PIHAK KESATU** yang diberi tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan proses verifikasi terhadap kelengkapan berkas klaim yang diajukan dan kesesuaian diagnosis serta tindakan sesuai ketentuan yang berlaku.

Pasal 2

- (1) Maksud dari Perjanjian adalah untuk melakukan kerja sama yang setara dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan.
- (2) Tujuan Perjanjian ini adalah mengatur syarat dan ketentuan dalam kerja sama dalam penyelenggaraan layanan kesehatan tingkat lanjutan bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan.

BAB II
PELAYANAN KESEHATAN
Bagian Kesatu
Ruang Lingkup Dan Prosedur Pelayanan
Pasal 3

- (1) Ruang lingkup Perjanjian ini meliputi pemberian Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan berupa upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik dan/atau subspesialisik yang terdiri dari rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
- (2) Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan berdasarkan prinsip kemudahan, kecepatan dan kesetaraan layanan bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan, yang diberikan oleh seluruh SDM Kesehatan yang dimiliki oleh **PIHAK KEDUA**.
- (3) Tindakan dan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien mendapatkan penjelasan secara lengkap dan mendapatkan persetujuan berupa *informed consent*.
- (4) Uraian Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan dan Prosedur Pelayanan Kesehatan bagi Peserta sebagaimana tercantum dalam Lampiran I Perjanjian ini.

Bagian Kedua
Hak dan Kewajiban Para Pihak
Pasal 4

Tanpa mengesampingkan hak dan kewajiban dalam pasal-pasal lain dari Perjanjian ini, **PARA PIHAK** sepakat untuk merinci hak dan kewajiban masing-masing sebagaimana diuraikan sebagai berikut:

(1) Hak **PIHAK KESATU**

- a. Mendapatkan data dan informasi tentang Sumber Daya Manusia Kesehatan dan sarana prasarana secara lengkap, benar, dan terkini dari **PIHAK KEDUA**;
- b. Memperoleh rekam medis Peserta dari **PIHAK KEDUA** berupa ringkasan rekam medis yang sudah dipastikan lengkap dan benar oleh **PIHAK KEDUA** untuk kepentingan pembayaran biaya pelayanan kesehatan;
- c. Melihat rekam medis Peserta baik secara langsung atau mengakses rekam medik elektronik di tempat **PIHAK KEDUA** dalam hal dibutuhkan untuk kepentingan verifikasi pascaklaim, audit administrasi klaim dan/atau audit yang dilakukan oleh **PIHAK KESATU** termasuk dalam hal untuk menindaklanjuti hasil audit yang dilakukan oleh pihak eksternal terhadap **PIHAK KESATU** dan audit medis yang dilakukan oleh TKMKB;

- d. Memberikan teguran dan/atau peringatan tertulis kepada **PIHAK KEDUA** dalam hal terjadinya penyimpangan terhadap pelaksanaan kewajiban **PIHAK KEDUA** dalam Perjanjian setelah dilakukan klarifikasi yang ditembuskan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan PERSI wilayah dalam rangka upaya pembinaan;
- e. Melakukan verifikasi terhadap tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan **PIHAK KEDUA**;
- f. Melakukan audit terhadap klaim yang telah dibayarkan kepada **PIHAK KEDUA**, yang dilakukan oleh Auditor **PIHAK KESATU**, dalam hal diperlukan sehubungan dengan kegiatan audit di **PIHAK KESATU**;
- g. Mendapatkan jaminan perlindungan keamanan, untuk itu setiap Petugas **PIHAK KESATU** yang bertugas di **PIHAK KEDUA** wajib melaporkan diri kepada **PIHAK KEDUA** dan menggunakan identitas resmi;
- h. Menerima informasi dari **PIHAK KEDUA** dalam hal Peserta Jaminan Kesehatan meninggal dunia;
- i. Menerima informasi secara tertulis dari **PIHAK KEDUA** dalam hal terdapat perubahan dokumen yang menjadi persyaratan mutlak kerja sama (Izin Operasional/Izin Usaha, Surat Izin Praktik, Sertifikat Akreditasi), selambat-lambatnya 10 (sepuluh) hari kerja sejak diterbitkannya dokumen perubahan atau diterimanya dokumen perubahan tersebut oleh **PIHAK KEDUA**;
- j. Melakukan monitoring pelayanan di **PIHAK KEDUA** melalui kegiatan SiBling, *customer visit* sesuai ketentuan yang berlaku; dan
- k. Menerima pengembalian pembayaran dari **PIHAK KEDUA** dalam hal terjadi kelebihan pembayaran berdasarkan hasil audit oleh pihak eksternal maupun internal, audit administrasi klaim, dan/atau verifikasi pascaklaim yang telah disepakati oleh **PARA PIHAK**.

(2) Kewajiban **PIHAK KESATU**

- a. Menyediakan dan memberikan informasi tentang kepesertaan, pembayaran, prosedur pelayanan kesehatan, tata cara pengajuan klaim, memberi umpan balik data utilisasi pelayanan kesehatan, dan mekanisme kerja sama kepada **PIHAK KEDUA**;
- b. Mengeluarkan BAKB klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari kalender sejak klaim diajukan oleh **PIHAK KEDUA** dan diterima oleh **PIHAK KESATU**. Dalam hal **PIHAK KESATU** tidak mengeluarkan BAKB klaim dalam waktu 10 (sepuluh) hari kalender maka berkas klaim dinyatakan lengkap;
- c. Memberikan alasan yang jelas secara tertulis dalam hal terdapat klaim *pending*;
- d. Menyampaikan pemberitahuan secara tertulis dalam hal terdapat keterlambatan pembayaran klaim dan membayar denda kepada **PIHAK KEDUA** sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan secara proporsional;

- e. Melakukan pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat 15 (lima belas) hari kalender sejak diterbitkannya berita acara kelengkapan berkas klaim atau sejak sudah terpenuhinya ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b. Dalam hal pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** jatuh pada hari libur maka pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** dilakukan pada hari kerja berikutnya;
- f. Melakukan monitoring dan evaluasi atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang diberikan **PIHAK KEDUA** secara berkala;
- g. Melakukan sosialisasi ketentuan dan prosedur terkait Jaminan Kesehatan secara berkala kepada *stakeholder* terkait/pihak yang berkepentingan berkoordinasi dengan **PIHAK KEDUA**;
- h. Menyimpan rahasia informasi peserta yang digunakan untuk proses pembayaran klaim, termasuk menjaga kerahasiaan isi rekam medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- i. Membayar kekurangan pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** dalam hal terjadinya kekurangan bayar berdasarkan hasil audit oleh pihak eksternal maupun internal yang dilakukan terhadap **PIHAK KESATU**, audit administrasi klaim, dan/atau verifikasi pascaklaim yang telah disepakati oleh **PARA PIHAK**;
- j. Menjaga nama baik (reputasi) **PIHAK KEDUA**;
- k. Membentuk Tim Anti Kecurangan JKN dan melaksanakan upaya pencegahan kecurangan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- l. Menyediakan aplikasi yang akan dipergunakan oleh **PIHAK KEDUA** untuk kepentingan proses pendaftaran pelayanan Peserta JKN untuk penerbitan surat eligibilitas yang kemudian akan dilakukan integrasi dengan Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) terbatas hanya yang berhubungan dengan administrasi klaim **PIHAK KEDUA** dengan ketentuan sebagaimana tercantum pada Lampiran IX Perjanjian ini;
- m. Menyediakan petugas yang memiliki fungsi pemberian informasi dan penanganan pengaduan Peserta Jaminan Kesehatan;
- n. Menyediakan sistem antrean pendaftaran pelayanan kesehatan secara *online* yang terhubung dengan Mobile JKN;
- o. Menerima pengajuan klaim **PIHAK KEDUA** dengan ketentuan yaitu berupa 1 (satu) kali pengajuan klaim reguler dan 1 (satu) kali pengajuan klaim susulan dan 1 (satu) kali pengajuan klaim *pending* atau klaim *dispute* dalam setiap 1 (satu) bulan, dengan ketentuan teknis sebagaimana diatur di dalam Lampiran Perjanjian;
- p. Memiliki kebijakan/pedoman dan melaksanakan prinsip *Good Governance*, termasuk berkomitmen untuk tunduk dan taat pada aturan terkait dengan anti gratifikasi berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;

- q. Melakukan edukasi kepada Peserta JKN untuk menggunakan sistem antrean online pendaftaran pelayanan kesehatan yang terintegrasi Mobile JKN;
- r. Menyampaikan pemberitahuan pengisian KESSAN kepada Peserta JKN melalui Aplikasi Mobile JKN atau melalui *Portal Quick Response* (POROS);
- s. Dalam pelaksanaan audit baik yang dilakukan oleh Auditor eksternal dan/atau internal, maka **PIHAK KESATU** wajib menginformasikan kepada **PIHAK KEDUA** antara lain tentang ruang lingkup audit dan periode waktu obyek audit;
- t. Menyediakan informasi yang mencukupi agar setiap Peserta dapat memilih fasilitas kesehatan yang sesuai dengan hak dan kebutuhan peserta;
- u. Membayar uang muka atas pelayanan yang sudah diberikan oleh **PIHAK KEDUA** berdasarkan pengajuan dari **PIHAK KEDUA** sesuai ketentuan yang berlaku pada kondisi keuangan Dana Jaminan Sosial Kesehatan paling sedikit mencukupi pembayaran klaim pelayanan kesehatan seluruh Indonesia untuk satu setengah bulan ke depan; dan
- v. Memberikan klarifikasi atas temuan audit eksternal yang dilakukan kepada **PIHAK KESATU**.

(3) Hak **PIHAK KEDUA**:

- a. Memperoleh informasi tentang kepesertaan, pembayaran, prosedur pelayanan kesehatan, tata cara pengajuan klaim dan mekanisme kerja sama;
- b. Menerima pembayaran klaim atas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kalender sejak BAKB klaim;
- c. Menerima ataupun tidak bersedia menerima denda dari **PIHAK KESATU** akibat terjadinya keterlambatan pembayaran klaim;
- d. Memperoleh informasi dan aplikasi (*software*) terkait dengan sistem informasi manajemen pelayanan yang berlaku dalam rangka tata kelola administrasi;
- e. Memperoleh sistem antrean pendaftaran pendaftaran pelayanan kesehatan secara *online* yang terhubung dengan Mobile JKN dari **PIHAK KESATU**;
- f. Memberikan tanggapan dan klarifikasi secara tertulis atas teguran dari **PIHAK KESATU** terkait pelanggaran sebagaimana dimaksud pada Pasal 14 Perjanjian ini;
- g. Memberikan klarifikasi dan informasi terhadap hasil verifikasi dan audit kepada **PIHAK KESATU**;
- h. Apabila setelah memberikan klarifikasi dan informasi sebagaimana dimaksud pada huruf g di atas, **PARA PIHAK** belum menemukan kesepakatan, maka **PARA PIHAK** dapat mengajukan penyelesaian sesuai dengan hirarki penyelesaian sesuai ketentuan perundang-undangan;
- i. Menerima kekurangan pembayaran dari **PIHAK KESATU** dalam hal terjadinya kekurangan bayar berdasarkan hasil audit oleh auditor internal dan eksternal yang

- melakukan pengawasan terhadap **PIHAK KESATU**, termasuk hasil verifikasi pascaklaim dan/atau audit administrasi klaim yang telah disepakati oleh **PARA PIHAK**;
- j. Mengusulkan penambahan lingkup pelayanan yang belum ada di dalam Perjanjian, untuk selanjutnya dilakukan mekanisme sebagaimana dimaksud di dalam Pasal 6 Perjanjian ini;
 - k. Mendapatkan jaminan perlindungan keamanan pada saat berada di area wilayah kantor **PIHAK KESATU**;
 - l. Membentuk tim audit internal dan/atau tim verifikasi untuk memberikan masukan dalam rangka perbaikan proses pengelolaan klaim;
 - m. Mempromosikan layanan kesehatan yang ada di **PIHAK KEDUA** sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - n. Mendapatkan uang muka atas pelayanan kesehatan yang sudah diberikan, berdasarkan pengajuan kepada **PIHAK KESATU** sesuai ketentuan yang berlaku; dan
 - o. Memberikan klarifikasi atas temuan audit eksternal yang dilakukan kepada **PIHAK KESATU**.

(4) Kewajiban **PIHAK KEDUA**:

- a. Memastikan keabsahan peserta dalam proses pendaftaran pelayanan kesehatan untuk penerbitan surat eligibilitas peserta;
- b. Memberikan pelayanan prima, pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminatif dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan kedokteran dan prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku sesuai kompetensi **PIHAK KEDUA**, termasuk memberikan informasi yang jelas atas setiap tindakan dan pelayanan yang diberikan, tidak melakukan pembatasan hari perawatan selain atas indikasi medis, tidak meminta biaya tambahan kepada peserta, dan memberikan pelayanan kesehatan tanpa membedakan antara Peserta JKN dengan pasien umum/lainnya;
- c. Menerima pendaftaran pelayanan Peserta yang menunjukkan Nomor Induk Kependudukan (selanjutnya disebut NIK) atau Nomor Kepesertaan BPJS Kesehatan sebagaimana diatur dalam Lampiran I pada Perjanjian ini dan tanpa meminta fotokopi berkas atau dokumen lainnya kepada Peserta. Dalam hal **PIHAK KEDUA** membutuhkan salinan dokumen identitas Peserta atau dokumen lain maka disiapkan oleh **PIHAK KEDUA**;
- d. Melaksanakan dan mendukung program Jaminan Kesehatan sesuai ketentuan perundang-undangan;
- e. Menyediakan perangkat keras (*hardware*) dan jaringan komunikasi data dengan spesifikasi yang sudah ditentukan;
- f. Menyediakan Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) yang mudah diakses oleh Peserta untuk kepentingan proses administrasi pelayanan Peserta

- JKN, yang secara fungsional telah memenuhi persyaratan yang ditentukan **PIHAK KESATU**, yang kemudian akan digunakan dalam rangka integrasi dengan Aplikasi **PIHAK KESATU**;
- g. Memanfaatkan sistem antrean pendaftaran pelayanan kesehatan yang terintegrasi secara online dari **PIHAK KESATU**, serta melakukan edukasi kepada Peserta JKN untuk memanfaatkan pendaftaran antrean secara online antara lain melalui Aplikasi Mobile JKN dan/atau sistem pendaftaran antrean online yang dimiliki **PIHAK KEDUA**;
- h. Menyediakan data dan informasi tentang:
- 1) Sumber Daya Manusia Kesehatan, sarana prasarana, peralatan medis;
 - 2) Sistem antrean, jadwal tindakan medis operatif dan informasi ketersediaan tempat tidur rawat inap biasa dan tempat tidur rawat inap *intensive* yang dapat diakses oleh Peserta dan fasilitas kesehatan;
 - 3) Informasi isi rekam medis yang paling sedikit terdiri atas identitas pasien, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis, pengobatan dan rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan dan nama dan tanda tangan Tenaga Kesehatan pemberi pelayanan kesehatan, serta memastikan kesesuaian antara berkas pengajuan klaim dengan isi rekam medis. Dalam hal dibutuhkan untuk menindaklanjuti hasil audit dan/atau verifikasi pascaklaim, **PIHAK KEDUA** mengizinkan untuk melihat rekam medis pasien sesuai dengan ketentuan perundang-undangan;
- i. Memberikan konfirmasi dan mengembalikan kelebihan pembayaran jika terbukti terjadi kelebihan pembayaran, atas hasil audit yang dilakukan oleh Auditor Eksternal dan/atau Internal serta audit administrasi klaim, dan/atau verifikasi pascaklaim sesuai ketentuan perundang-undangan baik yang dilakukan pada masa perikatan atau setelah berakhirnya Perjanjian;
- j. Menetapkan petugas dan menyediakan sarana/unit yang berfungsi untuk memberikan pelayanan informasi dan penanganan pengaduan peserta JKN;
- k. Menyediakan SDM yang kompeten, tempat, sarana dan prasarana yang memadai dalam memastikan perluasan validasi biometrik berupa validasi wajah (data foto wajah) dan/atau sidik jari dengan tetap memperhatikan kondisi pasien untuk kecepatan waktu pelayanan;
- l. Memasang Janji Layanan JKN berupa poster, spanduk, banner atau media lain pada lokasi yang mudah dilihat dan diakses Peserta, serta mengimplementasikan isi Janji Layanan JKN;
- m. Memberikan jaminan perlindungan terhadap keamanan, kesehatan, dan keselamatan peserta, petugas dan pengunjung di lingkungan Rumah Sakit **PIHAK KEDUA** sesuai ketentuan perundang-undangan;
- n. Menjaga nama baik (reputasi) **PIHAK KESATU**;

- o. Membentuk Tim Pencegahan Kecurangan JKN dan melaksanakan upaya pencegahan kecurangan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- p. Memberikan informasi kepada Peserta dan **PIHAK KESATU** dalam hal terjadinya pengurangan atau penghentian sebagian operasional pelayanan kesehatan yang menyebabkan Peserta tidak bisa lagi mendapatkan pelayanan tersebut, baik untuk jangka waktu sementara ataupun seterusnya;
- q. Memberikan laporan rutin setiap bulannya kepada **PIHAK KESATU** dalam hal Peserta Jaminan Kesehatan meninggal dunia, serta bertanggung jawab terhadap kebenaran data tersebut;
- r. **PIHAK KEDUA** berkomitmen untuk:
 - 1) Memiliki kebijakan/pedoman dan melaksanakan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*;
 - 2) Memberikan pelayanan kesehatan mengacu kepada Panduan Praktik Klinik (PPK) yang telah dibuat, yang dapat dilengkapi dengan *Clinical Pathway* berdasarkan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) atau standar pelayanan kedokteran yang berlaku;
- s. Melaksanakan Program Rujuk Balik sesuai ketentuan perundang-undangan, termasuk memastikan persepsian obat sesuai dengan ketentuan Program Rujuk Balik serta berkomitmen untuk mencapai target rujuk balik yang ditetapkan oleh **PIHAK KESATU**;
- t. Menyerahkan pakta integritas *single login* bagi setiap *user* **PIHAK KEDUA** yang diberikan wewenang untuk melaksanakan operasional sistem informasi milik **PIHAK KESATU** sebagaimana format pakta integritas dalam Lampiran VII dan memberitahukan secara tertulis apabila terdapat pergantian *user* **PIHAK KEDUA**;
- u. Menginformasikan secara tertulis kepada **PIHAK KESATU** dalam hal terdapat perubahan dokumen yang menjadi persyaratan mutlak kerja sama (Izin Operasional/Izin Usaha, Surat Izin Praktik, Sertifikat Akreditasi) selambat-lambatnya 10 (sepuluh) hari kerja sejak diterbitkannya dokumen perubahan atau sejak diterimanya dokumen perubahan tersebut oleh **PIHAK KEDUA**;
- v. Memiliki (menyelesaikan pengurusan) izin operasional/izin berusaha untuk penyelenggaraan pelayanan Hemodialisis, Kedokteran Nuklir, Transplantasi, Radioterapi atau pelayanan lainnya, yang sesuai ketentuan perundang-undangan harus memiliki izin operasional/izin berusaha yang terpisah dari izin operasional/izin berusaha rumah sakit;
- w. Menjamin Peserta mendapatkan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis termasuk tidak membebaskan Peserta untuk mencari/mendapatkan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai secara mandiri;

- x. Menyampaikan pengisian KESSAN kepada Peserta JKN yang telah mendapatkan pelayanan kesehatan melalui Aplikasi Mobile JKN atau melalui *Portal Quick Response* (POROS);
- y. Menginformasikan secara tertulis Koder yang memiliki tugas dan tanggung jawab untuk melakukan kodifikasi diagnosis dan tindakan/prosedur yang ditulis oleh Dokter sesuai ketentuan yang berlaku, serta menyampaikan pembaruan apabila terdapat perubahan;
- z. Memberikan pelayanan Gawat Darurat kepada Pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya dan ketentuan yang berlaku;
- aa. Menolak keinginan Pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- bb. Melaksanakan etika Rumah Sakit.

Bagian Ketiga
Kelas Perawatan
Pasal 5

- (1) Hak Peserta atas kelas/kamar perawatan adalah sesuai dengan kelas/kamar perawatan.
- (2) Dalam hal Peserta harus menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit **PIHAK KEDUA**, maka **PIHAK KESATU** menjamin Peserta atas kelas/kamar perawatan yang ditentukan sebagai berikut:
 - a. hak ruang perawatan kelas III bagi:
 - 1) Peserta PBI Jaminan Kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah; dan
 - 2) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III;
 - 3) Peserta Penerima Upah yang mengalami PHK beserta keluarganya;
 - b. hak ruang perawatan kelas II bagi:
 - 1) Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 - 2) Prajurit dan penerima pensiun Prajurit yang setara PNS golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 - 3) Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara PNS golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 - 4) Peserta PPU selain angka 1 sampai dengan angka 3, kepala desa dan perangkat desa, dan Pekerja/pegawai sesuai ketentuan perundang-undangan, dengan Gaji atau Upah sampai dengan Rp4.000.000,00 (empat juta rupiah); dan
 - 5) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.

- c. hak ruang perawatan kelas I bagi:
- 1) Pejabat Negara dan anggota keluarganya;
 - 2) Pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah beserta anggota keluarganya;
 - 3) Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
 - 4) Prajurit dan penerima pensiun Prajurit yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
 - 5) Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
 - 6) Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya;
 - 7) Janda, duda, atau anak yatim dan/atau piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan;
 - 8) Peserta Pekerja Penerima Upah selain angka 1) sampai dengan angka 5), kepala desa dan perangkat desa, dan Pekerja/pegawai sesuai ketentuan perundang-undangan, dengan Gaji atau Upah lebih dari Rp4.000.000,00 (empat juta rupiah); dan
 - 9) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.
- (3) Peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya dapat meningkatkan kelas perawatan dengan membayar selisih biaya.
- (4) Bagi peserta yang menginginkan kelas pelayanan rawat inap yang lebih tinggi dari haknya, harus membayar selisih biaya setiap episode rawat inap dengan ketentuan:
- a. Pembayaran Selisih Biaya dilakukan dengan ketentuan:
 - 1) untuk peningkatan hak rawat kelas II naik ke kelas I, harus membayar selisih biaya antara Tarif INA-CBG pada kelas rawat inap kelas I dengan Tarif INA-CBG pada kelas rawat inap kelas II;
 - 2) untuk peningkatan hak rawat kelas I naik ke kelas di atas kelas I, harus membayar selisih biaya antara Tarif INA-CBG kelas I dengan Tarif kelas di atas kelas I yaitu paling banyak sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) dari Tarif INA-CBG kelas I. Kelas pelayanan rawat inap di atas kelas I meliputi *VIP/VVIP/ Super VIP/Suite*;
 - 3) untuk peningkatan hak rawat kelas II naik ke kelas di atas kelas I, harus membayar selisih biaya antara Tarif INA-CBG pada kelas rawat inap kelas I dengan Tarif INA-CBG pada kelas rawat inap kelas II ditambah paling banyak sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) dari Tarif INA-CBG kelas I. Kelas pelayanan rawat inap di atas kelas I meliputi *VIP/VVIP/ Super VIP/Suite*.
 - b. Ketentuan selisih biaya hak rawat kelas I naik ke kelas di atas kelas I dan hak rawat kelas II naik ke kelas di atas kelas I sebagaimana dimaksud pada huruf a tidak berlaku

apabila biaya pelayanan rawat inap di FKRTL tidak melebihi tarif INA-CBG sesuai hak Peserta.

- (5) Selisih antara biaya yang dijamin oleh **PIHAK KESATU** dengan biaya akibat peningkatan pelayanan dapat dibayar oleh:
 - a. Peserta yang bersangkutan;
 - b. Pemberi kerja; dan/atau
 - c. asuransi kesehatan tambahan.
- (6) Dalam hal selisih biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dibayar oleh pemberi kerja atau asuransi kesehatan tambahan maka ketentuan selisih biaya dibayarkan sesuai dengan kesepakatan antara pemberi kerja atau asuransi kesehatan tambahan dengan **PIHAK KEDUA**.
- (7) **PIHAK KEDUA** wajib menginformasikan kepada Peserta atau anggota keluarga mengenai ketentuan sistem pembayaran jaminan kesehatan sebagai satu paket yang ditagihkan; pola perhitungan selisih biaya sesuai dengan regulasi yang berlaku akibat dari memilih naik kelas rawat di atas kelas yang menjadi haknya; perkiraan biaya pelayanan yang dijamin oleh **PIHAK KESATU**; dan perkiraan besaran selisih biaya yang harus ditanggung, sebelum peserta menerima pelayanan di atas kelas yang menjadi haknya.
- (8) Untuk Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan, peserta Pekerja Bukan Penerima Upah kelas III; peserta Bukan Pekerja kelas III, Peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah pada Program Jaminan Kesehatan, Peserta Pekerja Penerima Upah yang mengalami Pemutusan Hubungan Kerja dan anggota keluarganya tidak diperkenankan meningkatkan perawatan yang lebih tinggi dari haknya.
- (9) Untuk peserta yang melakukan pindah kelas perawatan atas permintaan sendiri dalam satu episode perawatan hanya diperbolehkan untuk satu kali pindah kelas perawatan.
- (10) Dalam hal ruang rawat inap yang menjadi hak peserta penuh, peserta dapat dirawat di kelas perawatan di atas hak kelas rawat paling lama 3 (tiga) hari. Selanjutnya dikembalikan ke ruang perawatan yang menjadi haknya. Bila masih belum ada ruangan sesuai haknya, maka **PIHAK KEDUA** menawarkan kepada peserta untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan lain yang setara atau selisih biaya tersebut menjadi tanggung jawab (dibebankan) sesuai peraturan yang berlaku.
- (11) Apabila kelas sesuai hak peserta penuh dan kelas di atasnya penuh, peserta dapat dirawat di kelas satu tingkat lebih rendah paling lama 3 (tiga) hari dan kemudian dikembalikan ke kelas perawatan sesuai dengan haknya. Apabila perawatan di kelas yang lebih rendah dari haknya lebih dari 3 (tiga) hari, maka **PIHAK KESATU** membayar kepada **PIHAK KEDUA** sesuai dengan kelas dimana peserta dirawat.
- (12) Bila semua kelas perawatan di rumah sakit tersebut penuh maka **PIHAK KEDUA** menawarkan untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan yang setara dengan difasilitasi oleh **PIHAK KEDUA** dan berkoordinasi dengan **PIHAK KESATU**.

- (13) Penawaran **PIHAK KEDUA** kepada Peserta terhadap kenaikan atau penurunan hak kelas rawat Peserta sebagaimana yang dimaksud pada ayat (10) dan ayat (11), serta perpindahan ke fasilitas kesehatan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (12), dibuktikan surat persetujuan yang ditandatangani oleh Peserta, anggota keluarga Peserta, atau pihak lain yang dapat bertanggung jawab atas Peserta.
- (14) Dalam hal **PIHAK KEDUA** tidak menginformasikan kepada Peserta atau anggota keluarga mengenai selisih biaya yang harus ditanggung akibat dari kenaikan kelas perawatan, sebagaimana dimaksud pada ayat (7) yang dibuktikan dengan tidak adanya surat persetujuan yang ditandatangani oleh peserta maka selisih biaya menjadi tanggung jawab dan risiko **PIHAK KEDUA**.
- (15) **PIHAK KEDUA** wajib menerbitkan tagihan atas pelayanan peserta yang mengalami kenaikan kelas perawatan berupa satu tagihan yang tidak terpisah, yang paling sedikit memuat informasi biaya, lama hari rawat dan rincian selisih biaya.

Bagian Keempat
Penambahan Layanan
Pasal 6

- (1) Dalam rangka perluasan akses bagi Peserta, maka dalam hal terdapat penambahan lingkup pelayanan baru dan/atau penambahan Sumber Daya Manusia Kesehatan untuk jenis pelayanan yang telah tersedia, maka **PIHAK KEDUA** dapat mengajukan permohonan secara tertulis kepada **PIHAK KESATU**.
- (2) Dalam waktu selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan, **PIHAK KESATU** akan melakukan visitasi terhadap jenis pelayanan dimaksud pada ayat (1).
- (3) Terhadap hasil visitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) di atas, maka **PIHAK KESATU** akan memberitahukan secara tertulis kepada **PIHAK KEDUA** maksimal 1 (satu) bulan sejak dilakukan visitasi.
- (4) Dalam hal hasil visitasi telah memenuhi persyaratan, maka dituangkan dalam Berita Acara Penambahan Layanan yang menjadi bagian tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.
- (5) Untuk penambahan pelayanan canggih, **PIHAK KESATU** akan menginformasikan waktu pelaksanaan kredensialing kepada **PIHAK KEDUA**.
- (6) Visitasi terhadap penambahan lingkup pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) pada Pasal ini, tidak termasuk dalam hal terjadinya penambahan Sumber Daya Manusia Kesehatan untuk jenis pelayanan yang telah tersedia pada saat penandatanganan Perjanjian.
- (7) Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan sistem rujukan, maka **PIHAK KEDUA** menginput data SDM, fasilitas pelayanan dan sarana prasarana hasil

kredensialing atau rekredensialing, termasuk melakukan pembaruan apabila terdapat perubahan, ke dalam sistem informasi **PIHAK KESATU**.

- (8) Dalam hal **PIHAK KEDUA** bermaksud mengajukan penambahan SDM Kesehatan dimana SDM Kesehatan tersebut memiliki permasalahan atau sedang dalam proses penelusuran terkait kasus kecurangan pelayanan kesehatan Program JKN, maka menjadi pertimbangan **PIHAK KESATU** untuk tidak menyetujui permohonan tersebut.

BAB III

KLAIM PELAYANAN

Bagian Kesatu

Tarif Pelayanan Kesehatan

Pasal 7

- (1) Tarif pelayanan kesehatan di **PIHAK KEDUA** ditetapkan berdasarkan hasil kesepakatan tingkat provinsi antara **PIHAK KESATU** dengan perwakilan Asosiasi Fasilitas Kesehatan di setiap Provinsi dengan mengacu pada standar tarif INA-CBG yang ditetapkan oleh Menteri.
- (2) **PARA PIHAK** wajib memastikan bahwa *software* INA-CBG yang akan digunakan untuk mengajukan tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan kelompok tarif dan regionalisasi yang berlaku.
- (3) Tarif atas pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang dilakukan **PIHAK KEDUA** diberlakukan tarif INA-CBG berdasarkan kelompok tarif RS tipe A sesuai klasifikasi rumah sakit dan regional tarif I.
- (4) Apabila pada pertengahan masa berlakunya Perjanjian ini **PIHAK KEDUA** mendapatkan perubahan kelas rumah sakit yang dibuktikan dengan Surat Izin Operasional yang diberikan oleh Menteri atau Pemerintah Daerah Provinsi atau Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, maka **PARA PIHAK** sepakat untuk melakukan Adendum Perjanjian ini setelah dilakukan rekredensialing sesuai perubahan kelas yang baru.
- (5) Dalam hal ditemukan ketidaksesuaian kelas rumah sakit berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan pada saat kredensialing atau rekredensialing, maka **PIHAK KESATU** akan melaporkan kepada Menteri untuk dilakukan revaluasi kelas rumah sakit.
- (6) Rekomendasi penetapan hasil revaluasi kelas rumah sakit pada **PIHAK KEDUA** oleh Kementerian Kesehatan menjadi dasar bagi **PIHAK KESATU** untuk melakukan penyesuaian pembayaran tarif INA CBG.
- (7) Dalam hal sampai dengan waktu yang ditentukan peraturan perundang-undangan Kementerian Kesehatan belum menerbitkan rekomendasi penetapan hasil revaluasi kelas rumah sakit pada **PIHAK KEDUA**, maka **PIHAK KESATU** melakukan pembayaran klaim yang didasarkan pada tarif INA CBG sesuai hasil rekredensialing yang menjadi dasar penyampaian revaluasi

kelas kepada Kementerian Kesehatan yakni berdasarkan kelompok tarif RS tipe A sesuai klasifikasi rumah sakit dan regional tarif I.

- (8) Pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang diberikan **PIHAK KEDUA** merupakan salah satu komponen yang dibayarkan dalam paket *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG).
- (9) Penggunaan obat diluar Formularium Nasional/diluar restriksi dan/atau persepan maksimal hanya dimungkinkan setelah mendapat rekomendasi dari Komite Farmasi dan Terapi dengan persetujuan Komite Medik atau Kepala/Direktur rumah sakit yang biayanya sudah termasuk dalam tarif INA-CBG dan tidak boleh dibebankan kepada peserta.
- (10) Pelayanan Alat Kesehatan sudah termasuk dalam paket (INA-CBG). **PIHAK KEDUA** dan jejaringnya wajib menyediakan alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan oleh Peserta sesuai indikasi medis.
- (11) Pelayanan obat penyakit kronis dan obat kemoterapi dibayarkan berdasarkan tarif diluar paket INA-CBG sesuai ketentuan yang berlaku.
- (12) Pelayanan obat sebagaimana dimaksud pada ayat (11) di atas diberikan oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) atau Apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Dalam hal pelayanan obat tersebut dilakukan oleh IFRS, maka pelayanan obat diluar paket INA-CBG termasuk ke dalam lingkup Perjanjian ini.
- (13) Pelayanan alat bantu kesehatan yang diberikan **PIHAK KEDUA** dibayarkan berdasarkan tarif diluar paket INA-CBG sesuai ketentuan yang berlaku.
- (14) Pelayanan alat bantu kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (13) diberikan oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) atau jejaringnya, kecuali untuk pelayanan kacamata diberikan oleh Optikal yang bekerja sama dengan **PIHAK KESATU**. Dalam hal pelayanan alat bantu kesehatan tersebut dilakukan oleh IFRS, maka pelayanan alat bantu kesehatan tersebut termasuk ke dalam lingkup Perjanjian ini.

Bagian Kedua

Tanggungjawab Mutlak, Biaya, Tata Cara Penagihan

Dan Pembayaran Pelayanan Kesehatan

Pasal 8

- (1) Dalam rangka pembayaran klaim yang dilakukan oleh **PIHAK KESATU** atas biaya pelayanan Kesehatan yang diajukan oleh **PIHAK KEDUA**, **PIHAK KEDUA** menjamin dan menyatakan bertanggung jawab secara mutlak atas kebenaran seluruh dokumen klaim serta bertanggung jawab secara penuh apabila terdapat kerugian keuangan negara yang timbul atas dokumen klaim yang diajukan tersebut.

- (3) Klaim yang telah dinyatakan *dispute*, dikecualikan dari masa kedaluwarsa klaim sebagaimana dimaksud pada Pasal 9 Perjanjian ini.
- (4) Pembahasan klaim *dispute* dilakukan antara **PIHAK KESATU** dengan **PIHAK KEDUA** dan dapat melibatkan pihak eksternal seperti Dewan Pertimbangan Medik (DPM), Tim Ahli Pengodean Klinis, Tim/Dewan Pertimbangan Klinis (TPK/DPK), organisasi atau pakar coding INA-CBG dan/atau pemangku kepentingan terkait.
- (5) Pembahasan penyelesaian klaim *dispute* dilakukan antara **PIHAK KESATU** dengan **PIHAK KEDUA** dan dapat melibatkan pihak eksternal seperti Tim/Dewan Pertimbangan Klinis (TPK/DPK), Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau pemangku kepentingan terkait.
- (6) Dalam pembahasan penyelesaian klaim *dispute*, **PIHAK KESATU** dapat pula melibatkan pihak eksternal seperti Dewan Pertimbangan Medik (DPM), Tim Ahli Pengodean Klinis, organisasi profesi, pakar coding INA-CBG, penyelenggara jaminan lainnya dan/atau pemangku kepentingan terkait sesuai jenis klaim *dispute*.
- (7) Penyelesaian klaim *dispute* dilakukan secara berjenjang, dengan memperhatikan prinsip akuntabilitas dan waktu yang efisien.
- (8) Penyelesaian klaim *dispute* berlaku secara nasional jika penetapan kesepakatan antara Kantor Pusat **PIHAK KESATU** dengan Kementerian Kesehatan dituangkan dalam bentuk Peraturan perundang-undangan; Surat Edaran Menteri Kesehatan; atau Berita Acara Kesepakatan.
- (9) Penyelesaian klaim *dispute* koordinasi pemberian manfaat dilakukan dengan melibatkan Penyelenggara Jaminan, Kementerian/Lembaga terkait dan/atau Lembaga lainnya.

BAB IV
PEMBINAAN, PENGAWASAN DAN PENGENDALIAN
Bagian Kesatu
Umum
Pasal 11

- (1) Pembinaan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan, dilakukan oleh Dinas Kesehatan, TKMKB, Asosiasi Faskes dan/atau Organisasi Profesi.
- (2) Dalam rangka melakukan pengawasan dan pengendalian, **PIHAK KESATU** secara langsung atau dengan menunjuk pihak lain berhak untuk melakukan pemeriksaan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA**.
- (3) Untuk kepentingan pemeriksaan atau audit dan/atau audit medis terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh pihak internal maupun pihak eksternal, **PIHAK KEDUA** diwajibkan untuk menyediakan dokumen berupa data klaim, dokumen rekam medis berdasarkan sampel sesuai kebutuhan audit dan/atau audit

medis, bukti pendukung pelayanan lain yang dibutuhkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, sepanjang bukti yang diminta berhubungan dengan kasus yang di audit dan/atau audit medis.

- (4) Dalam rangka pengawasan dan pengendalian sebagaimana dimaksud pada ayat (2), **PIHAK KESATU** dapat melakukan:
 - a. Verifikasi pascaklaim setiap bulan.
 - b. Audit administrasi klaim sekurang-kurangnya 2 (dua) kali dalam setahun.

Bagian Kedua

Verifikasi Pascaklaim Dan Audit Administrasi Klaim

Pasal 12

- (1) **PIHAK KESATU** melakukan Verifikasi Pascklaim secara berkala setiap bulan terhadap klaim 1 (satu) bulan pembebanan sebelumnya, dengan cara melakukan pengecekan kelengkapan dan kesesuaian berkas klaim berdasarkan kesesuaian coding dengan diagnosa; kesesuaian kaidah coding; panduan manual verifikasi klaim; dan hasil kesepakatan dengan Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya.
- (2) **PIHAK KESATU** menyampaikan surat hasil verifikasi pascaklaim dan rekomendasi kepada **PIHAK KEDUA**. Terhadap klaim yang tidak sesuai ketentuan dan dinyatakan terjadi kekurangan pembayaran oleh **PIHAK KESATU** maka **PIHAK KESATU** wajib membayarkan kekurangan, sebaliknya terhadap kelebihan pembayaran, maka **PIHAK KEDUA** wajib melakukan pengembalian sesuai ketentuan.
- (3) **PIHAK KESATU** melaksanakan Audit Administrasi Klaim sekurang-kurangnya 2 (dua) kali dalam setahun terhadap klaim paling lambat 12 (dua belas) bulan pembebanan sebelumnya.
- (4) **PIHAK KESATU** menyampaikan surat hasil audit administrasi klaim beserta rekomendasinya kepada **PIHAK KEDUA**.
- (5) **PIHAK KEDUA** melakukan *self-assessment* dan memberikan tanggapan atas hasil Verifikasi Pascaklaim dan/atau Audit Administrasi Klaim dalam waktu paling lambat 14 (empat belas) hari sejak surat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (4) tersebut di atas diterima atau sesuai waktu yang disepakati **PARA PIHAK**.
- (6) Dalam hal hasil verifikasi pascaklaim dan/atau audit administrasi klaim dari **PIHAK KESATU** tidak dipakati oleh **PIHAK KEDUA**, maka penyelesaiannya dilakukan melalui mekanisme penyelesaian klaim *dispute*.
- (7) Dalam hal dari Hasil Verifikasi Pascklaim dan/atau Audit Administrasi Klaim ditemukan indikasi kecurangan, maka dilakukan proses penelusuran lebih lanjut oleh Tim AK JKN sesuai ketentuan yang berlaku.

- (8) Dalam hal dari Hasil Verifikasi Pascaklaim dan/atau Audit Administrasi Klaim ditemukan indikasi kecurangan, maka dilakukan proses penelusuran lebih lanjut pada periode waktu tertentu sesuai ketentuan yang berlaku, yang dilakukan oleh Tim AK JKN dan/atau Tim PK JKN.

BAB V

KECURANGAN DAN PEMULIHAN KERUGIAN

Pasal 13

- (1) Dalam hal **PIHAK KEDUA** diketahui melakukan tindakan kecurangan yang dibuktikan dari hasil pemeriksaan Tim Audit Internal maupun Eksternal atau laporan rekomendasi hasil investigasi Tim AK JKN dan/atau Tim PK JKN sehingga dapat merugikan **PIHAK KESATU** dalam perjanjian ini, maka **PIHAK KEDUA** diberi kesempatan untuk memberikan klarifikasi/jawaban dan berkewajiban untuk memulihkan kerugian termasuk dan tidak terbatas pada pengembalian seluruh biaya kerugian yang terjadi dan **PIHAK KESATU** dapat mengakhiri Perjanjian ini secara sepihak.
- (2) Tindakan kecurangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Pemulihan kerugian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan mekanisme:
- a. Apabila pemulihan kerugian dilakukan selama masa Perjanjian, maka dapat dilakukan dengan pembayaran langsung ke rekening pihak yang dirugikan atau melalui pemotongan pada pembayaran klaim bulan berikutnya.
 - b. Apabila pemulihan kerugian dilakukan setelah perjanjian berakhir, maka dilakukan dengan pembayaran langsung ke rekening **PIHAK KESATU** dan **PIHAK KEDUA** menyampaikan bukti transfer kepada **PIHAK KESATU**.
 - c. Apabila pemulihan kerugian dilakukan melalui pemotongan pada pembayaran klaim bulan berikutnya sebagaimana dimaksud pada huruf a, maka dilengkapi dengan bukti pemotongan sesuai permintaan **PIHAK KEDUA**.
- (4) Jangka waktu pemulihan kerugian dilakukan:
- a. Paling lambat 3 (tiga) bulan sejak ditandatanganinya Berita Acara pemulihan kerugian;
 - b. Dalam hal **PIHAK KEDUA** menyatakan tidak mampu memulihkan kerugian dalam jangka waktu sebagaimana dimaksud dalam huruf a, maka pemulihan kerugian dapat dilakukan untuk jangka waktu paling lama 1 (satu) tahun setelah mendapatkan persetujuan **PIHAK KESATU** dengan disertai bukti dan alasan ketidakmampuan dari **PIHAK KEDUA**.
 - c. Dapat diterimanya bukti dan alasan ketidakmampuan **PIHAK KEDUA** sepenuhnya menjadi keputusan dari **PIHAK KESATU**.
- (5) Pemulihan kerugian tidak menghilangkan tanggung jawab hukum termasuk tanggung jawab pidana atas **PIHAK** yang menyalahgunakan wewenang.

BAB VI
SANKSI
Pasal 14

- (1) Dalam hal **PIHAK KEDUA** ditemukan dan/atau terbukti melakukan hal-hal sebagai berikut:
- a. tidak melayani Peserta sesuai dengan isi perjanjian ini;
 - b. tidak memberikan fasilitas dan pelayanan kesehatan kepada Peserta sesuai dengan ketentuan;
 - c. Menarik biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta selama Peserta mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya sebagaimana yang tercantum dalam Lampiran I pada Perjanjian ini;
 - d. tidak melaksanakan kewajiban serta ketentuan lain sebagaimana diatur dalam perjanjian ini namun tidak terbatas dalam pasal 4 ayat (4).
 - e. menyalahgunakan wewenang dengan melakukan tindakan kecurangan (*fraud*) sesuai ketentuan yang berlaku.

Maka **PIHAK KESATU** berhak memberikan teguran lisan dan/atau teguran tertulis kepada **PIHAK KEDUA**.

- (2) Teguran Tertulis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan paling banyak 3 (tiga) kali dengan waktu pengenaan untuk teguran tertulis berikutnya paling cepat setelah 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal teguran tertulis sebelumnya.
- (3) Apabila setelah diberikan teguran tertulis sebanyak 3 (tiga) kali, namun **PIHAK KEDUA** tidak ada perbaikan dan/atau terdapat keluhan berulang, maka **PIHAK KESATU** dapat mengakhiri Perjanjian.
- (4) Ketentuan waktu pengenaan untuk teguran tertulis paling cepat setelah 30 (tiga puluh) hari kalender sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dikecualikan terhadap ayat (1) huruf e dan terhadap tindakan tersebut dapat langsung dikenakan teguran tertulis.
- (5) Surat peringatan yang diberikan oleh **PIHAK KESATU** kepada **PIHAK KEDUA** sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2) dan ayat (3) ditembuskan kepada Dinas Kesehatan dan PERSI setempat.
- (6) Dalam hal tindakan Kecurangan JKN dilakukan oleh salah satu **PIHAK**, maka diberlakukan sanksi administrasi, sanksi tambahan berupa denda dan/atau pengakhiran Perjanjian sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Sanksi administrasi sebagaimana dimaksud tidak menghapus sanksi pidana sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (7) Dalam hal **PIHAK KEDUA** terbukti melakukan tindakan kecurangan (*fraud*), maka **PIHAK KESATU** memberikan sanksi berupa pengakhiran Perjanjian dan dapat bekerja sama kembali dalam jangka waktu paling cepat 12 (dua belas) bulan.
- (8) Pembuktian kecurangan sebagaimana dimaksud pada ayat (7) dilaksanakan sesuai ketentuan perundang-undangan.

BAB VII

PENGAKHIRAN DAN PENYELESAIAN PERSELISIHAN

Bagian Kesatu

Pengakhiran Perjanjian

Pasal 15

- (1) Perjanjian ini dapat diakhiri berdasarkan persetujuan **PARA PIHAK** dan/atau diakhiri oleh salah satu **PIHAK** sebelum habis Jangka Waktu Perjanjian, berdasarkan hal-hal sebagai berikut:
- a. **PIHAK KEDUA** telah menerima surat peringatan/teguran tertulis maksimal sebanyak 3 (tiga) kali.
 - b. **PIHAK KEDUA** diketahui melakukan tindakan kecurangan. Pengakhiran Perjanjian berlaku efektif sejak diterimanya surat pengakhiran Perjanjian oleh **PIHAK KESATU**;
 - c. Salah satu **PIHAK** sedang dalam permasalahan hukum yang berpotensi mempengaruhi penyelenggaraan pelayanan kepada Peserta.
 - d. Izin penyelenggaraan/operasional dicabut karena **PIHAK KEDUA** mendapat sanksi administratif dari Pemerintah. Pengakhiran berlaku efektif pada saat pencabutan izin operasional **PIHAK KEDUA** oleh Pemerintah.
 - e. Izin penyelenggaraan/operasional **PIHAK KEDUA** berakhir (tidak berlaku). Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal habis masa berlakunya dan/atau pada saat pencabutan izin operasional oleh pemerintah.
 - f. Masa berlaku Sertifikat Akreditasi **PIHAK KEDUA** berakhir. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal habis masa berlakunya dan/atau pada saat pencabutan Akreditasi oleh pemerintah.
 - g. Salah satu Pihak dinyatakan bangkrut atau pailit oleh pengadilan. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal dikeluarkannya keputusan bangkrut atau pailit oleh Pengadilan Tingkat Pertama.
 - h. Salah satu **PIHAK** mengadakan/berada dalam keadaan likuidasi. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal **PIHAK** yang bersangkutan telah dinyatakan dilikuidasi secara sah menurut ketentuan dan prosedur hukum yang berlaku;

- i. Salah satu **PIHAK** menerima relaas gugatan atas sengketa yang terjadi berkaitan dengan perjanjian ini, pengakhiran berlaku sejak tanggal terakhir bulan pada saat relaas gugatan tersebut diterima.
- (2) Dalam hal salah satu **PIHAK** bermaksud untuk mengakhiri Perjanjian ini secara sepihak sebelum berakhirnya Jangka Waktu Perjanjian, maka wajib memberikan pemberitahuan tertulis kepada **PIHAK** lainnya mengenai maksudnya tersebut sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan sebelumnya.
- (3) Pengakhiran Perjanjian sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dituangkan ke dalam Berita Acara Kesepakatan Pengakhiran Perjanjian yang berlaku efektif sejak ditandatangani oleh **PARA PIHAK**. Apabila terdapat pelayanan *life saving* contohnya Hemodialisa, Thalassemia, Hemofilia, Kemoterapi maka untuk kesinambungan pelayanan maka **PARA PIHAK** membuat Addendum Perjanjian dalam jangka waktu yang disepakati bersama untuk keperluan pemindahan pelayanan dimaksud ke *provider* lain yang bekerja sama dengan **PIHAK KESATU**.
- (4) **PARA PIHAK** dengan ini sepakat untuk mengesampingkan berlakunya ketentuan dalam Pasal 1266 Kitab Undang-undang Hukum Perdata, sejauh yang mensyaratkan diperlukannya suatu putusan atau penetapan Hakim/ Pengadilan terlebih dahulu untuk membatalkan/ mengakhiri suatu Perjanjian.
- (5) Berakhirnya Perjanjian ini tidak menghapuskan hak dan kewajiban yang telah timbul dan tetap berlaku sampai terselesaikannya hak dan kewajibannya tersebut.
- (6) Dalam hal terjadi pengakhiran Perjanjian, maka **PARA PIHAK** wajib menyampaikan pemberitahuan tertulis/pengumuman kepada Peserta, mengenai rencana pengakhiran kerja sama.

Bagian Kedua
Penyelesaian Perselisihan
Pasal 16

- (1) Setiap perselisihan, pertentangan dan perbedaan pendapat sehubungan dengan Perjanjian ini akan diselesaikan secara musyawarah dan mufakat oleh **PARA PIHAK**.
- (2) Dalam upaya penyelesaian perselisihan, pertentangan dan perbedaan pendapat, **PARA PIHAK** sepakat menggunakan jalur secara berjenjang melalui Tim Pertimbangan Klinis (TPK) hingga Dewan Pertimbangan Klinis (DPK) sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Upaya penyelesaian perselisihan, pertentangan dan perbedaan pendapat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) di atas, maka **PIHAK KESATU** juga dapat meminta pendapat dari

Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) dan Dewan Pertimbangan Medik (DPM) sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- (4) Dalam hal perselisihan dan perbedaan pendapat tidak dapat diselesaikan secara musyawarah dan mufakat, maka akan diselesaikan melalui mediasi dengan menunjuk mediator sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (5) Apabila perselisihan dan perbedaan pendapat tidak dapat diselesaikan secara musyawarah dan mufakat, **PARA PIHAK** memilih untuk menyerahkan penyelesaian perselisihan tersebut melalui pengadilan negeri Kota Surabaya.

BAB VIII

MEKANISME PEMBERIAN INFORMASI DAN PENANGANAN PENGADUAN

Pasal 17

- (1) **PARA PIHAK** menyediakan fungsi pemberian informasi dan penanganan pengaduan sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (2) Dalam hal Peserta JKN membutuhkan pelayanan pemberian informasi dan penanganan pengaduan, maka mekanisme dilakukan sebagai berikut:
 - a. Peserta JKN menyampaikan permintaan informasi dan penanganan pengaduan kepada petugas yang telah ditentukan oleh **PIHAK KESATU** maupun **PIHAK KEDUA** untuk melaksanakan fungsi pemberian informasi dan penanganan pengaduan.
 - b. **PIHAK KESATU** maupun **PIHAK KEDUA** melalui petugas yang telah ditunjuk sebagai pemberian informasi dan penanganan pengaduan, menyampaikan permintaan informasi dan penanganan pengaduan kepada **PIHAK LAINNYA** melalui staf yang telah diberikan kewenangan, baik melalui kanal layanan tatap muka maupun non tatap muka termasuk melalui aplikasi yang berlaku).
 - c. Dalam hal diperlukan eskalasi dan/atau tindak lanjut, maka **PARA PIHAK** saling berkoordinasi melalui petugas yang telah diberikan kewenangan sesuai dengan Service Level Agreement (SLA) penyelesaian yang telah ditetapkan.
 - d. Penyelesaian penanganan pengaduan dilaksanakan mengacu pada ketentuan yang berlaku dan dituangkan pada Lampiran VIII Perjanjian ini.
- (3) Dalam pelayanan pemberian informasi dan penanganan **PIHAK KEDUA** kepada peserta JKN wajib menyediakan tempat/ruangan yang selanjutnya disebut Pelayanan Informasi BPJS Kesehatan dan menyediakan media pemberian informasi dan penanganan pengaduan yang lokasinya strategis dan mudah diakses oleh peserta.
- (4) **PARA PIHAK** memastikan informasi yang disampaikan kepada Peserta sehubungan dengan pemberian informasi dan penanganan pengaduan telah sesuai dengan norma-norma dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (5) Dalam hal **PIHAK KEDUA** membutuhkan pemberian informasi dan ingin menyampaikan keluhan atau pengaduan kepada **PIHAK KESATU** disampaikan melalui aplikasi SIPP.
- (6) **PIHAK KEDUA** melakukan penginputan pelayanan informasi dan penanganan pengaduan melalui aplikasi SIPP, baik yang telah diselesaikan oleh **PIHAK KEDUA** maupun yang masih diperlukan koordinasi kepada **PIHAK KESATU**.
- (7) Dalam hal terdapat regulasi baru yang mengatur tentang Program Jaminan Kesehatan maka **PIHAK KESATU** akan memberitahukan secara tertulis kepada **PIHAK KEDUA** dan **PIHAK KEDUA** dapat menginformasikannya ke Peserta.

BAB IX
KERAHASIAAN INFORMASI, PELINDUNGAN DATA PRIBADI,
KEAMANAN DAN INTEGRASI SISTEM
Bagian Kesatu
Kerahasiaan Informasi
Pasal 18

- (1) **PARA PIHAK** dengan ini menyatakan sepakat melaksanakan kewajibannya sehubungan dengan informasi rahasia yang diungkapkan, selama berlangsungnya dan setelah berakhirnya Perjanjian dan Addendumnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan dengan tidak akan membuka, mengungkapkan, menyiarkan dan/atau menyebarkan semua data, termasuk namun tidak terbatas pada informasi, keterangan dan dokumen-dokumen penting lainnya baik *hardcopy* maupun *softcopy*, tertulis ataupun lisan yang diterima oleh **PARA PIHAK** kepada pihak lain, baik secara langsung atau tidak langsung, selama dan setelah pelaksanaan Perjanjian dan Addendumnya.
- (2) Pengetahuan dan informasi rahasia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi;
 - a. Informasi mengenai data pasien
 - b. Informasi mengenai alasan penolakan klaim
 - c. Informasi mengenai rincian klaim
 - d. Informasi mengenai data **PARA PIHAK**
 - e. Informasi rahasia lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) **PARA PIHAK** termasuk pegawai dan afiliasi/jejaringnya termasuk pihak lain yang pernah/sedang bekerja sama dengan **PARA PIHAK** diwajibkan untuk menyimpan setiap pengetahuan dan informasi rahasia yang menyangkut Pihak lainnya, dengan tidak mengungkapkan atau memberitahukan kepada siapapun atau menggunakan atau mengeksploitasi dengan cara dan untuk tujuan apapun termasuk melakukan usaha dengan sungguh-sungguh untuk mencegah pegawai dan afiliasi/jejaringnya termasuk

pihak lain yang pernah/sedang bekerja sama dengan **PARA PIHAK** melakukan hal tersebut.

- (4) **PARA PIHAK** dilarang, tanpa persetujuan tertulis dari Pihak lainnya untuk memberitahukan, membuka atau memberikan informasi, keterangan atau hal yang sejenisnya dengan cara apapun yang menyangkut isi atau yang berhubungan dengan Perjanjian ini, selama berlakunya dan/atau sesudah berakhirnya Perjanjian ini, kepada pihak ketiga lainnya baik yang berupa badan hukum/perorangan, kecuali:
- a. Kepada instansi pemerintah yang berwenang untuk mengatur atau mengeluarkan izin tentang hal-hal yang diperjanjikan dalam Perjanjian ini dan sesuai ketentuan peraturan perundangan yang berlaku;
 - b. Informasi tersebut yang saat ini atau sewaktu-waktu di kemudian hari dapat menjadi atau tersedia untuk masyarakat umum;
 - c. Diperintahkan oleh badan peradilan atau instansi pemerintah lainnya secara tertulis dan resmi, berkaitan dengan proses penegakan hukum atas suatu perkara yang terkait dengan hal-hal yang diatur dalam Perjanjian ini;
 - d. Menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia, informasi tersebut harus disampaikan kepada pihak lain yang disebut secara jelas dalam peraturan perundang-undangan tersebut, dan/atau untuk perbaikan Program Jaminan Kesehatan secara keseluruhan.

Bagian Kedua
Pelindungan Data Pribadi
Pasal 19

- (1) **PARA PIHAK** memiliki kedudukan yang sama sebagai Pengendali Data Pribadi yang bertanggung jawab dan berkewajiban untuk mematuhi prinsip-prinsip Pelindungan Data Pribadi yang telah diatur di dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku terkait Pelindungan Data Pribadi, antara lain:
- a. Memiliki ketentuan dan pedoman terkait implementasi Pelindungan Data Pribadi yang paling sedikit mengatur tentang tujuan, mekanisme pengumpulan data, pemanfaatan data, penyimpanan data, dan penghapusan/pemusnahan data.
 - b. Menerapkan standar dan Sistem Keamanan Data dan Informasi.
 - c. Menunjuk dan melaksanakan tugas Pejabat Pelindungan Data Pribadi.
- (2) Jangka Waktu Pemrosesan Data Pribadi yang dilakukan oleh **PARA PIHAK** mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Dalam hal **PIHAK KEDUA** melibatkan Pihak lain sebagai Prosesor Data Pribadi yang berhubungan dengan Perjanjian Kerja Sama ini, maka wajib dilakukan hal-hal sebagai

berikut:

- a. **PIHAK KEDUA** menginformasikan secara tertulis kepada **PIHAK KESATU**;
 - b. **PIHAK KEDUA** membuat kontrak kerja dengan Prosesor Data Pribadi yang memuat ketentuan Pelindungan Data Pribadi sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- (4) **PIHAK KESATU** berhak melakukan pengawasan, *assessment* dan/atau memberikan rekomendasi terhadap sistem keamanan informasi kepada **PIHAK KEDUA**.
 - (5) Apabila dalam pelaksanaan Perjanjian Kerja Sama ini, salah satu **PIHAK** menemukan adanya celah keamanan pada sistem **PIHAK** lain dan/atau salah satu **PIHAK** tidak memenuhi ketentuan yang berlaku, maka **PIHAK** lainnya dapat menanggguhkan transfer Data Pribadi hingga permasalahan diselesaikan dan ketentuan dipatuhi kembali yang dibuktikan dengan hasil *assessment* yang dilakukan oleh **PIHAK** lainnya. Penanggguhan tersebut tidak berdampak kepada penjaminan layanan peserta JKN.
 - (6) Dalam hal terjadi pelanggaran prinsip-prinsip Pelindungan Data Pribadi oleh salah satu **PIHAK**, maka **PIHAK** dimaksud bertanggung jawab penuh terhadap seluruh konsekuensi yang terjadi sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku sebagaimana Lampiran X perjanjian ini.

Bagian Ketiga

Keamanan Data dan Integrasi Sistem

Pasal 20

- (1) **PIHAK KESATU** memberikan akun sistem informasi kepada **PIHAK KEDUA**, dalam hal **PARA PIHAK** telah melaksanakan integrasi sistem sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4) huruf f, **PIHAK KESATU** memberikan izin penggunaan akun sistem informasi, *consID*, *userKey* dan *secretKey* dalam bentuk file terenkripsi kepada **PIHAK KEDUA** melalui media surat elektronik (email) resmi milik **PIHAK KEDUA** sebagaimana tertera dalam perjanjian ini.
- (2) Dalam hal **PARA PIHAK** telah melaksanakan integrasi sistem sebagaimana dimaksud ayat (1), **PIHAK KEDUA** memastikan penggunaan *consID*, *userKey* dan *secretKey* sesuai dengan kebutuhan integrasi sistem yang tercantum pada Pakta Integritas penggunaan *consID* yang telah ditandatangani oleh Pejabat Struktural **PIHAK KEDUA** sebagaimana tertuang pada lampiran XI.
- (3) Dalam hal pengembangan sistem informasi milik **PIHAK KEDUA** yang diintegrasikan dengan sistem milik **PIHAK KESATU**, maka **PIHAK KEDUA** dapat bekerja sama dengan pihak lain sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- (4) Dalam hal terjadi perubahan atau pemutusan kerja sama pengembangan sistem informasi dengan pihak ketiga, maka **PIHAK KEDUA** wajib memberitahukan kepada **PIHAK KESATU** secara tertulis dengan tembusan kepada Kementerian kesehatan dan Dinas Kesehatan Kab/Kota/Provinsi sekurang-kurangnya 7 (tujuh) hari sebelum terjadi perubahan atau pemutusan kerja sama dengan pihak ketiga untuk mendapatkan izin penggunaan *consID*, *userKey* dan *secretKey* baru.
- (5) **PIHAK KEDUA** bertanggungjawab memastikan keamanan dan kerahasiaan akun user, *consID*, *userKey* dan *secretKey* selama masa kontrak maupun setelah kontrak berakhir termasuk dalam hal **PIHAK KEDUA** memerlukan bantuan pihak lain dalam pengembangan SIM-Faskes yang akan diintegrasikan dengan sistem informasi milik **PIHAK KESATU**.
- (6) Pelaksanaan integrasi Aplikasi **PIHAK KESATU** dan **PIHAK KEDUA** sebagaimana dimaksud pada ayat (1), yang menyebabkan terjadinya pertukaran data **PARA PIHAK**, maka penggunaan data yang dipertukarkan tersebut dilaksanakan terbatas untuk kepentingan **PARA PIHAK** dan sepakat untuk menjaga keamanan data. Dalam hal terjadi pelanggaran prinsip-prinsip Pelindungan Data Pribadi oleh salah satu **PIHAK**, maka **PIHAK** dimaksud bertanggung jawab penuh terhadap seluruh konsekuensi yang terjadi sesuai peraturan perundangan-undangan yang berlaku.
- (7) Adapun yang dimaksud dengan keamanan data sebagaimana ayat (1) diatas adalah data dan informasi pribadi Peserta JKN yang menjadi pasien di **PIHAK KEDUA** dan data Sumber Daya Manusia (SDM) pada **PIHAK KEDUA** yang memberikan layanan kepada peserta JKN yang digunakan untuk melindungi data dari ancaman seperti pencurian, pengaksesan tanpa izin, perubahan, kerusakan, atau kehilangan serta memastikan bahwa informasi atau data yang disimpan dalam sistem komputer atau jaringan tetap aman dan terjaga kerahasiaannya.
- (8) Apabila terdapat pelanggaran/ penyalahgunaan/ peminjaman/ pemberian/ pemberitahuan akun sistem informasi, *consID*, *userKey*, dan *secretKey* oleh **PIHAK KEDUA** kepada pihak lain yang tidak berkepentingan, maka:
 - a. **PIHAK KESATU** berhak menonaktifkan dan mengganti akun user, *consID*, *userKey* dan *secretKey* yang digunakan oleh **PIHAK KEDUA** secara tertulis.
 - b. **PIHAK KESATU** berhak melakukan evaluasi kepada **PIHAK KEDUA** sebagaimana komitmen terhadap keamanan data terkait dengan integrasi sistem dan **PIHAK KEDUA** wajib melakukan perbaikan keamanan dan kerahasiaan akun user, *consID*, *userKey* dan *secretKey* yang diberikan oleh **PIHAK KESATU**.

- c. Apabila **PIHAK KEDUA** melakukan pelanggaran dan **PIHAK KESATU** telah melakukan konfirmasi secara tertulis sebanyak 3 (tiga) kali secara berturut-turut maka **PIHAK KESATU** dapat menghentikan integrasi sistem dengan **PIHAK KEDUA**.
- (9) Dalam hal pelanggaran sebagaimana dimaksud dalam ayat (8) Pasal ini yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** sehingga menyebabkan kerugian finansial/berdampak negatif pada reputasi **PIHAK KESATU** berdasarkan alat bukti yang cukup, maka akan diselesaikan secara musyawarah mufakat, apabila tidak tercapai maka akan diselesaikan secara mediasi, dan apabila tidak tercapai kesepakatan maka **PIHAK KESATU** dapat melaporkan **PIHAK KEDUA** kepada pihak berwenang untuk diselesaikan sesuai dengan ketentuan perundangan yang berlaku.

BAB X

JANGKA WAKTU PERJANJIAN

Pasal 21

- (1) Perjanjian ini berlaku untuk jangka waktu 1 (Satu) tahun terhitung sejak tanggal 01 Januari 2025 dan berakhir pada tanggal 31 Desember 2025.
- (2) Selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan sebelum berakhirnya Jangka Waktu Perjanjian, **PARA PIHAK** sepakat untuk saling memberitahukan maksudnya apabila hendak melanjutkan kerja sama.
- (3) Pada jangka waktu sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) Pasal ini **PIHAK KESATU** akan melakukan penilaian kembali terhadap **PIHAK KEDUA** atas:
- a. fasilitas dan kemampuan pelayanan kesehatan.
 - b. penyelenggaraan pelayanan kesehatan selama jangka waktu Perjanjian.
 - c. kepatuhan dan komitmen terhadap Perjanjian.
- (4) Keputusan untuk melanjutkan kerja sama, merupakan kewenangan masing-masing **PIHAK**.

BAB XI

MONITORING & EVALUASI

Pasal 22

- (1) **PIHAK KESATU** dapat melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh **PIHAK KEDUA** secara berkala sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

- (2) Monitoring dan Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan antara lain melalui:
- a. *Utilization Review (UR)*.
 - b. SiBLing/Walk through audit.
 - c. KESSAN dan *rating* Fasilitas Kesehatan.
 - d. Penilaian tingkat kepatuhan terhadap pelaksanaan perjanjian.
 - e. Evaluasi potensi rujuk balik yang dilakukan **PARA PIHAK** sekurang-kurangnya 1 (satu) kali dalam setahun.
 - f. Reviu pelaksanaan fungsi Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) kepada **PIHAK KEDUA**, antara lain:
 - 1) Tingkat kehadiran/ koordinasi petugas dan penyelesaian pengaduan sesuai *Service Level Agreement (SLA)* dan kualitas pencatatan SIPP.
 - 2) Umpan balik tingkat kepuasan peserta terhadap layanan melalui customer feedback.
 - 3) Identifikasi dan analisa penyebab/kendala pelaksanaan fungsi PIPP RS di Rumah Sakit.
- (3) Hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Pasal ini akan disampaikan secara tertulis dan/atau melalui sistem kepada **PIHAK KEDUA** dengan disertai rekomendasi apabila diperlukan. Selanjutnya **PIHAK KEDUA** menindaklanjuti hasil monitoring dan evaluasi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Dalam rangka melakukan monitoring dan evaluasi, **PIHAK KESATU** dapat secara langsung dan/atau bersama-sama dengan organisasi profesi, dinas kesehatan, asosiasi faskes, berhak untuk melakukan pengawasan atas pelaksanaan Perjanjian.
- (5) **PARA PIHAK** melakukan monitoring dan evaluasi atas pelaksanaan Perjanjian, sekurang-kurangnya 2 (dua) kali dalam satu jangka waktu Perjanjian.

BAB XII

KEADAAN MEMAKSA (*FORCE MAJEURE*)

Pasal 23

- (1) Yang dimaksud dengan keadaan memaksa (selanjutnya disebut "*Force Majeure*") adalah suatu keadaan yang terjadinya di luar kemampuan, kesalahan atau kekuasaan **PARA PIHAK** dan yang menyebabkan **PIHAK** yang mengalaminya tidak dapat melaksanakan atau terpaksa menunda pelaksanaan kewajibannya dalam Perjanjian ini. *Force Majeure* tersebut meliputi bencana alam, banjir, wabah, perang (yang dinyatakan maupun yang tidak dinyatakan), pemberontakan, huru-hara, pemogokan umum, kebakaran, dan

kebijaksanaan Pemerintah yang berpengaruh secara langsung terhadap pelaksanaan Perjanjian ini.

- (2) Dalam hal terjadinya peristiwa *Force Majeure*, maka **PIHAK** yang terhalang untuk melaksanakan kewajibannya tidak dapat dituntut oleh **PIHAK** lainnya. **PIHAK** yang terkena *Force Majeure* wajib memberitahukan adanya peristiwa *Force Majeure* tersebut kepada **PIHAK** yang lain secara tertulis paling lambat 14 (empat belas) hari kalender sejak saat terjadinya peristiwa *Force Majeure*, yang dikuatkan oleh surat keterangan dari pejabat yang berwenang yang menerangkan adanya peristiwa *Force Majeure* tersebut. Pihak yang terkena *Force Majeure* wajib mengupayakan dengan sebaik-baiknya untuk tetap melaksanakan kewajibannya sebagaimana diatur dalam Perjanjian ini segera setelah peristiwa *Force Majeure* berakhir.
- (3) Apabila peristiwa *Force Majeure* tersebut berlangsung terus hingga melebihi atau diduga oleh **PIHAK** yang mengalami *Force Majeure* akan melebihi jangka waktu 30 (tiga puluh) hari kalender, maka **PARA PIHAK** sepakat untuk meninjau kembali Jangka Waktu Perjanjian ini.
- (4) Semua kerugian dan biaya yang diderita oleh salah satu **PIHAK** sebagai akibat terjadinya peristiwa *Force Majeure* bukan merupakan tanggung jawab **PIHAK** yang lain.

BAB XIII

KORESPONDENSI

Pasal 24

- (1) Semua komunikasi resmi surat-menyurat atau pemberitahuan-pemberitahuan atau pernyataan-pernyataan atau persetujuan-persetujuan yang wajib dan perlu dilakukan oleh salah satu **PIHAK** kepada **PIHAK** lainnya dalam pelaksanaan Perjanjian ini, harus dilakukan secara tertulis dan disampaikan secara langsung, melalui email, ekspedisi, pos atau faksimile dan dialamatkan kepada:

PIHAK KESATU

BPJS Kesehatan Cabang	SURABAYA
u.p.	: Kepala Cabang SURABAYA
Telepon	: (031) 5947747
Email	: kcu-surabaya@bpjs-kesehatan.go.id

PIHAK KEDUA

u.p.	: Kepala/Direktur RSPAL DR.RAMELAN SURABAYA
Telepon	: 031-8438153
Email	: rsaldramelan@yahoo.com

atau kepada alamat lain yang dari waktu ke waktu diberitahukan oleh **PARA PIHAK**, satu kepada yang lain, secara tertulis.

- (2) Pemberitahuan yang diserahkan secara langsung dianggap telah diterima pada hari penyerahan dengan bukti tanda tangan penerimaan pada buku ekspedisi atau buku tanda terima pengiriman, apabila pengiriman dilakukan melalui pos atau ekspedisi maka dianggap diterima sejak ditandatanganinya tanda terima atau maksimal 5 (lima) hari kerja sejak dikirimkannya surat tersebut sedangkan pengiriman melalui email dianggap telah diterima pada saat telah diterima kode jawabannya (*answerback*) pada pengiriman email.

BAB XIV
LAIN-LAIN
Pasal 25

(1) Pengalihan Hak dan Kewajiban

Hak dan kewajiban Perjanjian ini tidak boleh dialihkan, baik sebagian maupun seluruhnya kepada pihak lain, kecuali dilakukan berdasarkan persetujuan tertulis **PARA PIHAK**.

(2) Keterpisahan

Jika di kemudian hari ditemukan bahwa salah satu ketentuan dalam Perjanjian ini tidak sesuai dengan hukum atau dianggap tidak sah oleh regulasi perundang undangan atau putusan pengadilan berkekuatan hukum tetap (*incracht*), maka ketentuan dalam Perjanjian ini dapat dianggap batal atau tidak berlaku, tetapi klausul lainnya masih tetap berlaku dan Perjanjian ini tetap dapat berjalan meskipun terdapat ketidak sah an sebagian kecil dari ketentuannya. Dan jika ada ketentuan yang dianggap tidak sah, **PARA PIHAK** diberi kesempatan untuk menyesuaikan atau mengganti ketentuan tersebut dengan yang baru, sesuai dengan hukum yang berlaku, tanpa harus merusak Perjanjian secara keseluruhan dan **PARA PIHAK** menyepakati apa pun selama tidak bertentangan dengan undang-undang, ketertiban umum, atau kesusilaan.

(3) Perubahan

- a. Perjanjian ini dapat diubah atau ditambah dengan suatu Perjanjian perubahan atau tambahan (addendum/amandemen) yang ditandatangani oleh **PARA PIHAK** dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini. **PIHAK** yang bermaksud mengubah atau menambah Perjanjian, menyampaikan maksudnya secara tertulis kepada **PIHAK** lainnya;
- b. Dalam hal dilakukan Perjanjian perubahan dan/atau tambahan (addendum/amandemen), maka **PARA PIHAK** dianggap telah melakukan koordinasi secara internal organisasi masing-masing;
- c. Perjanjian perubahan atau tambahan (addendum/amandemen) yang dilakukan termasuk dan tidak terkecuali pada penerapan peraturan **PIHAK KESATU** yang bersinggungan dengan **PIHAK KEDUA**;

- d. Addendum/amandemen yang disepakati **PARA PIHAK** tidak berlaku mundur, kecuali telah ditetapkan oleh perundang-undangan;
- e. Dalam hal terjadi perubahan Pejabat yang berwenang terkait perjanjian ini, maka dituangkan dalam Berita Acara yang menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.

(4) Batasan Tanggung Jawab

- a. **PIHAK KESATU** tidak bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas dan pelayanan kesehatan dari **PIHAK KEDUA** kepada Peserta dan terhadap kerugian maupun tuntutan yang diajukan oleh Peserta kepada **PIHAK KEDUA** termasuk Jejaring Faskes **PIHAK KEDUA** yang disebabkan, namun tidak terbatas pada:
 - 1. Kesalahan atau pelanggaran yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** dalam menjalankan tanggung jawab profesinya seperti, termasuk tetapi tidak terbatas pada, kesalahan dalam melakukan pemeriksaan, kesalahan dalam tindakan medis, seperti kekeliruan diagnosa, interpretasi hasil pemeriksaan penunjang, indikasi tindakan, tindakan tidak sesuai dengan standar pelayanan, kesalahan pemberian obat dan kesalahan lainnya yang menyebabkan kerugian.
 - 2. Tidak melakukan hal-hal yang seharusnya dilakukan menurut asas-asas dan standar praktik kedokteran yang baik sehingga mengakibatkan terjadinya cedera pada pasien, berupa cedera fisik, psikologis, mental, cacat tetap atau meninggal. dan oleh karenanya **PIHAK KEDUA** membebaskan **PIHAK KESATU** dari segala tuntutan ataupun tanggung jawab hukum yang timbul.
- b. Salah satu **PIHAK** tidak bertanggung jawab apabila terdapat permasalahan internal di Pihak lainnya, tidak terbatas pada kewenangan Pihak lainnya tersebut dalam menandatangani perjanjian yang dipermasalahkan oleh pihak ketiga.
- c. Dalam hal **PIHAK KEDUA**, tidak melakukan kewajiban sebagaimana dimaksud dalam pasal 4 ayat (4), namun tidak terbatas pada:
maka **PIHAK KESATU** tidak bertanggungjawab atas akibat dari tindakan tersebut.

(5) Hukum Yang Berlaku

Interpretasi dan pelaksanaan dari syarat dan ketentuan dalam Perjanjian ini adalah menurut hukum Republik Indonesia yang berlaku.

(6) Kesatuan

Setiap dan semua lampiran yang disebut dan dilampirkan pada Perjanjian ini, merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.

Demikianlah, Perjanjian ini dibuat dalam rangkap 2 (dua), asli, masing-masing sama bunyinya, di atas kertas bermeterai cukup serta mempunyai kekuatan hukum yang sama setelah ditandatangani oleh **PARA PIHAK**.

PIHAK KESATU

**BPJS KESEHATAN CABANG
SURABAYA**



Hernina Agustin Arifin

PIHAK KEDUA

**RSPAL DR.RAMELAN
SURABAYA**



**dr. Sujoko Purnomo, Sp.B
Laksamana Pertama TNI**

RUANG LINGKUP DAN PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN

I. RUANG LINGKUP

A. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)

1. Administrasi pelayanan meliputi:
 - a. biaya pendaftaran peserta untuk berobat.
 - b. penerbitan surat eligibilitas peserta.
 - c. pembuatan kartu pasien.
 - d. biaya administrasi lain yang terjadi selama proses perawatan atau pelayanan kesehatan pasien antara lain blangko SEP, blangko resume medis, protokol terapi, luaran aplikasi INA-CBG, *informed consent*, regimen kemoterapi, surat keterangan dokter penanggung jawab, surat rujukan (termasuk rujuk balik dan rujukan internal), catatan medis, lembar bukti pelayanan.
2. Termasuk di dalam pelayanan administrasi adalah melaksanakan pengelolaan koordinasi antar badan penyelenggara jaminan sebagai berikut:
 - a. Memastikan kelengkapan administratif penjaminan kasus dugaan KLL, dugaan KK/PAK sebagaimana ketentuan yang berlaku dan melaksanakan pengelolaan koordinasi antar badan penyelenggara jaminan, termasuk memberikan penandaan pada kasus dugaan KLL dan dugaan KK/PAK.
 - b. Memberikan informasi pelengkap atas laporan dugaan KLL, dugaan KK/PAK, melakukan edukasi kepada peserta atas alur pelayanan serta pelaporan kepada pihak berwenang, penyesuaian pembebanan biaya layanan kesehatan dugaan KLL, dugaan KK/PAK dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku dan mengimplementasikan sistem informasi yang telah dikembangkan antar Badan Penyelenggara.
 - c. Melakukan monitoring dan memastikan status respon final/ akhir telah diberikan oleh Badan Penyelenggara dalam jangka waktu maksimal 3x24 jam atau sebelum peserta pulang.
 - d. Informasi pelengkap atas laporan dugaan KLL, dugaan KK/PAK memuat paling sedikit mengenai:
 - 1) Identitas pasien/korban;
 - 2) Status kepesertaan pasien/korban pada penyelenggara jaminan;
 - 3) Perkiraan kronologis dan tempat kejadian;
 - 4) Perkiraan penyebab kejadian;

- 5) Pernyataan dugaan kasus;
 - 6) Diagnosa klinis; dan
 - 7) Tindakan pelayanan kesehatan yang dilakukan.
- e. Apabila di kemudian hari ditemukan kasus dugaan KLL, KK/PAK yang tidak diberikan penandaan dan terbukti bukan merupakan lingkup penjaminan manfaat JKN serta terlanjur terbayarkan oleh BPJS Kesehatan, maka Fasilitas Kesehatan bersedia melakukan pengembalian atas klaim yang telah terbayarkan tersebut.
3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar. Pelayanan sebagaimana dimaksud hanya berlaku untuk pelayanan kesehatan pada unit gawat darurat, dan diatur dalam ketentuan tersendiri.
 4. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspesialis sesuai dengan indikasi medis.
 5. Tindakan medis spesialisik baik bedah maupun non-bedah sesuai dengan indikasi medis.
 6. Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai. Alat kesehatan sebagaimana dimaksud merupakan seluruh alat kesehatan yang digunakan dalam rangka penyembuhan, termasuk alat bantu kesehatan.
 7. Pelayanan obat sebagaimana dimaksud pada angka 6 termasuk untuk pemberian sekurang-kurangnya 7 (tujuh) hari obat penyakit kronis
 8. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis.
 9. Rehabilitasi medis.
 10. Rehabilitasi psikososial sesuai indikasi medis dengan terapi medis dengan terapi medis sesuai manfaat perorangan pada Program JKN.
 11. Pelayanan darah, termasuk kantong darah.
 12. Pemulasaran jenazah pada pasien yang meninggal dunia di Fasilitas Kesehatan berupa pembersihan dan pemandian jenazah dan tidak termasuk peti jenazah.
 13. Pelayanan kontrasepsi.
 14. Rincian jenis pelayanan RJTL yang disepakati dalam Perjanjian ini adalah sesuai hasil kredensialing/rekredensialing.

B. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)

1. Pemeriksaan, observasi, diagnosa, pengobatan, perawatan, rehabilitasi medik pada fasilitas rawat inap (bangsal/ruang rawat inap, dan/atau Perawatan inap nonintensif dan Perawatan inap di ruang intensif dan/atau ruang rawat inap lainnya).
2. Pelayanan dan tindakan medis spesialisik dan subspesialisik baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis.
3. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
4. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis.
5. Rehabilitasi medis.
6. Pelayanan darah, termasuk kantong darah.

7. Pelayanan kontrasepsi.
8. Apabila diperlukan, selain pelayanan kesehatan, peserta juga berhak mendapatkan pelayanan alat kesehatan tertentu termasuk alat bantu kesehatan (jenis dan besaran bantuan alat bantu kesehatan sesuai dengan Peraturan Menteri).
9. Pelayanan jenazah (pemulasaran jenazah) pada pasien yang meninggal dunia di Fasilitas Kesehatan berupa pembersihan dan pemandian jenazah dan tidak termasuk peti jenazah.
10. Persalinan sesuai ketentuan perundang-undangan.
11. Rincian jenis pelayanan RITL yang disepakati dalam Perjanjian ini adalah sesuai hasil kredensialing/rekredensialing.

C. Pelayanan Kegawatdaruratan

1. Peserta yang memerlukan pelayanan kegawatdaruratan dapat langsung memperoleh pelayanan di fasilitas **PIHAK KEDUA**.
2. Kriteria kegawatdaruratan sebagaimana dimaksud pada angka 1 meliputi:
 - a. mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain/lingkungan;
 - b. adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi;
 - c. adanya penurunan kesadaran;
 - d. adanya gangguan hemodinamik, dan/atau
 - e. memerlukan tindakan segera.
3. Menteri dapat menetapkan kriteria gawat darurat selain sebagaimana dimaksud pada angka 2 di atas.
4. Dokter Penanggung Jawab berwenang menetapkan terpenuhinya kriteria gawat darurat sebagaimana dimaksud pada angka 2 di atas.
5. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan Kegawatdaruratan harus memiliki kompetensi kegawatdaruratan.

D. Pelayanan Obat

1. Peserta berhak mendapat pelayanan obat yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis.
2. Pelayanan obat diberikan pada pelayanan kesehatan rawat jalan dan/atau rawat inap di fasilitas **PIHAK KEDUA**.
3. Pelayanan obat bagi peserta Jaminan Kesehatan berpedoman pada Daftar Obat yang ditetapkan oleh Menteri yang dituangkan sebagai Formularium Nasional berikut dengan restriksi, persepan maksimal dan ketentuan penerapan Formularium Nasional.
4. Pelayanan Obat di **PIHAK KEDUA**:
 - a. Obat yang termasuk dalam paket INA-CBG:
Penyediaan obat yang termasuk dalam paket INA-CBG dilakukan oleh Instalasi Farmasi **PIHAK KEDUA** atau apotek jejaring **PIHAK KEDUA**.
 - b. Obat yang termasuk dalam *top up* INA-CBG:

Jenis obat yang termasuk dalam *top up* INA CBG ditetapkan oleh Menteri.

- c. Obat yang dapat ditagihkan di luar paket INA CBG, yaitu: Obat untuk penyakit kronis di **PIHAK KEDUA**; dan Obat kemoterapi.
- d. Obat penyakit kronis di **PIHAK KEDUA** diberikan maksimum untuk 30 (tiga puluh) hari sesuai indikasi medis untuk setiap kali kedatangan.
- e. Obat penyakit kronis di **PIHAK KEDUA** diberikan untuk:
 - 1) penyakit kronis cakupan Program Rujuk Balik (Diabetes Melitus, Hipertensi, Penyakit Jantung, Asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK), Epilepsi, gangguan kesehatan jiwa kronik, stroke, dan *Syndroma Lupus Eritematosus* (SLE) dan penyakit kronis lain yang ditetapkan oleh Menteri) yang belum dapat dirujuk balik ke FKTP;
 - 2) serta penyakit kronis lain yang menjadi kewenangan **PIHAK KEDUA**.
- f. Pemberian obat penyakit kronis di **PIHAK KEDUA** diberikan dengan cara sebagai bagian dari paket INA-CBG, diberikan minimal untuk 7 (tujuh) hari dan bila diperlukan tambahan hari pengobatan, obat diberikan terpisah di luar paket INA-CBG serta diklaimkan sebagai tarif Non INA-CBG, dan harus tercantum pada Formularium Nasional.
- g. Tarif Non INA-CBG untuk obat penyakit kronis dibayarkan untuk pemberian obat kronis paling banyak 23 (dua puluh tiga) hari.
- h. 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.
- i. Harga obat di luar paket INA-CBG yang ditagihkan oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit atau Apotek yang bekerja sama **PIHAK KESATU** mengacu pada harga obat sesuai Keputusan Menteri ditambah biaya pelayanan kefarmasian. Besarnya biaya pelayanan kefarmasian adalah faktor pelayanan kefarmasian dikali harga obat sesuai harga yang ditetapkan dalam keputusan Menteri.
- 5. Obat alteplase untuk kasus stroke. Tarif obat alteplase dibayarkan diluar paket INA-CBG mengacu pada harga obat yang ditetapkan oleh Menteri.
- 6. Obat program pemerintah yang tidak dijamin oleh **PIHAK KESATU** antara lain obat untuk penyakit:
 - a. HIV dan AIDS;
 - b. *Tuberculosis (TB)*;
 - c. Malaria;
 - d. Kusta; dan
 - e. Korban narkotika (rumatan methadon).
- 7. Penggunaan Obat di Luar Fornas:

Pada pelaksanaan pelayanan kesehatan, penggunaan obat disesuaikan dengan standar pengobatan program terkait dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Apabila dalam pemberian pelayanan kesehatan, pasien membutuhkan obat yang belum tercantum di Fornas, maka Penggunaan obat di luar Fornas di **PIHAK KEDUA** hanya dimungkinkan setelah mendapat rekomendasi dari Ketua Komite Farmasi dan Terapi (KFT) dengan persetujuan Komite Medik dan Kepala/Direktur Rumah Sakit, dan tidak dibebankan kepada peserta.

8. Dalam hal faskes mengalami kendala ketersediaan obat sebagaimana yang tercantum pada e-katalog maka harus melaporkan kepada **PIHAK KESATU** melalui fitur laporan kekosongan obat pada Aplikasi Apotek Online **PIHAK KESATU** dan kepada Kementerian Kesehatan melalui website e-monev obat pada alamat *website* <https://monevkatalogobat.kemkes.go.id/index.php#front/kekosongan>
9. Setiap laporan kendala ketersediaan obat harus disertai dengan informasi: nama, sediaan dan kekuatan obat, nama pabrik obat dan nama distributor obat, tempat kejadian (nama dan alamat kota/kabupaten dan provinsi, depo farmasi/apotek/instalasi farmasi Rumah Sakit pemesan obat), tanggal pemesanan obat, hasil konfirmasi dengan distributor setempat, hal-hal lain yang terkait.

E. Pelayanan Alat Kesehatan

1. Pelayanan Alat Kesehatan dapat diberikan pada pelayanan kesehatan rawat jalan dan/atau rawat inap.
2. Jenis dan plafon harga alat kesehatan sesuai dengan Kompendium Alat Kesehatan yang ditetapkan oleh Menteri.
3. Alat kesehatan diberikan kepada peserta Jaminan Kesehatan sesuai dengan indikasi medis, termasuk alat bantu kesehatan.
4. Apabila atas indikasi medis **PIHAK KEDUA** meresepkan alat kesehatan di luar Kompendium alat kesehatan yang berlaku maka dapat digunakan alat kesehatan lain berdasarkan persetujuan Komite Medik dan kepala/direktur rumah sakit.
5. Pengadaan alat kesehatan dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** atau jejaringnya dengan mutu sesuai kebutuhan medis
6. Pelayanan alat bantu kesehatan yang dapat ditagihkan di luar paket INA-CBG terdiri dari:
 - a. Kacamata;
 - b. Alat bantu dengar (*hearing aid*);
 - c. Prothesa alat gerak (kaki dan/atau tangan tiruan);
 - d. Prothesa gigi/gigi palsu;
 - e. Korset Tulang Belakang (*Corset*);
 - f. Penyangga leher (*collar neck/cervical collar/neck brace*); dan
 - g. Alat bantu gerak berupa kruk penyangga tubuh.
7. Ketentuan pelayanan alat bantu kesehatan yang dibayar diluar INA-CBG sebagai berikut:

a. Kacamata

- 1) Ukuran kacamata yang dijamin oleh **PIHAK KESATU** adalah:
 - Untuk lensa spheris, minimal 0,5 Dioptri
 - Untuk lensa silindris minimal 0,25 Dioptri
- 2) Kacamata dapat diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali.
- 3) Apabila sebelum 2 (dua) tahun diperlukan penggantian kacamata oleh sebab apapun (perubahan ukuran, hilang, rusak dan sebab lain) maka tidak dapat dijamin oleh **PIHAK KESATU**.

b. Alat bantu dengar (*hearing aid*)

- 1) Pelayanan alat bantu dengar (*hearing aid*) diberikan atas rekomendasi dari dokter spesialis THT serta merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan oleh FKRTL yang bekerja sama.
- 2) Alat bantu dengar dapat diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali, atas indikasi medis.
- 3) Apabila sebelum 5 (lima) tahun diperlukan penggantian alat bantu dengar (*hearing aid*) oleh sebab apapun (perubahan ukuran, hilang, rusak dan sebab lain) maka **PIHAK KESATU** tidak menjamin.

c. Prothesa alat gerak (kaki dan/atau tangan tiruan)

- 1) Pelayanan Prothesa alat gerak (kaki dan/atau tangan tiruan) merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada FKRTL yang bekerja sama.
- 2) Prothesa alat gerak dapat diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali atas indikasi medis.
- 3) Apabila sebelum 5 (lima) tahun diperlukan penggantian prothesa alat gerak oleh sebab apapun maka **PIHAK KESATU** tidak menjamin.

d. Prothesa gigi/gigi palsu

- 1) Pelayanan prothesa gigi diberikan atas rekomendasi dokter gigi pada FKTP atau dokter gigi pada FKRTL yang bekerja sama.
- 2) Prothesa gigi/gigi palsu dapat diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis untuk gigi yang sama.
- 3) Apabila sebelum 2 (dua) tahun diperlukan penggantian prothesa gigi oleh sebab apapun maka **PIHAK KESATU** tidak menjamin.

e. Korset Tulang Belakang (*Corset*)

- 1) Pelayanan Korset Tulang Belakang (*Corset*) merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada FKRTL yang bekerja sama.
- 2) Korset Tulang Belakang (*Corset*) dapat diberikan Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis.

- 3) Apabila sebelum 2 (dua) tahun diperlukan penggantian Korset Tulang Belakang (*Corset*) oleh sebab apapun maka **PIHAK KESATU** tidak menjamin.

f. Penyangga leher (*collar neck/cervical collar/neck brace*)

- 1) Pelayanan Penyangga leher (*collar neck/cervical collar/neck brace*) merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada FKRTL yang bekerja sama.
- 2) Penyangga leher (*collar neck/cervical collar/neck brace*) diberikan sebagai penyangga kepala dan leher karena trauma pada leher dan kepala.
- 3) Penyangga leher (*collar neck/cervical collar/neck brace*) dapat diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis.
- 4) Apabila sebelum 2 (dua) tahun diperlukan penggantian *collar neck* oleh sebab apapun maka **PIHAK KESATU** tidak menjamin.

g. Alat bantu gerak berupa kruk penyangga tubuh

- 1) Pelayanan Alat bantu gerak berupa kruk penyangga tubuh merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada FKRTL yang bekerja sama.
 - 2) Alat bantu gerak berupa kruk penyangga tubuh dapat diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali.
 - 3) Apabila sebelum 5 (lima) tahun diperlukan penggantian kruk oleh sebab apapun maka **PIHAK KESATU** tidak menjamin.
8. Penyediaan alat bantu kesehatan dapat dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** atau Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) atau Apotek atau Optik yang bekerja sama dengan **PIHAK KESATU**. Pelayananacamata disediakan oleh Optik yang bekerja sama dengan **PIHAK KESATU**.
 9. Plafon harga yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan untuk alat bantu kesehatan merupakan harga maksimal yang ditanggung oleh **PIHAK KESATU** apabila harga alat bantu kesehatan melebihi plafon harga yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan maka biaya tersebut ditanggung oleh peserta dan dibayarkan langsung ke fasilitas pemberi pelayanan.

F. Pelayanan Rujukan Parsial

1. **PIHAK KEDUA** berkewajiban menyediakan sarana prasarana, atau berjejaring untuk memenuhi pelayanan sesuai kompetensi.
2. Rujukan parsial adalah pengiriman pasien atau spesimen ke Fasilitas Kesehatan lain dalam rangka menegakkan diagnosis atau pemberian terapi, yang merupakan satu rangkaian perawatan pasien dalam hal **PIHAK KEDUA** sebagai perujuk.
3. Rujukan parsial dapat berupa:
 - a. Pengiriman pasien untuk dilakukan pemeriksaan penunjang atau tindakan; atau
 - b. Pengiriman spesimen untuk pemeriksaan penunjang.

4. Biaya rujukan parsial menjadi tanggung jawab perujuk. Fasilitas Kesehatan penerima rujukan tidak dapat menagihkan secara terpisah kepada **PIHAK KESATU**, pasien tidak boleh dibebani urun biaya.

G. Pelayanan Ambulan

1. Pelayanan Ambulan merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar Fasilitas Kesehatan disertai dengan upaya menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien sesuai peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.
2. Yang dimaksud dengan kondisi tertentu adalah:
 - a. Kondisi pasien sesuai indikasi medis berdasarkan rekomendasi medis dari dokter yang merawat.
 - b. Kondisi kelas perawatan sesuai hak peserta penuh. Ketentuan pelayanan peserta dalam kondisi kelas perawatan sesuai hak peserta penuh mengacu pada peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.
 - c. Pasien rujuk balik rawat inap yang masih memerlukan pelayanan rawat inap di fasilitas kesehatan tujuan.
Contoh: Pasien kanker rawat inap dengan terapi paliatif di rumah sakit kelas A dirujuk balik ke rumah sakit di bawahnya untuk mendapatkan rawat inap paliatif (bukan rawat jalan).
3. Pelayanan Ambulan hanya dijamin bila rujukan dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan **PIHAK KESATU** atau pada kasus gawat darurat dari Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan **PIHAK KESATU** ke Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama **PIHAK KESATU** dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien.
4. Pelayanan Ambulan hanya dijamin bila digunakan untuk:
 - a. merujuk Peserta dari dan menuju Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan **PIHAK KESATU** sesuai indikasi medis; atau
 - b. melakukan evakuasi pasien kasus gawat darurat yang sudah teratasi keadaan kegawatdaruratannya dari Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja ke Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan **PIHAK KESATU**.
5. Tarif penggantian biaya pelayanan Ambulan sesuai dengan standar biaya ambulan yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah. (Dalam hal belum terdapat tarif dasar ambulan yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah, tarif ditetapkan dengan mengacu pada standar biaya yang berlaku pada daerah dengan karakteristik geografis yang setara pada satu wilayah).
6. Dalam kondisi pelayanan ambulan melintasi lebih dari 1 (satu) wilayah daerah Kabupaten/Kota sehingga terdapat lebih dari 1 (satu) tarif, tarif yang digunakan adalah tarif yang berlaku pada wilayah Fasilitas Kesehatan perujuk.
7. Tarif pelayanan Ambulan meliputi:

- a. Penggunaan Ambulan untuk mengantarkan pasien dari Fasilitas Kesehatan perujuk ke Fasilitas Kesehatan penerima rujukan sampai Ambulan kembali ke tempat perujuk; dan
 - b. Komponen tarif operasional Ambulan meliputi: bahan bakar; karcis tol; biaya Ambulan darat untuk menyebrang dengan kapal; tenaga kesehatan yang ikut di dalam Ambulan; dan tenaga pengemudi.
8. Ruang lingkup Perjanjian ini meliputi penyelenggaraan pelayanan ambulan oleh **PIHAK KEDUA**. Ambulan yang digunakan oleh **PIHAK KEDUA** yaitu milik sendiri.
 9. Pelayanan Ambulan yang sudah menjadi pembiayaan Pemerintah/Pemerintah Daerah atau Lembaga penjaminan lainnya tidak dapat ditagihkan sebagai pembiayaan JKN.

H. Pelayanan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD)

Pelayanan CAPD merupakan benefit pelayanan dengan standar tarif sebagai berikut:

1. Standar Tarif untuk pemasangan pertama CAPD sesuai dengan tarif INA-CBG.
2. Biaya bahan habis pakai (*consumables*), jasa pelayanan, dan jasa pengiriman pada pelayanan CAPD, dibayarkan sebagai tarif Non INA-CBG mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.
3. Biaya transfer set dan jasa pelayanan pada pelayanan CAPD dibayarkan sebagai tarif Non INA-CBG, mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.
4. FKRTL menyediakan dan mendistribusikan *consumable set* dan transfer set kepada pasien.

I. Pelayanan Hemodialisis

Dalam hal **PIHAK KEDUA** memberikan pelayanan Hemodialisis sesuai ruang lingkup Perjanjian, maka ketentuan penggunaan alat *dialyzer* adalah sebagai berikut:

1. Apabila alat *dialyzer* yang digunakan adalah untuk sekali pakai (*single use dialyzer*), maka dibayarkan sesuai tarif INA CBG yang ditetapkan oleh Menteri; atau
2. Apabila alat *dialyzer* yang digunakan adalah untuk pemakaian berulang (*reuse dialyzer*), maka dibayarkan 85% (delapan puluh lima persen) dari tarif INA CBG yang ditetapkan oleh Menteri.

J. Pelayanan Kontrasepsi

Pelayanan kontrasepsi meliputi: pelayanan KB pasca persalinan; KB pasca keguguran; pemasangan/pencabutan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) dan Implan interval dengan indikasi medis; tubektomi/Metode Operasi Wanita (MOW) interval dengan indikasi medis; penanganan komplikasi penggunaan kontrasepsi. Pelayanan KB tersebut dikecualikan untuk pelayanan KB yang dibiayai pemerintah seperti alat dan obat kontrasepsi.

K. Pelayanan Imunohistokimia untuk kanker payudara dan *limfoma non hodgkin*

1. Dalam hal **PIHAK KEDUA** memberikan pelayanan imunohistokimia untuk kanker payudara dan limfoma non hodgkin sesuai ruang lingkup Perjanjian, maka tarif rawat jalan dan rawat inap bagi Pasien yang mendapatkan pelayanan imunohistokimia untuk

kanker payudara dan limfoma non hodgkin mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.

2. Pemeriksaan imunohistokimia untuk kanker payudara dan limfoma non hodgkin yang ditagihkan dalam Non INA-CBG hanya untuk satu kali yaitu untuk penegakan diagnosis.

L. Pelayanan *Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR)* untuk kanker paru

1. Dalam hal **PIHAK KEDUA** memberikan pelayanan pemeriksaan *Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR)* untuk kanker paru sesuai ruang lingkup Perjanjian, maka tarif rawat jalan dan rawat inap bagi Pasien yang mendapatkan pelayanan pemeriksaan *Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR)* mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri
2. Pemeriksaan *Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR)* untuk kanker paru yang ditagihkan dalam Non INA-CBG hanya untuk satu kali.

M. Pelayanan PET SCAN

Dalam hal **PIHAK KEDUA** memberikan pelayanan PET SCAN sesuai ruang lingkup Perjanjian, maka tarif rawat jalan dan rawat inap dibayarkan diluar paket INA-CBG mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.

N. Pelayanan Pencangkokan Organ

Dalam hal **PIHAK KEDUA** memberikan pelayanan pencangkokan organ sesuai ruang lingkup Perjanjian, maka:

1. Tarif pelayanan rawat inap untuk pencangkokan organ dimaksudkan untuk resipien/penerima cangkok organ, tidak termasuk pendonor organ.
 2. Organ sebagaimana dimaksud 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.
- O. Untuk pelayanan kesehatan tertentu, besaran tarif INA CBG dibayarkan oleh PIHAK KESATU kepada PIHAK KEDUA berdasarkan kriteria pelayanan dan kompetensi PIHAK KEDUA sebagai berikut:**

1. Kriteria pelayanan 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.
2. Ketentuan mengenai kriteria pelayanan dan kompetensi **PIHAK KEDUA** mengacu pada penetapan Menteri

P. Pelayanan Kesehatan yang tidak dijamin.

1. Pelayanan atau hal-hal lain yang tidak termasuk jaminan yang ditanggung oleh **PIHAK KESATU** adalah sebagai berikut:
 - a. pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan meliputi rujukan atas permintaan sendiri dan pelayanan kesehatan lain yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan **PIHAK KESATU**, kecuali dalam keadaan darurat;
 - c. pelayanan kesehatan terhadap penyakit atau cedera akibat Kecelakaan Kerja atau hubungan kerja yang telah dijamin oleh program jaminan Kecelakaan Kerja atau menjadi tanggungan Pemberi Kerja;
 - d. pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas sesuai hak kelas rawat Peserta
 - e. pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
 - f. pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
 - g. pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
 - h. pelayanan meratakan gigi atau ortodonti;
 - i. gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol;
 - j. gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
 - k. pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*);
 - l. pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan atau eksperimen;
 - m. alat dan obat kontrasepsi, kosmetik;
 - n. perbekalan kesehatan rumah tangga;
 - o. pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
 - p. pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah;
 - q. pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dalam rangka bakti sosial;

- r. pelayanan kesehatan akibat tindak pidana penganiayaan, kekerasan seksual, korban terorisme, dan tindak pidana perdagangan orang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - s. Pelayanan kesehatan tertentu yang berkaitan dengan Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Negara Republik Indonesia, sebagaimana dimaksud pada Peraturan Presiden Nomor 107 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Tertentu Berkaitan Dengan Kegiatan Operasional Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Negara Republik Indonesia:
 - 1) Pelayanan kesehatan promotif dan preventif;
 - 2) Pelayanan pemeriksaan kesehatan berkala anggota TNI dan PNS Kementerian Pertahanan;
 - 3) Pelayanan pemeriksaan kesehatan calon peserta rehabilitasi terpadu penyandang cacat personel Kementerian Pertahanan dan TNI;
 - 4) Pelayanan kesehatan rehabilitasi kecacatan personel Kementerian Pertahanan dan TNI;
 - 5) Pelayanan pemeriksaan kesehatan calon PNS Kementerian Pertahanan;
 - 6) Pelayanan pemeriksaan kesehatan pendidikan pengembangan PNS Kementerian Pertahanan;
 - 7) Pemberian dukungan kesehatan latihan TNI;
 - 8) Pemberian dukungan kesehatan operasi TNI;
 - 9) Pemeriksaan kesehatan anggota TNI;
 - 10) Pelayanan kesehatan akibat kegiatan latihan dan operasi TNI; dan
 - 11) Kegiatan promotif, preventif, dan rehabilitatif kesehatan.
 - t. Pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan; dan
 - u. Pelayanan yang sudah ditanggung dalam program lain.
2. Masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah ditetapkan oleh pejabat yang berwenang.
 3. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri sebagaimana dimaksud pada angka 1 huruf j, pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan atau eksperimen sebagaimana dimaksud pada angka 1 huruf l, dan kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah sebagaimana dimaksud pada angka 1 huruf p ditetapkan oleh Menteri.

II. PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN

A. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)

1. Pelayanan kesehatan bagi Peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dan kompetensi Fasilitas Kesehatan dimulai dari FKTP Peserta terdaftar, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis
2. Pelayanan RJTL merupakan kelanjutan dari pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), berdasarkan surat rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
3. Peserta datang ke **PIHAK KEDUA** dan mengikuti prosedur umum pelayanan kesehatan dengan membawa surat rujukan dari FKTP.
4. Peserta menunjukkan identitas Peserta JKN yaitu Kartu JKN (fisik/digital) atau Kartu Tanda Penduduk (KTP) kepada **PIHAK KEDUA**.
5. **PIHAK KEDUA** menerbitkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) setelah memastikan status kepesertaan aktif.
6. **PIHAK KEDUA** memberikan pelayanan kesehatan sesuai indikasi medis.
7. Prosedur bagi Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dilaksanakan sebagai berikut:
 - a. Peserta dirujuk sesuai indikasi medis.
 - b. Peserta dirujuk mengikuti ketentuan rujukan berjenjang berbasis kompetensi pelayanan sesuai ketentuan yang berlaku atau peserta dirujuk ke FKRTL terdekat dari FKRTL perujuk yang memenuhi indikasi rujukan.
 - c. Peserta diberi surat rujukan/konsul eksternal yang dilampiri salinan SEP yang telah diterbitkan.
 - d. Peserta membawa surat rujukan tersebut untuk mendapat pelayanan di FKRTL penerima rujukan.
 - e. Apabila rujukan pasien merupakan rujukan parsial, biaya atas rujukan parsial sudah termasuk dalam paket INA-CBG pada FKRTL perujuk dan tidak dapat ditagihkan kepada peserta.
 - f. Pelayanan yang diberikan kepada Peserta yang dirujuk ke FKRTL dilakukan paling lama 3 (tiga) bulan.
 - g. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing FKRTL.
 - h. FKRTL wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam Aplikasi Sistem Informasi Manajemen yang telah disediakan oleh BPJS Kesehatan.
 - i. FKRTL yang melakukan pelayanan sebagaimana dimaksud pada huruf f wajib melakukan rujuk balik ke FKTP dimana Peserta terdaftar. Ketentuan sebagaimana dimaksud dikecualikan untuk kasus tertentu.
8. Seluruh proses administrasi dan pelayanan kesehatan dilakukan di lokasi **PIHAK KEDUA**.

B. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)

1. Peserta melakukan pendaftaran ke **PIHAK KEDUA** dan mengikuti prosedur umum pelayanan kesehatan serta membawa surat perintah rawat inap dari poli atau unit gawat darurat sesuai ketentuan program Jaminan Kesehatan yang berlaku. Seluruh proses administrasi dan pelayanan kesehatan dilakukan di lokasi **PIHAK KEDUA**.
2. Peserta menyatakan akan menggunakan hak sebagai peserta JKN.
3. Bila pasien berkeinginan menjadi peserta JKN dapat diberi kesempatan untuk melakukan pendaftaran dan pembayaran iuran peserta JKN.
4. Peserta harus melengkapi syarat administrasi penerbitan SEP dalam waktu 3 x 24 jam hari kerja setelah masuk rawat inap atau sebelum pulang/meninggal/dirujuk apabila dirawat kurang dari 3 x 24 jam, dan kartu dalam status aktif.
5. Jika peserta tidak dapat melengkapi syarat sebagaimana dimaksud di atas maka peserta dinyatakan sebagai pasien umum.
6. **Dokter Penanggung Jawab** memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan indikasi medis, memberikan pelayanan kesehatan atau visitasi secara langsung.
7. Ruang rawat inap yang digunakan untuk perawatan Peserta, merupakan ruang rawat sesuai dengan surat keputusan Pimpinan **PIHAK KEDUA**.
8. Fasilitas Kesehatan/dokter yang merawat berkewajiban memberi surat rujukan balik kepada dokter di faskes yang merujuk disertai jawaban dan tindak lanjut yang harus dilakukan jika secara medis Peserta sudah dapat dilayani di Faskes yang merujuk.
9. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh **PIHAK KEDUA**.
10. Setelah perawatan pasien selesai, pasien dapat kembali untuk melakukan kontrol ulang sesuai indikasi medis, dan selanjutnya pasien dirujuk kembali ke FKTP terdaftar.
11. **PIHAK KEDUA** wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam Aplikasi Sistem Informasi Manajemen yang telah disediakan **PIHAK KESATU**.
12. Dalam hal Peserta RITL membutuhkan rujukan ke FKRTL lain, maka peserta dirujuk dengan prosedur:
 - a. Peserta dirujuk sesuai indikasi medis.
 - b. Peserta dirujuk mengikuti ketentuan rujukan berjenjang berbasis kompetensi sesuai ketentuan yang berlaku atau peserta dirujuk ke FKRTL terdekat dari FKRTL perujuk yang memenuhi indikasi rujukan.
 - c. Peserta diberi surat rujukan/konsul eksternal yang dilampiri salinan SEP yang telah diterbitkan.
 - d. Peserta membawa surat rujukan tersebut untuk mendapat pelayanan di FKRTL penerima rujukan.

- e. Apabila rujukan pasien merupakan rujukan parsial, biaya atas rujukan parsial sudah termasuk dalam paket INA-CBG pada FKRTL perujuk dan tidak dapat ditagihkan kepada peserta.

C. Pelayanan Persalinan di PIHAK KEDUA

1. Pemberian jaminan persalinan sebagaimana pemberian jaminan perawatan tingkat lanjutan.
2. Prosedur pelayanan sesuai dengan ketentuan pelayanan di **PIHAK KEDUA**.
3. Manfaat jaminan kesehatan juga berlaku bagi bayi baru lahir dari Peserta paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan.
4. Pendaftaran kepesertaan bagi bayi baru lahir dilakukan sesuai ketentuan perundang-undangan sebagai berikut:
 - a) Bayi baru lahir dari ibu yang telah terdaftar sebagai Peserta Jaminan Kesehatan wajib didaftarkan kepada **PIHAK KESATU** paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan.
 - b) Bayi yang dilahirkan oleh ibu kandung yang terdaftar sebagai Peserta PBI Jaminan Kesehatan secara otomatis ditetapkan sebagai Peserta PBI Jaminan Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - c) Pendaftaran bayi sebagaimana dimaksud pada angka 4 huruf a) mengaktifkan status kepesertaan bayi untuk mendapatkan manfaat jaminan pelayanan kesehatan selama waktu 28 (dua puluh delapan) hari sejak bayi dilahirkan dan masih dalam perawatan.
 - d) Untuk mendapatkan manfaat jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud pada angka 4 huruf c), bayi baru lahir harus dipastikan status kepesertaannya selambat-lambatnya 3 (tiga) hari kerja sejak yang bersangkutan dirawat atau sebelum selesai perawatan apabila dirawat kurang dari 3 (tiga) hari.
5. Penjaminan bayi baru lahir dari persalinan spontan dengan kondisi sehat termasuk dalam satu episode dengan pelayanan ibunya.
6. Penjaminan Bayi Baru Lahir dengan kondisi yang memerlukan perawatan tersendiri mengikuti prosedur sebagai berikut:
 - a. Setelah peserta mendapatkan nomor identitas JKN bayi setelah melakukan pendaftaran sebagaimana dimaksud pada angka 4 diatas, kemudian melengkapi syarat administrasi penerbitan SEP di **PIHAK KEDUA** dalam waktu 3 x 24 jam hari kerja setelah masuk rawat inap atau sebelum pulang/meninggal/dirujuk apabila dirawat kurang dari 3 x 24 jam, dan kepesertaan dalam status aktif.
 - b. **PIHAK KEDUA** memberikan pelayanan kesehatan sesuai indikasi medis.
 - c. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh **PIHAK KEDUA**.

- d. **PIHAK KEDUA** wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam Aplikasi Sistem Informasi Manajemen yang telah disediakan **PIHAK KESATU**.

D. Pelayanan Darah

1. Pelayanan darah dapat dilakukan sesuai indikasi medis.
2. Pelayanan darah dapat dilakukan di **PIHAK KEDUA** yang memiliki bank darah atau jejaring **PIHAK KEDUA** yang melayani pelayanan darah berdasarkan MoU (kerja sama) antara **PIHAK KEDUA** dan jejaringnya tersebut.
3. Biaya pelayanan darah sudah termasuk dalam komponen paket INA-CBG, peserta tidak diperkenankan iur biaya.
4. Pelayanan kantong darah yang tarifnya dibayarkan di luar paket INA-CBG diberikan untuk pasien penderita thalassemia mayor, hemodialisa, dan leukemia yang membutuhkan pelayanan darah pada rawat jalan.
5. Penggantian biaya kantong darah dibayarkan di luar paket INA-CBG mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.

E. Pelayanan Alat Kesehatan

1. Prosedur Alat Kesehatan yang masuk dalam paket INA-CBG:
Prosedur dilakukan sesuai dengan prosedur pelayanan RJTL atau RITL.
2. Prosedur Alat Bantu Kesehatan yang dapat ditagihkan di luar paket INA-CBG:
 - a. Peserta mendapatkan pelayanan medis dan/atau tindakan medis sesuai dengan prosedur pelayanan rujukan tingkat lanjutan;
 - b. Peserta mengurus legalisasi alat bantu kesehatan ke dengan membawa lembar salinan SEP dan resep alat bantu kesehatan.
 - c. Peserta mengambil alat bantu kesehatan di FKRTL (Apotek atau Optik) dengan menyerahkan lembar salinan SEP dan resep alat bantu kesehatan yang telah dilegalisasi.
 - d. Petugas FKRTL melakukan verifikasi resep dan bukti pendukung lain, kemudian menyerahkan alat kesehatan kepada Peserta.
 - e. Peserta menandatangani bukti pelayanan.

F. Pelayanan Kegawatdaruratan

1. Peserta yang memerlukan pelayanan kegawatdaruratan dapat langsung memperoleh pelayanan di unit gawat darurat tanpa surat rujukan dari FKTP.
2. Peserta menunjukkan Nomor Induk Kependudukan (selanjutnya disebut NIK) atau Nomor Kepesertaan BPJS Kesehatan. Dalam hal peserta berusia dibawah 17 tahun maka identitas lain yang dapat digunakan adalah Kartu Identitas Anak atau Kartu Keluarga (Peserta tidak perlu menyertakan fotokopi identitas).
3. **PIHAK KEDUA** melaksanakan pelayanan triase, survei primer, survei sekunder, tatalaksana definitif dan rujukan sesuai ketentuan perundang-undangan.

4. Fasilitas Kesehatan melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, termasuk obat dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) sesuai dengan indikasi medis.
5. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan.
6. Fasilitas kesehatan wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam Aplikasi Sistem Informasi Manajemen yang telah disediakan **PIHAK KESATU**.
7. Dalam hal pemberian pelayanan gawat darurat, Fasilitas Kesehatan dilarang menarik biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta.

G. Pelayanan Rujuk Balik

1. Peserta mendapatkan pelayanan di **PIHAK KEDUA** dengan mengikuti prosedur di **PIHAK KEDUA**.
2. Dokter Spesialis/Sub Spesialis melakukan pemeriksaan kepada peserta sesuai kebutuhan indikasi medis.
3. Apabila peserta didiagnosa penyakit kronis maka peserta mendapatkan pelayanan kesehatan secara rutin di **PIHAK KEDUA** hingga diperoleh kondisi terkontrol/stabil sesuai dengan kriteria kondisi terkontrol/stabil oleh organisasi profesi terkait.
4. Setelah peserta ditetapkan dalam kondisi terkontrol/stabil, maka dokter Spesialis/Sub Spesialis memberikan SRB (Surat Rujuk Balik) kepada FKTP dimana peserta yang bersangkutan terdaftar yang dapat diakses melalui sistem informasi.

Catatan : Pemberian obat rujuk balik sesuai daftar obat rujuk balik yang ditetapkan.

H. Pelayanan Ambulan

1. Peserta datang ke **PIHAK KEDUA** mengikuti prosedur pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan.
2. Dalam kondisi gawat darurat, peserta datang ke FKRTL baik yang bekerja sama maupun yang tidak bekerjasama sesuai prosedur umum pelayanan kesehatan.
3. Fasilitas Kesehatan memberikan pelayanan kesehatan berdasarkan indikasi medis, dan peserta berhak mendapatkan pelayanan ambulan untuk rujukan antar fasilitas kesehatan berdasarkan penetapan indikasi medis dari dokter atau tenaga kesehatan yang merawat.
4. Peserta dirujuk antar fasilitas kesehatan dengan ambulan yang berasal dari fasilitas kesehatan perujuk atau penerima rujukan atau fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas pelayanan ambulan.
5. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan.
6. Fasilitas kesehatan wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam Aplikasi Sistem Informasi Manajemen yang telah disediakan oleh **PIHAK KESATU**.

I. Pada tarif INA-CBG terdapat pembayaran tambahan (*top up payment*) pada *Special Casemix Main Groups (CMG)* yang terdiri atas:

- a. *special procedure*;
- b. *special drugs*;
- c. *special investigation*;
- d. *special prosthesis*;
- e. *subacute cases*; dan
- f. *chronic cases*.

Pembayaran tambahan (*top up payment*) pada *Special Casemix Main Groups (CMG)* diberikan pada beberapa pelayanan dengan kriteria tertentu mengacu pada penetapan Menteri.

J. Ruang Lingkup dan Prosedur sesuai Lampiran I ini menjadi acuan bagi **PIHAK KEDUA** untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan sesuai hasil kredensialing dan rekredensialing sebagaimana telah diterangkan sebelumnya di awal Perjanjian.

PIHAK KESATU
BPJS KESEHATAN CABANG
SURABAYA



Hernina Agustin Arifin

PIHAK KEDUA
RSPAL DR.RAMELAN
SURABAYA



dr. Sujoko Purnomo, Sp.B
Laksamana Pertama TNI

Lampiran II Perjanjian

Nomor: 389/KTR/VII-01/1224

Nomor: PKS/93/XII/2024

**TATA CARA PENGAJUAN DAN PEMBAYARAN KLAIM
PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN**

1. Klaim pelayanan kesehatan yang diajukan oleh **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK KESATU** terdiri dari data klaim yang diajukan melalui aplikasi dan dokumen administrasi pengajuan klaim pelayanan kesehatan.
2. **PIHAK KEDUA** melakukan entri data dan pengodean klinis pada aplikasi pendataan layanan kesehatan yang disiapkan oleh Kementerian Kesehatan, sesuai kaidah pengodean klinis berdasarkan diagnosa, prosedur dan data pendukung dari dokumen klaim.
3. **PIHAK KEDUA** melakukan pengunggahan dan pengajuan data luaran aplikasi pendataan layanan kesehatan pada aplikasi pengajuan klaim BPJS Kesehatan.
4. Dalam waktu paling lambat 2 x 24 jam setelah pengajuan data klaim pada aplikasi sebagaimana angka 3 di atas, **PIHAK KEDUA** wajib mengajukan dokumen administrasi pengajuan klaim pelayanan kesehatan yang sesuai dengan data klaim tersebut kepada Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota **PIHAK KESATU** secara kolektif, periodik dan lengkap setiap bulannya pada hari dan jam kerja.
5. Dalam hal jumlah data klaim pada aplikasi tidak sesuai dengan dokumen administrasi pengajuan klaim maka **PIHAK KESATU** mengembalikan pengajuan klaim tersebut kepada **PIHAK KEDUA**.
6. Dalam satu bulan **PIHAK KEDUA** dapat mengajukan masing-masing dengan interval waktu pengajuan minimal 10 (sepuluh) hari yaitu:
 - a. **Satu kali klaim reguler** dengan ketentuan sebagai berikut:
 - 1) Pengajuan klaim reguler adalah satu bulan pelayanan penuh atau minimal 75% dari jumlah SEP terbit.
 - 2) Dalam hal **PIHAK KEDUA** tidak dapat mengajukan klaim reguler sebagaimana dimaksud pada huruf a angka 1), maka klaim susulan belum dapat diajukan pada bulan yang sama.
 - 3) **PARA PIHAK** dapat membuat kesepakatan jadwal pengajuan klaim reguler yang belum diajukan, untuk dituangkan dalam Berita Acara Kesepakatan yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini dengan ketentuan tidak melewati batas kedaluwarsa klaim.
 - b. **Satu kali klaim susulan.**
 - c. **Satu kali klaim pending dan atau klaim dispute**

7. Klaim pending atau klaim dispute yang dikonfirmasi dan diajukan bersamaan dengan klaim susulan dalam bulan pelayanan yang sama, maka dihitung sebagai 1 (satu) kali pengajuan klaim susulan.
8. Dalam hal terdapat kondisi tertentu, **PIHAK KEDUA** dapat mengajukan klaim melebihi ketentuan pengajuan klaim reguler dan klaim susulan.
9. Kondisi tertentu sebagaimana yang dimaksud pada angka 8, disampaikan secara tertulis oleh **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK KESATU**.
10. Klaim yang dapat diajukan melebihi ketentuan merupakan klaim yang belum kedaluwarsa.
11. Pengajuan ulang klaim pending dapat dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK KESATU** sebanyak-banyaknya 2 (dua) kali pengajuan perbaikan. **PARA PIHAK** berkomitmen untuk menyelesaikan klaim pending sesuai ketentuan yang berlaku dengan mempertimbangkan masa kedaluwarsa klaim.
12. Tarif yang digunakan oleh **PIHAK KEDUA** sesuai dengan kelas Rumah Sakit yang berlaku dan Regionalisasi Tarif sesuai kesepakatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan mengacu pada regulasi yang ditetapkan oleh Menteri.
13. **PIHAK KESATU** menerbitkan bukti penerimaan klaim kepada **PIHAK KEDUA** setelah **PIHAK KEDUA** mengajukan klaim kepada **PIHAK KESATU** (dapat berupa salinan cetak, *soft copy* PDF atau secara elektronik melalui pertukaran metadata) pada hari dan tanggal **PIHAK KEDUA** menyerahkan klaim.
14. **PIHAK KESATU** harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari kalender sejak klaim diajukan oleh **PIHAK KEDUA** dan diterima oleh **PIHAK KESATU**.
15. Dalam hal **PIHAK KESATU** tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 (sepuluh) hari kalender, berkas klaim dinyatakan lengkap.
16. Hari ke 10 (sepuluh) sebagaimana dimaksud dihitung mulai hari pengajuan klaim **PIHAK KEDUA** yang ditandai dengan penerbitan bukti penerimaan klaim.
17. Persyaratan administrasi klaim pelayanan kesehatan di **PIHAK KEDUA** meliputi:
 - a. Kelengkapan administrasi umum yang terdiri atas:
 - 1) Surat pengajuan klaim yang ditandatangani oleh Pimpinan **PIHAK KEDUA** atau pejabat setingkat Direktur yang diberi kewenangan;
 - 2) Kuitansi asli bermeterai cukup atau kuitansi elektronik yang dianggap sah sesuai ketentuan perundang-undangan dan ditandatangani oleh Pimpinan/Pejabat **PIHAK KEDUA** yang berwenang, yang diserahkan setelah persetujuan hasil verifikasi oleh **PIHAK KEDUA**; dan
 - 3) Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak Pengajuan Klaim Biaya Pelayanan Kesehatan bermeterai yang ditandatangani oleh Pimpinan **PIHAK KEDUA** atau pejabat setingkat Direktur yang diberi kewenangan, serta dilampirkan dengan surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh Tim Pencegahan Kecurangan JKN Fasilitas Kesehatan

- 4) Kelengkapan lain sesuai ketentuan perundang-undangan.
- b. Kelengkapan khusus yang terdiri atas:
 - 1) bukti pendukung pelayanan; dan
 - 2) kelengkapan lain yang dipersyaratkan dalam masing-masing tagihan klaim, seperti yang disampaikan sesuai lampiran.
18. Pengajuan klaim pelayanan **RJTL**, kelengkapan khusus adalah sebagai berikut:
 - a. Bukti Pendukung Pelayanan
 - 1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang sudah ditandatangani oleh Pasien/keluarga atau cap jempol tangan Peserta, atau hasil validasi data secara elektronik yang dikembangkan oleh **PIHAK KESATU** seperti rekam sidik jari (*fingerprint*) atau pengenalan wajah (*face validation*);
 - 2) lembar bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur serta ditandatangani oleh pasien/keluarga pasien dan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP);
 - 3) hasil pemeriksaan penunjang yang mendukung diagnostik;
 - 4) dokumen pendukung klaim lain apabila diperlukan, seperti resume biaya tagihan.
 - b. Kelengkapan lain yang dipersyaratkan dalam masing-masing tagihan klaim sesuai dengan pedoman administrasi klaim yang berlaku.
19. Pengajuan klaim pelayanan **RITL**, kelengkapan khusus adalah sebagai berikut:
 - a. Bukti Pendukung Pelayanan
 - 1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang sudah ditandatangani oleh Pasien/keluarga atau cap jempol tangan Peserta, atau hasil validasi data secara elektronik yang dikembangkan oleh **PIHAK KESATU** seperti rekam sidik jari (*fingerprint*) atau pengenalan wajah (*face validation*);
 - 2) Surat perintah rawat inap;
 - 3) Bukti pelayanan berupa resume medis atau isi rekam medis paling sedikit terdiri atas informasi: a. identitas Pasien; b. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang; c. diagnosis, pengobatan, dan rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan; dan d. nama dan tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pasien;
 - 4) laporan tindakan (prosedur);
 - 5) hasil pemeriksaan penunjang yang mendukung diagnostik; dan
 - 6) dokumen pendukung klaim lain apabila diperlukan, seperti resume biaya tagihan.
 - b. Kelengkapan lain yang dipersyaratkan dalam masing-masing tagihan klaim sesuai dengan pedoman administrasi klaim yang berlaku.
20. Pengajuan klaim pelayanan Obat untuk penyakit kronis dan obat kemoterapi, kelengkapan khusus adalah sebagai berikut:
 - a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta atau validasi data secara elektronik berupa rekam biometrik yang dikembangkan oleh **PIHAK KESATU** seperti rekam sidik jari (*fingerprint*) atau

- pengenalan wajah (*face validation*);
- b. lembar resep obat yang ditandatangani oleh peserta/keluarga atau hasil validasi secara elektronik yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan sebagai bukti obat telah diterima oleh peserta. Untuk obat kemoterapi dilengkapi dengan protokol terapi; dan
 - c. dokumen lain yang dipersyaratkan sesuai restriksi obat dalam FORNAS.
21. Pengajuan klaim pelayanan obat alteplase, kelengkapan khusus adalah sebagai berikut:
- a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta atau validasi data secara elektronik berupa rekam biometrik yang dikembangkan BPJS Kesehatan seperti rekam sidik jari (*fingerprint*) atau pengenalan wajah (*face validation*);
 - b. lembar resep obat yang ditandatangani oleh peserta/keluarga atau hasil validasi secara elektronik yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan sebagai bukti obat telah diterima oleh peserta; dan
 - c. resume medis dan hasil pemeriksaan CT-Scan/MRI (DWI).
22. Pengajuan klaim pelayanan Alat Bantu Kesehatan, kelengkapan khusus adalah sebagai berikut:
- a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta atau validasi data secara elektronik berupa rekam biometrik yang dikembangkan BPJS Kesehatan seperti rekam sidik jari (*finger print*) atau pengenalan wajah (*face validation*);
 - b. Pengajuan klaim pelayanan alat bantu dengar harus dilengkapi dengan:
 - 1) resep alat bantu dengar;
 - 2) hasil pemeriksaan audiometri; dan
 - 3) tanda bukti penerimaan alat bantu dengar memuat harga alat bantu dengar.
 - c. Pengajuan klaim pelayanan protesa alat gerak harus dilengkapi dengan:
 - 1) resep protesa alat gerak; dan
 - 2) tanda bukti protesa alat gerak yang memuat harga protesa alat gerak;
 - d. Pengajuan klaim pelayanan protesa Gigi harus dilengkapi dengan:
 - 1) resep protesa gigi; dan
 - 2) tanda bukti penerimaan protesa gigi yang memuat harga protesa gigi.
 - e. Pengajuan klaim Korset Tulang Belakang harus dilengkapi dengan:
 - 1) resep korset tulang belakang; dan
 - 2) tanda bukti penerimaan korset tulang belakang yang memuat harga korset tulang belakang.
 - f. Pengajuan klaim pelayanan *Collar Neck* harus dilengkapi dengan:
 - 1) resep *collar neck*; dan
 - 2) tanda bukti penerimaan *collar neck* yang memuat harga *collar neck*.
 - g. Pengajuan klaim pelayanan Kruk harus dilengkapi dengan:
 - 1) resep kruk; dan

- 2) tanda bukti penerimaan kruk yang memuat harga kruk.
- h. Penagihan Alat Bantu Kesehatan diluar paket INA-CBG yang penyediaanya dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** dilakukan secara kolektif oleh **PIHAK KEDUA**.
23. Pengajuan klaim pelayanan Ambulan ditagihkan secara kolektif setiap bulan oleh **PIHAK KEDUA**, dengan kelengkapan khusus adalah sebagai berikut:
- lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta atau validasi data secara elektronik berupa rekam biometrik yang dikembangkan BPJS Kesehatan seperti rekam sidik jari (*finger print*) atau pengenalan wajah (*face validation*);
 - surat pengantar rujukan pasien yang berisi informasi kondisi medis pasien pada saat akan dirujuk dari dokter yang merawat;
 - bukti pelayanan ambulan yang memuat informasi tentang:
 - identitas pasien;
 - waktu pelayanan (hari, tanggal, jam berangkat dari Fasilitas Kesehatan perujuk dan jam tiba di Fasilitas Kesehatan tujuan);
 - nama Fasilitas Kesehatan perujuk; dan
 - nama Fasilitas Kesehatan tujuan rujukan.
 - tanda terima Fasilitas Kesehatan penerima rujukan; dan
 - bukti pembayaran jika ambulan menggunakan kapal penyeberangan.
24. Pengajuan klaim pelayanan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD), kelengkapan khusus adalah sebagai berikut:
- lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta atau validasi data secara elektronik berupa rekam biometrik yang dikembangkan **PIHAK KESATU** seperti rekam sidik jari (*finger print*) atau pengenalan wajah (*face validation*); dan
 - resep permintaan CAPD dari dokter yang merawat.
25. Pengajuan klaim pelayanan imunohistokimia untuk kanker payudara dan limfoma non Hodgkin, kelengkapan khusus adalah sebagai berikut:
- lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta atau validasi data secara elektronik berupa rekam biometrik yang dikembangkan BPJS Kesehatan seperti rekam sidik jari (*fingerprint*) atau pengenalan wajah (*face validation*);
 - hasil pemeriksaan patologi anatomi yang menunjukkan diagnosis kanker payudara atau limfoma non Hodgkin;
 - surat permintaan pemeriksaan imunohistokimia dari dokter yang merawat; dan
 - hasil pemeriksaan imunohistokimia kanker payudara atau limfoma non Hodgkin
26. Pengajuan klaim pemeriksaan *Epidermal Growth Factor Receptor* (EGFR) untuk kanker paru, kelengkapan khusus adalah sebagai berikut:

- a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta atau validasi data secara elektronik berupa rekam biometrik yang dikembangkan BPJS Kesehatan seperti rekam sidik jari (*fingerprint*) atau pengenalan wajah (*face validation*);
 - b. hasil pemeriksaan patologi anatomi atau pemeriksaan pendukung lainnya yang menunjukkan diagnosis kanker paru;
 - c. surat permintaan pemeriksaan EGFR dari dokter yang merawat; dan
 - d. hasil pemeriksaan EGFR
27. Pengajuan klaim pelayanan *Positron Emission Tomography Scan* (PET Scan), kelengkapan khusus adalah sebagai berikut:
- a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta atau validasi data secara elektronik berupa rekam biometrik yang dikembangkan BPJS Kesehatan seperti rekam sidik jari (*fingerprint*) atau pengenalan wajah (*face validation*);
 - b. surat permintaan pemeriksaan PET Scan dari dokter yang merawat;
 - c. rekomendasi PET Scan oleh *Cancer Board* atau tim dokter multi disiplin yang merawat; dan
 - d. hasil pemeriksaan PET Scan.
28. Pengajuan klaim pelayanan kantong darah, kelengkapan khusus adalah sebagai berikut:
- a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta atau validasi data secara elektronik berupa rekam biometrik yang dikembangkan BPJS Kesehatan seperti rekam sidik jari (*fingerprint*) atau pengenalan wajah (*face validation*); dan
 - b. bukti pemberian transfusi darah yang ditandatangani oleh DPJP, paling sedikit memuat nama pasien, diagnosis, hasil pemeriksaan laboratorium, dan jumlah kantong darah yang diberikan.
29. Pengajuan klaim pelayanan Gawat Darurat ditagihkan secara kolektif setiap bulan oleh **PIHAK KEDUA**, dengan kelengkapan sebagaimana kelengkapan pelayanan RJTL atau RITL.
30. Dalam hal **PIHAK KEDUA** telah melaksanakan sistem pengelolaan dokumen klaim secara elektronik, maka ketentuan pengelolaan klaim harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:
- a. Ketentuan yang harus dipenuhi oleh **PIHAK KEDUA** untuk pengajuan klaim elektronik:
 - 1) telah memiliki Sistem Rekam Medis Elektronik dan/atau Sistem Peresepan Elektronik;
 - 2) telah dilakukan validasi eligibilitas secara elektronik untuk klaim dari FKRTL;
 - 3) telah dilakukan validasi elektronik untuk pemberi pelayanan oleh DPJP atau tenaga kesehatan lainnya; dan

- 4) telah dilakukan proses integrasi data secara elektronik pada proses pengajuan klaim antara Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan.
 - b. **PIHAK KESATU** melindungi ketersediaan, keutuhan, keotentikan, kerahasiaan, dan keteraksesan seluruh informasi yang didapat dari integrasi Sistem Rekam Medis Elektronik milik **PIHAK KEDUA** dengan sistem informasi **PIHAK KESATU**.
 - c. Pengelolaan dan penyimpanan dokumen klaim secara elektronik selanjutnya dikembangkan dan ditetapkan oleh **PIHAK KESATU** sesuai ketentuan perundang-undangan.
31. Pemberian Uang Muka Pelayanan Kesehatan:
- a. Uang muka pelayanan kesehatan adalah dana dalam persentase tertentu yang diberikan kepada fasilitas kesehatan atas klaim yang telah diajukan namun masih dalam proses verifikasi yang berfungsi untuk menunjang kegiatan operasional fasilitas kesehatan.
 - b. **PIHAK KESATU** dapat memberikan uang muka pelayanan kesehatan kepada **PIHAK KEDUA** pada saat kondisi kesehatan keuangan Dana Jaminan Sosial Kesehatan paling sedikit mencukupi pembayaran klaim pelayanan kesehatan seluruh Indonesia untuk satu setengah bulan ke depan.
 - c. **PIHAK KESATU** memberitahukan secara tertulis kepada **PIHAK KEDUA** bila terjadi kondisi kesehatan keuangan Dana Jaminan Sosial Kesehatan kurang dari satu setengah bulan ke depan untuk pembayaran klaim pelayanan kesehatan seluruh Indonesia.
 - d. **PIHAK KEDUA** dapat mengajukan uang muka pelayanan kesehatan kepada **PIHAK KESATU** setelah bekerja sama paling sedikit 1 (satu) tahun.
 - e. Uang muka pelayanan kesehatan diberikan berdasarkan persentase dari tagihan klaim RJTL dan RITL sesuai nilai dalam Berita Acara Kelengkapan Berkas (BAKB) Klaim dengan capaian indikator kepatuhan FKRTL sesuai penilaian **PIHAK KESATU**.
 - f. Besaran uang muka pelayanan kesehatan yang dapat diterima oleh **PIHAK KEDUA**:
 - 1) Jika capaian indikator kepatuhan < 60 , maka **PIHAK KEDUA** menerima uang muka sebesar 30%.
 - 2) Jika capaian indikator kepatuhan $\geq 60 - < 80$, maka **PIHAK KEDUA** menerima uang muka sebesar 40%.
 - 3) Jika capaian indikator kepatuhan $\geq 80 - < 100$, maka **PIHAK KEDUA** menerima uang muka sebesar 50%.
 - 4) Jika capaian indikator kepatuhan 100, maka **PIHAK KEDUA** menerima uang muka sebesar 60%.
 - g. Khusus untuk Instalasi Farmasi RS (IFRS), maka **PIHAK KEDUA** menerima uang muka sebesar 30% dari tagihan klaim sesuai nilai dalam BAKB Klaim.
 - h. Pemberian uang muka pelayanan kesehatan Triwulan berjalan menggunakan hasil capaian indikator kepatuhan FKRTL Triwulan sebelumnya.

- i. Pemberian uang muka pelayanan kesehatan untuk tanggal 1 sampai dengan tanggal 15 bulan pertama triwulan berjalan, menggunakan hasil capaian indikator kepatuhan FKRTL 2 (dua) Triwulan sebelumnya.
 - j. **PIHAK KESATU** dapat melakukan proses pemberian uang muka pelayanan kesehatan setelah surat pengajuan uang muka pelayanan kesehatan diterima dari **PIHAK KEDUA**, dan BAKB klaim diterbitkan. Format uang muka pelayanan kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku.
 - k. Apabila besaran hasil verifikasi klaim lebih kecil daripada uang muka pelayanan kesehatan yang diberikan, maka akan diperhitungkan pada pembayaran klaim bulan berikutnya.
32. Verifikasi dan Pembayaran Tagihan:
- a. **PIHAK KESATU** melakukan proses verifikasi berkas klaim sejak berkas dinyatakan lengkap dibuktikan dengan berita acara kelengkapan berkas klaim.
 - b. **PIHAK KESATU** melakukan pembayaran klaim berdasarkan hasil verifikasi sebagaimana dimaksud pada huruf a yang telah dinyatakan sesuai.
 - c. Dalam hal berkas klaim yang telah dilakukan verifikasi oleh **PIHAK KESATU** belum sesuai dan memerlukan konfirmasi, berkas klaim dikembalikan kepada **PIHAK KEDUA** untuk mendapatkan konfirmasi, disertai berita acara pengembalian berkas klaim berikut penjelasannya.
 - d. Berkas klaim yang dikembalikan sebagaimana dimaksud pada huruf c dapat diajukan kembali oleh **PIHAK KEDUA** pada pengajuan klaim bulan berikutnya.
 - e. **PIHAK KESATU** mengajukan persetujuan klaim kepada **PIHAK KEDUA** dalam hal proses verifikasi klaim telah selesai dilaksanakan paling lambat pada hari ke 10 sejak Berita Acara kelengkapan berkas klaim.
 - f. Persetujuan klaim sebagaimana dimaksud pada huruf e dibuktikan dengan formulir persetujuan hasil verifikasi yang telah ditandatangani oleh pejabat **PIHAK KEDUA** yang ditunjuk. Hasil persetujuan verifikasi oleh **PIHAK KEDUA** sebagaimana dimaksud, diterima kembali di Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota **PIHAK KESATU** paling lambat satu hari setelah formulir diterima oleh **PIHAK KEDUA**.
 - g. Dalam hal **PIHAK KEDUA** pada hari ke-11 (sebelas) belum menyerahkan persetujuan klaim sebagaimana dimaksud pada huruf f, **PIHAK KEDUA** dianggap menyetujui hasil verifikasi klaim **PIHAK KESATU**, dan proses selanjutnya terhadap klaim dapat dilanjutkan. Persetujuan Klaim yang telah ditanda tangani oleh **PIHAK KEDUA** dapat disusulkan paling lambat pada hari jatuh tempo pembayaran klaim. Dalam hal terjadi keterlambatan penyerahan persetujuan klaim, maka **PIHAK KEDUA** harus membuat Pernyataan Keterlambatan tersebut.
 - h. **PIHAK KESATU** wajib melakukan pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat:

- 1) 15 (lima belas) hari sejak dikeluarkannya berita acara kelengkapan berkas klaim;
atau
 - 2) 15 (lima belas) hari sejak berkas klaim otomatis dinyatakan lengkap.
- i. Dalam hal pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** jatuh pada hari libur, pembayaran pada **PIHAK KEDUA** dilakukan pada hari kerja berikutnya.
 - j. Kelengkapan dokumen pembayaran klaim:
 - 1) Surat pengajuan klaim yang ditandatangani oleh Pimpinan **PIHAK KEDUA** atau pejabat setingkat Direktur yang diberi kewenangan;
 - 2) Kuitansi asli bermeterai sesuai ketentuan perundang-undangan;
 - 3) Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak Pengajuan Klaim Biaya Pelayanan Kesehatan bermeterai yang ditandatangani oleh Pimpinan **PIHAK KEDUA** atau pejabat setingkat Direktur yang diberi kewenang;
 - 4) Lembar persetujuan hasil verifikasi yang telah ditanda tangani oleh **PIHAK KEDUA**.
 - k. **PIHAK KESATU** tidak bertanggung jawab untuk membayar tagihan yang timbul karena **PIHAK KEDUA** memberikan pelayanan kesehatan di luar yang menjadi hak Peserta.
 - l. Biaya transfer antar bank menjadi tanggungan **PIHAK KEDUA**.
 - m. Ketentuan nomor rekening yang akan digunakan untuk pembayaran tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan merupakan nomor rekening Badan/Institusi atas nama **PIHAK KEDUA**. Nomor rekening yang akan digunakan adalah sebagai berikut:

Rekening Utama

Nama Pada Rekening	: RPL 031 BLU RUMKITAL
Nomor Rekening	: 1420000310325
Bank	: Mandiri
Cabang	: RSPAL dr. Ramelan

Rekening Cadangan

Nama Pada Rekening	: RPL 031 BLU RUMKITAL UNTUK BENDAHARA
Nomor Rekening	: 6007006069
Bank	: BNI
Cabang	: RSPAL dr. Ramelan
 - n. Ketentuan penggunaan rekening cadangan adalah sebagai berikut:
 - 1) Rekening cadangan harus berbeda bank.
 - 2) Rekening cadangan digunakan hanya apabila terjadi kendala perbankan pada rekening utama.
 - o. Dalam hal terdapat perubahan nama dan/atau nomor rekening pembayaran yang diajukan oleh **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK KESATU**, maka **PIHAK KESATU** akan melakukan pembayaran tagihan klaim pelayanan kesehatan ke nomor rekening yang

baru, setelah dilakukan penandatanganan Addendum PKS dan telah dilakukan pembaharuan pada aplikasi **PIHAK KESATU**.

33. Dalam hal proses pengajuan dan pembayaran klaim kepada **PIHAK KEDUA** didelegasikan kepada Pejabat setingkat Direktur yang diberi kewenangan, maka **PIHAK KEDUA** wajib melampirkan Surat Kuasa.
34. Dalam hal **PIHAK KESATU** terlambat dalam melakukan pembayaran tagihan klaim pelayanan kesehatan, maka **PIHAK KESATU** akan melakukan pembayaran denda kepada **PIHAK KEDUA** sebesar 1 % (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan secara proporsional dengan mekanisme sebagai berikut:
- PARA PIHAK** melakukan rekonsiliasi perhitungan dan pembuatan Berita Acara Kesepakatan Denda.
 - Berita Acara Kesepakatan Denda meliputi kesepakatan atas jumlah hari keterlambatan, besaran nilai denda, serta kesediaan kedua belah pihak untuk patuh dan tunduk terhadap kesepakatan yang telah dibuat tanpa mengajukan upaya hukum.
 - Denda keterlambatan pembayaran tagihan klaim pelayanan kesehatan dihitung secara proporsional secara harian menggunakan hari kalender dengan perhitungan besaran jumlah denda untuk keterlambatan sebagai berikut:

$$= \frac{\text{Jumlah hari keterlambatan} \times (1\% \times 12 \text{ Bulan}) \times \text{nilai yang dibayarkan}}{365 \text{ Hari}}$$

365 Hari

Keterangan:

- Besaran nilai denda untuk 1 (satu) bulan keterlambatan = 1% (satu persen)
- Jumlah hari dalam 1 (satu) tahun = 365 hari
- Jumlah bulan dalam 1 (satu) tahun = 12 bulan

Dalam hal keterlambatan pembayaran tagihan klaim pelayanan kesehatan disebabkan oleh **PIHAK KEDUA** atau permasalahan sistem dari bank, maka **PIHAK KESATU** tidak berkewajiban untuk membayarkan denda keterlambatan pembayaran tagihan klaim pelayanan kesehatan.

d. Supply Chain Financing (SCF)

Merupakan program pembiayaan oleh Bank dan/atau Lembaga Keuangan Nonbank yang telah bekerja sama dengan **PIHAK KESATU** yang khusus diberikan kepada **PIHAK KEDUA** untuk membantu percepatan penerimaan piutang (tagihan klaim pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan).

35. Pelaksanaan INA-CBG

- Klaim pelayanan tingkat lanjutan dilakukan dengan sistem INA-CBG. Untuk dapat mengoperasikan *software* INA-CBG maka **PIHAK KEDUA** harus mempunyai nomor registrasi yang diperoleh dari Kementerian Kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku. Kewajiban untuk memiliki nomor registrasi dilakukan sebelum penandatanganan perjanjian kerja sama dan menjadi bagian dari persyaratan kerja sama.

- b. **PIHAK KEDUA** harus memiliki Petugas administrasi klaim atau Koder untuk melakukan input tagihan pelayanan ke dalam *software* INA-CBG sesuai tatalaksana INA-CBG yang berlaku.
 - c. Tugas dan tanggung jawab dokter adalah menegakkan dan menuliskan diagnosis utama, diagnosis sekunder dan tindakan/prosedur yang telah dilaksanakan serta membuat resume medis pasien secara lengkap, jelas dan spesifik selama pasien dirawat di rumah sakit.
 - d. Kelengkapan rekam medis yang ditulis oleh dokter akan sangat membantu koder dalam memberikan kode diagnosis dan tindakan/prosedur yang tepat.
 - e. Tugas dan tanggung jawab seorang Koder adalah melakukan kodifikasi atas diagnosis dan/atau tindakan/prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien sesuai dengan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur yang bersumber dari rekam medis pasien. Dalam hal Koder mengalami kesulitan atau menemukan ketidaksesuaian dengan pedoman pengkodean saat mengode diagnosis atau tindakan/prosedur, Koder wajib melakukan klarifikasi dengan dokter berkaitan dengan data rekam medis atas kondisi atau diagnosa medis maupun tindakan/prosedur dari pasien.
 - f. Proses koding dilakukan sesuai dengan diagnosis yang ditegakkan oleh dokter. Jika ditemukan kesalahan atau inkonsistensi pencatatan diagnosis, maka koder harus melakukan klarifikasi kepada dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP).
 - g. Dalam hal tertentu coder dapat membantu proses penulisan diagnosis sesuai ICD-10 dan ICD-9 CM. Dokter penanggung jawab harus menuliskan nama dengan jelas serta menandatangani resume medik.
 - h. Pasien yang masuk ke instalasi rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di instalasi rawat jalan atau instalasi gawat darurat hanya diklaim sebagai 1 (satu) episode INA-CBG dengan jenis pelayanan rawat inap.
 - i. Pasien yang datang pada dua atau lebih instalasi rawat jalan dengan dua atau lebih diagnosis akan tetapi diagnosis tersebut merupakan diagnosis sekunder dari diagnosis utamanya maka diklaimkan sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri yang mengatur tentang Episode Perawatan.
 - j. **PIHAK KEDUA** melakukan pelayanan dengan efisien dan efektif agar biaya pelayanan seimbang dengan tarif INA-CBG.
36. Apabila dalam pengajuan klaim/tagihan oleh **PIHAK KEDUA** terdapat klaim/tagihan yang bermasalah (klaim *dispute*) maka **PIHAK KESATU** berhak untuk menengguhkan pembayaran atas klaim/tagihan yang bermasalah tersebut. Penyelesaian klaim *dispute* mengacu pada regulasi yang berlaku.

37. Dalam hal terjadi ketidaksesuaian pada saat verifikasi administrasi atau verifikasi pelayanan maka **PIHAK KESATU** berhak melakukan konfirmasi kepada **PIHAK KEDUA** dan Peserta.

PIHAK KESATU
BPJS KESEHATAN CABANG
SURABAYA



Hernina Agustin Arifin

PIHAK KEDUA
RSPAL DR.RAMELAN
SURABAYA



dr. Sujoko Purnomo, Sp.B
Laksamana Pertama TNI

Lampiran III Perjanjian
Nomor: 389/KTR/VII-01/1224
Nomor: PKS/93/XII/2024

**Berita Acara Kesepakatan Bersama Asosiasi Fasilitas Kesehatan tentang
Regionalisasi Tarif Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan**



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial



PERSI

**BERITA ACARA ANTARA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
KESEHATAN KEDEPUTIAN WILAYAH VII DENGAN PERHIMPUNAN RUMAH
SAKIT SELURUH INDONESIA (PERSI) PROVINSI JAWA TIMUR TENTANG
KESEPAKATAN BESARAN TARIF PELAYANAN KESEHATAN DALAM
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN DI FASILITAS KESEHATAN RUJUKAN
TINGKAT LANJUTAN WILAYAH PROVINSI JAWA TIMUR**

Nomor : 10/BA/WII-VII/0123
Nomor : 247/PERSI-JT/SK/II/2023

Pada hari ini Senin, tanggal Tiga Puluh bulan Januari tahun Dua Ribu Dua Puluh Tiga, yang bertanda tangan di bawah ini :

- I. Debbie Nianta Musigiasari, selaku Deputy Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (disingkat BPJS Kesehatan) Wilayah VII yang berkedudukan dan berkantor di Jl. Jemursari 234 Surabaya, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Keputusan Direksi BPJS Kesehatan Nomor : 237/Peg-04/0123 tanggal 24 Januari 2023 karenanya sah bertindak untuk dan atas nama serta mewakili BPJS Kesehatan Kedeputan Wilayah VII.
- II. dr. Hendro Soelistijono. MM., M.Kes, selaku Ketua Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) wilayah Provinsi Jawa Timur, yang berkedudukan dan berkantor di Jl. Dr. Ir. H. Soekarno No.56-58, Surabaya, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Keputusan Bersama Ketua Umum Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia dan Ketua Majelis Kehormatan Etik Rumah Sakit Indonesia Nomor 040/SKB/PERSI/IX/2022 tanggal 19 September 2022 karenanya sah bertindak untuk dan atas nama serta mewakili PERSI Wilayah Jawa Timur.

Untuk selanjutnya secara bersama-sama disebut **PARA PIHAK**.

Berdasarkan:

1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
2. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
3. 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);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2021 tentang Perubahan Keempat atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 33);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 35); dan
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/252/2016 Tahun 2016 tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan.

Atas dasar hal tersebut di atas, **PARA PIHAK** sepakat untuk melakukan Kesepakatan Bersama yang tertuang dalam Berita Acara antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Kedeputian Wilayah VII dengan Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) Provinsi Jawa Timur tentang Kesepakatan Besaran Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan di Wilayah Provinsi Jawa Timur sebagai berikut:



PASAL 1

TUJUAN

Berita Acara ini digunakan sebagai acuan kontrak (Perjanjian Kerja Sama) antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan dan menjadi dasar tarif untuk pembayaran pelayanan kesehatan berdasarkan standar Tarif INA-CBG dan Non INA-CBG bagi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan di wilayah Provinsi Jawa Timur.

PASAL 2

RUANG LINGKUP

Ruang lingkup Kesepakatan Bersama ini meliputi:

1. Kesepakatan besaran tarif INA-CBG dan Non INA-CBG di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.
2. Uraian Ruang lingkup besaran tarif INA-CBG dan Non INA-CBG di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan mengacu sebagaimana tercantum dalam Lampiran Berita Acara ini.

PASAL 3

MASA BERLAKU

1. Pemberlakuan tarif sebagaimana kesepakatan ini mulai berlaku pada 24 Januari 2023.
2. Kesepakatan Bersama ini berlaku sepanjang Peraturan Menteri yang mengatur tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan yang menjadi dasar Kesepakatan Bersama masih berlaku.

—w.

Q

PASAL 4
KETENTUAN LAIN-LAIN

Hal-hal yang memerlukan perubahan baik penambahan maupun pengurangan dalam Kesepakatan Bersama ini akan diatur kemudian secara tertulis oleh **PARA PIHAK** dalam bentuk Addendum sebagai aturan tambahan yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Kesepakatan Bersama ini dan memiliki kekuatan hukum yang sama.

PASAL 5
KETENTUAN PENUTUP

Kesepakatan Bersama ini dibuat dalam rangkap 2 (dua) asli, bermeterai cukup, masing-masing sama bunyinya dan mempunyai kekuatan hukum yang sama, 1 (satu) rangkap untuk **PARA PIHAK** dan telah diterima oleh **PARA PIHAK** pada saat Kesepakatan Bersama ini ditandatangani.

Surabaya, 30 Januari 2023

PPS DEPUTI DIREKSI WILAYAH VII
BPJS KESEHATAN



Debbie Nianta Musigiasari

KETUA PERHIMPUNAN RUMAH
SAKIT SELURUH INDONESIA (PERSI)
PROVINSI JAWA TIMUR



dr. Hendro Soelistijono, MM, M.Kes

Lampiran Berita Acara
Nomor: 10/BA/Wil-VII/0123
Nomor:

**BESARAN TARIF PELAYANAN KESEHATAN DI FASILITAS KESEHATAN
RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN
NASIONAL DI WILAYAH PROVINSI JAWA TIMUR**

A. Standar Tarif INA-CBG dan Tarif Non INA-CBG

1. Kelompok tarif INA-CBG dan Regional tarif INA-CBG mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan yang berlaku. Regional Tarif INA-CBG ditetapkan sebagai berikut:

Provinsi	Regional Tarif INA-CBG
Jawa Timur	I

2. Pada tarif INA-CBG terdapat pembayaran tambahan (*top up payment*) pada *Special Casemix Main Groups* (CMG) mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan yang berlaku.
3. Tarif Non INA-CBG
Tarif Non INA-CBG merupakan tarif untuk beberapa pelayanan tertentu mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan yang berlaku.
4. Penggantian Biaya Ambulan
 - a. Penggantian biaya ambulan sesuai dengan standar tarif ambulan yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.
 - b. Dalam hal belum terdapat tarif dasar ambulan yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah setempat, tarif ambulan dibayarkan mengacu pada standar tarif yang berlaku pada Pemerintah Daerah terdekat dengan karakteristik geografis yang setara.
 - c. Tarif pelayanan ambulan dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang merujuk.
- B. Kesepakatan tarif sebagaimana tertuang dalam Berita Acara ini dituangkan ke dalam Perjanjian Kerja Sama dengan masing-masing Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan mengacu pada *template* Perjanjian Kerja Sama yang berlaku.

Lampiran IV Perjanjian

Nomor: 389/KTR/VII-01/1224

Nomor: PKS/93/XII/2024

Template Surat Pengajuan Berkas Klaim

SURAT PENGAJUAN BERKAS KLAIM

Berikut kami ajukan jumlah berkas klaim Peserta JKN untuk bulan pelayanan
....., yaitu sebagai berikut:

Jenis Pelayanan	Berkas Pengajuan		TXT Pengajuan		Keterangan
	Jumlah Kasus	Jumlah Biaya	Jumlah Kasus	Jumlah Biaya	
Rawat Jalan					
Rawat Inap					
Jumlah					

Untuk selanjutnya akan dilakukan proses verifikasi oleh BPJS Kesehatan Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pengajuan klaim ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Yang Mengajukan Berkas,
Direktur Rumah Sakit.....,

(.....)
NIP/NRP/....

Lampiran V Perjanjian

Nomor: 389/KTR/VII-01/1224

Nomor: PKS/93/XII/2024

Template Surat Pernyataan Pemeriksaan Klaim

**SURAT PERNYATAAN PEMERIKSAAN KLAIM
OLEH TIM PENCEGAHAN KECURANGAN (*FRAUD*) RUMAH SAKIT
Nomor:**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
Jabatan : Ketua Tim Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) RS
Nama RS : RS

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Menjamin kebenaran bahwa klaim pelayanan kesehatan peserta JKN bulan pelayanan Tahun yang diajukan ke BPJS Kesehatan Cabang.....telah mendapat pemeriksaan dari Tim Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) RS yang dibentuk berdasarkan SK Nomor
2. Apabila dikemudian hari ditemukan adanya klaim yang tidak sesuai dan terindikasi potensi kecurangan, maka kami bersedia melakukan klarifikasi dan konfirmasi serta membantu menyelesaikan permasalahan tersebut dan memastikan hal serupa tidak terulang kembali.

Demikian pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya dan tanpa ada paksaan/tekanan dari Pihak manapun.

.....
Ketua Tim Pencegahan Kecurangan RS.....

(.....)

Lampiran VI Perjanjian

Nomor: 389/KTR/VII-01/1224

Nomor: PKS/93/XII/2024

TARIF PELAYANAN AMBULAN

Pelayanan Ambulan Rujukan bagi peserta untuk RSPAL Dr. Ramelan dan Rumah Sakit sekitarnya dilakukan sesuai indikasi medis sesuai dengan Peraturan Daerah Nomor 7 Tahun 2023

NO	JENIS PELAYANAN	TARIF	TARIF TAMBAHAN	SATUAN
1	Rujukan Pasien	100.000	15.000/km	Layanan

Keterangan:

Besaran tarif pelayanan ambulan ditentukan berdasarkan penjumlahan dari tarif abondemen dan jauhnya jarak tempuh per kilometer (pergi-pulang).

Lampiran VII Perjanjian

Nomor: 389/KTR/VII-01/1224

Nomor: PKS/93/XII/2024

PAKTA INTEGRITAS USER LOGIN APLIKASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap :
NIP/NRP :
Jabatan :
Nama FKRTL :
Alamat FKRTL :

Dengan ini menyatakan dengan sebenarnya bahwa:

1. Petugas entri pelayanan pada aplikasi adalah sebagai berikut:

No	Nama	Nomor Induk Kependudukan (NIK)	Nomor Kartu BPJS Kesehatan	Alamat Email aktif	Masa Penugasan (dd-mm-yy s.d. dd-mm-yy)	Aplikasi	Hak Akses

2. Dalam menggunakan user login untuk melakukan entri data pada aplikasi BPJS Kesehatan akan menjaga kerahasiaan dan tidak memiliki niat dan/atau melakukan tindakan untuk kepentingan pribadi atau tujuan melakukan sesuatu untuk manfaat sendiri, maupun menguntungkan pihak-pihak yang terkait serta tidak memiliki potensi benturan kepentingan (*conflict of interest*) termasuk dengan seluruh pihak yang terlibat dengan tindakan di atas.
3. Dalam waktu 1x24 jam akan melaporkan ke BPJS Kesehatan apabila terdapat pergantian petugas entri baik dikarenakan pindah tugas maupun adanya putus hubungan kerja.
4. Pakta integritas ini dibuat dengan sebenar-benarnya tanpa menyembunyikan fakta dan hal material apapun dan saya bertanggung jawab sepenuhnya atas kebenaran dari hal-hal yang saya nyatakan di sini. Demikian pula akan bersedia bertanggung jawab baik secara hukum apabila pernyataan ini tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya.

Demikian Pakta Integritas ini saya tanda tangani untuk digunakan sebagaimana mestinya.

..... 20...
Yang Menandatangani

(.....)
NIP/ NRP :

*) coret yang tidak diperlukan

Lampiran VIII Perjanjian

Nomor: 389/KTR/VII-01/1224

Nomor: PKS/93/XII/2024

**PANDUAN PELAYANAN PRIMA
BAGI PESERTA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN
DI FASILITAS KESEHATAN KERJA SAMA BPJS KESEHATAN**

Dimensi Layanan Prima Fasilitas Kesehatan terdiri dari :

1. Kelengkapan fasilitas dalam memberikan pelayanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan;
2. Sikap Petugas Pemberi Layanan yang dapat merupakan Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan; dan
3. Alur pelayanan dalam memberikan layanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan.

Sikap Petugas Pemberi Layanan (Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan) dalam memberikan pelayanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan di setiap area yang harus dipenuhi oleh Fasilitas Kesehatan berupa 8 Sikap Layanan Prima, yakni:

1. Tepat Waktu

Petugas Pemberi Layanan berada pada tempat bertugas dan melaksanakan pelayanan tepat waktu atau sesuai dengan jadwal pelayanan;

2. Rapi

Petugas Pemberi Layanan berpakaian dengan bersih, rapi, dan sopan;

3. Ramah

Petugas Pemberi Layanan bersikap ramah, menunjukkan empati, tanpa diskriminasi atau tanpa membedakan Peserta Jaminan Kesehatan atau bukan Peserta Jaminan Kesehatan, senyum, dan mengucapkan salam saat menerima Peserta Jaminan Kesehatan;

4. Sigap

Petugas Pemberi Layanan sigap namun tidak terburu-buru dalam melayani Peserta;

5. Fokus

Petugas Pemberi Layanan fokus hanya pada Peserta Jaminan Kesehatan pada saat melayani, memberi perhatian penuh, dan tanggapan secara verbal maupun nonverbal saat Peserta atau keluarga Peserta Jaminan Kesehatan berinteraksi;

6. Informatif

Petugas Pemberi Layanan memberikan penjelasan informasi kesehatan Peserta kepada Peserta atau keluarga Peserta yang mudah dipahami dan mengetahui peta area serta dapat mengarahkan Peserta kepada petugas lain yang terkait jika dibutuhkan;

7. Koordinatif

Petugas Pemberi Layanan melakukan koordinasi dengan pihak terkait untuk memastikan pelayanan bagi Peserta; dan

8. Senyum

Petugas Pemberi Layanan menyapa Peserta atau keluarga Peserta dan mengakhiri interaksi dengan senyum serta mengucapkan terima kasih.

Kelengkapan fasilitas dan alur pelayanan dalam memberikan layanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan pada setiap area yang harus dipenuhi oleh Fasilitas Kesehatan yaitu sebagai berikut:

1. Area Pendaftaran Peserta

a. Kelengkapan Fasilitas dalam Pemberian Pelayanan Prima kepada Peserta

Fasilitas Kesehatan harus melengkapi fasilitas dalam pemberian pelayanan prima kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area pendaftaran Peserta, yaitu:

- 1) Tersedia sistem informasi antrean *online* yang terintegrasi dengan sistem informasi antrean milik BPJS Kesehatan di Fasilitas Kesehatan pada wilayah tersedia jaringan komunikasi dan data;
- 2) Tersedia loket pendaftaran yang dapat memenuhi kebutuhan antrean Peserta Jaminan Kesehatan dengan memperhatikan waktu tunggu atau tersedia anjungan pendaftaran mandiri bagi Peserta Jaminan Kesehatan;
- 3) Tersedia media informasi Program Jaminan Kesehatan berupa spanduk/poster/banner/leaflet/media cetak lainnya atau media elektronik pada lokasi yang mudah dilihat atau diakses oleh Peserta Jaminan Kesehatan;
- 4) Terpasang Janji Layanan JKN pada lokasi yang mudah dilihat atau diakses oleh Peserta Jaminan Kesehatan;
- 5) Tersedia informasi jadwal praktik dokter;
- 6) Tersedia layar informasi antrean pendaftaran;
- 7) Ruang tunggu pendaftaran bersih dan nyaman;
- 8) Ruang tunggu pendaftaran tersedia tempat duduk yang cukup.

b. Alur Pemberian Layanan

Fasilitas Kesehatan harus memastikan pemberian alur layanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area pendaftaran Peserta, sebagai berikut:

- 1) Peserta atau keluarga datang dan mendapatkan nomor antrean pendaftaran langsung ataupun menggunakan nomor antrean yang telah terjadwal;
- 2) Petugas pendaftaran memanggil Peserta atau keluarga sesuai nomor urutan antrean dikecualikan pada loket pelayanan prioritas;
 - a) Petugas pendaftaran di Fasilitas Kesehatan melayani Peserta sesuai kapasitas layanan tanpa membedakan Peserta Jaminan Kesehatan atau bukan Peserta Jaminan Kesehatan;
 - b) Petugas pendaftaran menanyakan identitas Peserta dan dokumen pendukung. Selain kartu Jaminan Kesehatan - Kartu Indonesia Sehat dalam bentuk cetak, pendaftaran dapat dilakukan dengan:
 - menyebutkan Nomor Induk Kependudukan (NIK);
 - menunjukkan asli Kartu Tanda Penduduk (KTP) tanpa meminta berkas fotokopi atau salinan;
 - menunjukkan Kartu Indonesia Sehat (KIS) Digital tanpa meminta berkas fotokopi atau salinan; dan/atau
 - c) Petugas pendaftaran memasukkan data ke dalam sistem informasi milik BPJS Kesehatan;
- 3) Peserta menuju ruang tunggu pemeriksaan atau pelayanan lain sesuai dengan kebutuhan.

2. Area Pemeriksaan Pelayanan Rawat Jalan

a. Kelengkapan Fasilitas dalam Pemberian Pelayanan Prima kepada Peserta

Fasilitas Kesehatan harus melengkapi fasilitas dalam pemberian pelayanan prima kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area pemeriksaan pelayanan rawat jalan, yaitu:

- 1) Tersedia ruang tunggu pelayanan rawat jalan bersih dan nyaman;
- 2) Tersedia ruang tunggu pelayanan rawat jalan dengan tempat duduk yang cukup;
- 3) Tersedia sistem dan layar informasi antrean pemeriksaan pada pelayanan rawat jalan. Dengan memperhatikan kondisi dan area, layar informasi antrean pemeriksaan pelayanan rawat jalan dapat berupa:
 - a) Perangkat terpisah atau tergabung dengan layar informasi antrean pelayanan pendaftaran;
 - b) Perangkat terpisah atau tergabung untuk antrean beberapa ruang pemeriksaan; dan
- 4) Ruang pemeriksaan nyaman dan menjaga privasi.

b. Alur Pemberian Layanan

Fasilitas Kesehatan harus memastikan pemberian alur layanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area pemeriksaan pelayanan rawat jalan, sebagai berikut:

- 1) Peserta datang ke ruang tunggu pemeriksaan;
- 2) Peserta dipanggil ke ruang pemeriksaan sesuai nomor antrean dan tanpa membedakan Peserta Jaminan Kesehatan atau bukan Peserta Jaminan Kesehatan;
 - a) Dokter/Perawat/Bidan/Tenaga Kesehatan Lainnya mengonfirmasi identitas Peserta;
 - b) Dokter/Perawat/Bidan/Tenaga Kesehatan Lainnya mengonfirmasi keluhan Peserta;
 - c) Dokter/Perawat/Bidan/Tenaga Kesehatan Lainnya melakukan pemeriksaan dan melayani tanpa membedakan Peserta Jaminan Kesehatan atau bukan Peserta Jaminan Kesehatan;
 - d) Dokter/Perawat/Bidan/Tenaga Kesehatan Lainnya memberikan penjelasan kondisi kesehatan Peserta, menginformasikan pelayanan lebih lanjut apabila dibutuhkan kepada Peserta;
- 3) Dalam hal Peserta membutuhkan pelayanan lanjutan di antaranya kontrol ulang, rujuk internal, rujuk antar Fasilitas Kesehatan Dokter/Perawat/Bidan/Tenaga Kesehatan lainnya menginformasikan kepada Peserta dan melakukan input ke dalam sistem informasi yang terintegrasi dengan sistem informasi milik BPJS Kesehatan; dan
- 4) Memberi kesempatan Peserta untuk bertanya atau menyampaikan hal lain sebelum mengakhiri pemberian pelayanan.

3. Area Pelayanan Rawat Inap

a. Kelengkapan Fasilitas dalam Pemberian Pelayanan Prima kepada Peserta

Fasilitas Kesehatan harus melengkapi fasilitas dalam pemberian pelayanan prima kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area pelayanan rawat inap, yaitu:

- 1) Ruang rawat inap bersih dan nyaman;
- 2) Ruang rawat inap menjaga privasi; dan
- 3) Tersedia tempat tidur di ruang rawat inap sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Alur Pemberian Layanan

Fasilitas Kesehatan harus memastikan pemberian alur layanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area pelayanan rawat inap, sebagai berikut:

- 1) Peserta ditempatkan pada ruang rawat inap;

- a) Dokter Penanggung Jawab memperkenalkan diri kepada Peserta atau keluarga Peserta saat pertama kali *visite* dan melakukan *visite* rawat inap secara rutin;
- b) Dokter Penanggung Jawab/Perawat/Bidan/Tenaga Kesehatan Lainnya/Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan mengonfirmasi identitas Peserta;
- c) Dokter Penanggung Jawab mengonfirmasi keluhan Peserta;
- d) Dokter Penanggung Jawab melakukan pemeriksaan;
- 2) Dokter Penanggung Jawab memberikan penjelasan kondisi kesehatan Peserta, menginformasikan pelayanan lebih lanjut apabila dibutuhkan kepada Peserta;
- 3) Dokter Penanggung Jawab/Perawat/Bidan/Tenaga Kesehatan lainnya/Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan memberikan pelayanan kesehatan sesuai indikasi medis Peserta;
 - a) Peserta mendapatkan obat, bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis dan tidak membebankan Peserta untuk mencari obat jika terjadi kekosongan obat;
 - b) Dokter Penanggung Jawab/Perawat/Bidan/Tenaga Kesehatan lainnya/ Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan memberikan informasi kesehatan dengan jelas;
- 4) Memberi kesempatan Peserta untuk bertanya atau menyampaikan hal lain sebelum mengakhiri pemberian pelayanan; dan
- 5) Dalam hal Peserta membutuhkan pelayanan lanjutan di antaranya kontrol ulang, rujuk internal, rujuk antar Fasilitas Kesehatan, Dokter Penanggung Jawab/Perawat/Bidan/Tenaga Kesehatan lainnya/ Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan menginformasikan kepada Peserta dan melakukan input ke dalam Sistem Informasi yang terintegrasi dengan Sistem Informasi milik BPJS Kesehatan.

4. Area Pelayanan Penunjang Diagnostik

a. Kelengkapan Fasilitas dalam Pemberian Pelayanan Prima kepada Peserta

Fasilitas Kesehatan harus melengkapi fasilitas dalam pemberian pelayanan prima kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area penunjang diagnostik yaitu:

- 1) Tersedia ruang tunggu penunjang diagnostik bersih dan nyaman; dan
- 2) Ruang tunggu pelayanan penunjang diagnostik tersedia tempat duduk yang mencukupi.

b. Alur Pemberian Layanan

Fasilitas Kesehatan harus memastikan pemberian alur layanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area area penunjang diagnostik, sebagai berikut:

- 1) Peserta datang ke ruang tunggu pelayanan penunjang diagnostik;

- 2) Peserta menyerahkan dokumen yang diperlukan;
- 3) Peserta dipanggil ke ruang pelayanan penunjang diagnostik sesuai nomor urutan antrean dan tanpa dibedakan Peserta Jaminan Kesehatan maupun bukan Peserta Jaminan Kesehatan;
- 4) Dokter/Tenaga Kesehatan/Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan mengonfirmasi identitas Peserta;
- 5) Dokter/Tenaga Kesehatan/Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan melakukan pemeriksaan penunjang diagnostik;
- 6) Dokter/Tenaga Kesehatan/Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan memberikan penjelasan kondisi kesehatan Peserta, menginformasikan pelayanan lebih lanjut apabila dibutuhkan kepada Peserta; dan
- 7) Memberi kesempatan Peserta untuk bertanya atau menyampaikan hal lain sebelum mengakhiri pemberian pelayanan.

5. Area Pelayanan Kefarmasian

a. Kelengkapan Fasilitas dalam Pemberian Pelayanan Prima kepada Peserta

Fasilitas Kesehatan harus melengkapi fasilitas dalam pemberian pelayanan prima kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area pelayanan kefarmasian yaitu:

- 1) Tersedia ruang tunggu pelayanan kefarmasian yang bersih dan nyaman;
- 2) Ruang tunggu pelayanan kefarmasian tersedia tempat duduk yang cukup; dan
- 3) Tersedia layar informasi antrean pelayanan kefarmasian.

Dengan memperhatikan kondisi dan area, untuk pelayanan kefarmasian pada FKTP dapat bergabung dengan area pelayanan pendaftaran atau pemeriksaan rawat jalan.

b. Alur Pemberian Layanan

Fasilitas Kesehatan harus memastikan pemberian alur layanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area pelayanan kefarmasian, sebagai berikut:

- 1) Peserta datang ke ruang tunggu pelayanan farmasi;
- 2) Peserta menyerahkan resep dan/atau dokumen yang diperlukan;
- 3) Peserta dipanggil sesuai nomor urutan antrean dan tanpa dibedakan Peserta Jaminan Kesehatan maupun bukan Peserta Jaminan Kesehatan.
- 4) Apoteker/Petugas Farmasi/Tenaga Kesehatan lainnya memberikan pelayanan obat yang dibutuhkan Peserta dan tidak membebankan Peserta untuk mencari obat jika terjadi kekosongan obat;
- 5) Apoteker/Petugas Farmasi/Tenaga Kesehatan lainnya menyiapkan obat;
- 6) Apoteker/Petugas Farmasi/Tenaga Kesehatan lainnya memeriksa kembali kesesuaian antara etiket obat, jenis, jumlah obat, dan resep;

- 7) Apoteker/Petugas Farmasi/Tenaga Kesehatan lainnya mengonfirmasi identitas Peserta;
- 8) Apoteker/Petugas Farmasi/Tenaga Kesehatan lainnya menyerahkan obat kepada Peserta;
- 9) Apoteker/Petugas Farmasi/Tenaga Kesehatan lainnya memberi penjelasan tentang obat dan informasi aturan pakai obat kepada Peserta; dan
- 10) Memberi kesempatan Peserta untuk bertanya atau menyampaikan hal lain sebelum mengakhiri pemberian pelayanan

6. Area Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan

a. Kelengkapan Fasilitas dalam Pemberian Pelayanan Prima kepada Peserta

Fasilitas Kesehatan harus melengkapi fasilitas dalam pemberian pelayanan prima kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area pemberian informasi dan penanganan pengaduan yaitu:

- 1) Loker Pelayanan Informasi BPJS Kesehatan di Fasilitas Kesehatan sebagai pusat pemberian informasi dan penanganan pengaduan Peserta dan dalam hal dimungkinkan tersedia ruangan untuk menangani pengaduan yang bersifat *hard complain* yang tidak bisa ditangani di loket;
- 2) Petugas Fasilitas Kesehatan sebagai petugas pemberian informasi dan penanganan pengaduan yang siaga memberikan informasi dan menangani keluhan Peserta;
- 3) Media informasi nama dan nomor kontak petugas pemberian informasi dan penanganan pengaduan yang dapat dihubungi pada lokasi yang mudah dilihat dan diakses oleh Peserta; dan
- 4) Perangkat yang dapat digunakan untuk mengakses sistem informasi penanganan pengaduan.

Kategori *hard complain* meliputi:

- 1) Pengaduan dari Peserta yang penyampaiananya mengganggu kenyamanan Peserta di ruang tunggu layanan; atau
- 2) Pengaduan dari Peserta yang penyelesaiannya bisa dilakukan di Loker Pelayanan Informasi BPJS Kesehatan di Fasilitas Kesehatan namun belum bisa diterima oleh Peserta.

b. Alur Pemberian Layanan

Fasilitas Kesehatan harus memastikan pemberian alur layanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area pemberian informasi sebagai berikut:

- 1) Peserta menyampaikan permintaan informasi kepada Petugas Layanan Informasi/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan;

- 2) Petugas Layanan Informasi/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan mengidentifikasi kebutuhan informasi Peserta;
- 3) Petugas Layanan Informasi/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan mencatat identitas dan informasi yang ditanyakan Peserta pada aplikasi Sistem Informasi dan Penanganan Pengaduan (SIPP);
- 4) Petugas Layanan Informasi/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan memberikan penjelasan atas informasi yang diminta oleh Peserta;
- 5) Apabila petugas Petugas Layanan Informasi/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan tidak dapat memberikan penjelasan atas informasi yang diminta Peserta maka Petugas Layanan Informasi/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan berkoordinasi/mengarahkan Peserta ke Petugas PIPP Fasilitas Kesehatan;
- 6) Petugas Petugas Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) Fasilitas Kesehatan memberikan penjelasan atas informasi yang diminta oleh Peserta;
- 7) Apabila untuk permintaan informasi yang diminta membutuhkan penjelasan lebih lanjut dari BPJS Kesehatan, maka Petugas Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) Fasilitas Kesehatan melakukan eskalasi kepada BPJS Kesehatan melalui sistem informasi penanganan pengaduan; dan
- 8) Petugas Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) Fasilitas Kesehatan atau BPJS Kesehatan memberikan penjelasan atas informasi yang diminta oleh Peserta dan melakukan pencatatan pada sistem informasi penanganan pengaduan.

Fasilitas Kesehatan harus memastikan pemberian alur layanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area penanganan pengaduan sebagai berikut:

- 1) Peserta menyampaikan pengaduan kepada Pengelola Pengaduan/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan;
- 2) Pengelola Pengaduan/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan mengidentifikasi pengaduan Peserta;
- 3) Pengelola Pengaduan/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan mencatat identitas dan pengaduan Peserta pada sistem informasi penanganan pengaduan;
- 4) Pengelola Pengaduan/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan menangani pengaduan yang disampaikan oleh Peserta;
- 5) Apabila Pengelola Pengaduan/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan tidak dapat menangani pengaduan Peserta atau kondisi Peserta menimbulkan *hard complain* maka Pengelola Pengaduan/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan berkoordinasi/mengarahkan Peserta ke Petugas Pemberian Informasi dan

Penanganan Pengaduan (PIPP) Fasilitas Kesehatan dalam ruangan untuk menangani pengaduan dimaksud yang tidak bisa ditangani di loket;

- 6) Petugas Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) Fasilitas Kesehatan menangani pengaduan yang disampaikan Peserta;
- 7) Apabila untuk penanganan pengaduan membutuhkan tindak lanjut dari BPJS Kesehatan, maka Petugas Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) Fasilitas Kesehatan melakukan eskalasi kepada BPJS Kesehatan melalui sistem informasi penanganan pengaduan; dan
- 8) Petugas Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) Fasilitas Kesehatan atau Staf BPJS Kesehatan menyampaikan penyelesaian atas pengaduan yang disampaikan kepada Peserta dan melakukan pencatatan pada sistem informasi penanganan pengaduan.

Lampiran IX Perjanjian

Nomor: 389/KTR/VII-01/1224

Nomor: PKS/93/XII/2024

KOMITMEN TERHADAP INTEGRASI SISTEM

1. Komitmen terhadap integrasi sistem ini dibuat bertujuan untuk:
 - a. Koordinasi dan integrasi sistem informasi **PARA PIHAK**.
 - b. Upaya untuk menjaga keamanan sistem informasi data yang dikelola oleh **PARA PIHAK**.
2. **PARA PIHAK** bermaksud untuk melakukan Integrasi sistem antara sistem informasi pelayanan kesehatan milik **PIHAK KESATU** dengan Sistem Informasi **PIHAK KEDUA** sehingga inputan data yang sama dapat tersimpan otomatis pada kedua database dan dapat mempercepat proses pendaftaran pelayanan peserta serta meningkatkan kepuasan peserta.
3. **PARA PIHAK** berkomitmen untuk:
 - a. Komitmen **PIHAK KESATU**:
 - 1) Melakukan updating *web service* sistem informasi pelayanan kesehatan rujukan yang dikembangkan **PIHAK KESATU** untuk meningkatkan kualitas sistem dan menyesuaikan dengan perubahan regulasi yang ada.
 - 2) Melakukan penonaktifan *web service* sistem informasi pelayanan kesehatan rujukan yang dikembangkan sebelumnya oleh **PIHAK KESATU**, apabila telah rilis versi terbaru dari *web service* tersebut.
 - 3) Menyediakan *service* yang dibutuhkan oleh Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan milik **PIHAK KEDUA** untuk dapat melakukan akses data maupun pertukaran data melalui *web service* sistem informasi pelayanan kesehatan rujukan milik **PIHAK KESATU**.
 - 4) Menyediakan *catalog service*, dan *checklist* pengujian yang terbaru.
 - 5) Menyediakan akses ke *web service* sistem informasi pelayanan kesehatan rujukan *production* milik **PIHAK KESATU** berupa pemberian Consumer ID dan Password *Production* beserta hak akses untuk dapat menggunakan *service* yang tersedia di *web service* sistem informasi pelayanan kesehatan rujukan *production* untuk kepentingan implementasi integrasi sistem informasi pelayanan kesehatan rujukan dengan Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan.
 - 6) Menjaga kerahasiaan data yang diterima dari **PIHAK KEDUA** serta tidak melanggar batas hak akses sistem dan database yang dimiliki **PARA PIHAK**.
 - 7) Menginformasikan perubahan sistem informasi **PIHAK KESATU** kepada **PIHAK KEDUA** apabila berpotensi menyebabkan gangguan pertukaran data antara Aplikasi **PARA PIHAK** dalam jangka waktu paling lambat 7 hari sebelumnya.
 - b. Komitmen **PIHAK KEDUA**:

- 1) Menyediakan Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan yang secara fungsional telah memenuhi persyaratan yang ditentukan **PIHAK KESATU** dan dibuktikan dengan *User Acceptance Test* (UAT) atas hasil pengujian fungsional Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan.
 - 2) Melakukan penyesuaian sistem informasi fasilitas kesehatan milik **PIHAK KEDUA** apabila terdapat rilis web service terbaru yang dikembangkan oleh **PIHAK KESATU**.
 - 3) Memenuhi ketentuan sebagai Pengguna Sistem Elektronik (PSE) sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 - 4) Mengimplementasikan sistem keamanan yang menjamin keamanan data dan informasi sesuai ketentuan yang berlaku, serta melakukan *Security Test* terkait sistem yang diintegrasikan.
 - 5) Menjaga kerahasiaan data yang diterima dari **PIHAK KESATU** serta tidak melanggar batas hak akses sistem dan database yang dimiliki **PARA PIHAK**.
 - 6) Menjamin perlindungan data pribadi terhadap data atau informasi yang diperoleh dan disimpan.
 - 7) Memastikan Pihak Ketiga (jika terdapat Pihak Ketiga pengelola Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan milik **PIHAK KEDUA**) tidak menyimpan dan/atau mendistribusikan informasi Consumer ID dan Password *Production* beserta hak akses yang diberikan oleh **PIHAK KESATU**, kepada pihak lain yang tidak berhak baik melalui lisan, media cetak, maupun *platform* digital.
 - 8) Melaporkan kepada **PIHAK KESATU** secara tertulis, apabila terdapat pergantian Pihak Ketiga pengelola Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan milik **PIHAK KEDUA** yang terintegrasi dengan sistem **PIHAK KESATU**, dalam jangka waktu maksimal 30 hari sebelum dilakukan pergantian Pihak Ketiga.
 - 9) Menginformasikan perubahan sistem informasi **PIHAK KEDUA** apabila berpotensi menyebabkan gangguan pertukaran data antara Aplikasi **PARA PIHAK** dalam jangka waktu paling lambat 7 hari sebelumnya.
4. Untuk kemudahan implementasi komitmen ini, maka **PARA PIHAK** menunjuk *Person in Charge* (PIC) yang bertanggungjawab terhadap implementasi integrasi sistem (*web service*) serta akan memberitahukan apabila terjadi perubahan PIC yang dituangkan ke dalam Berita Acara.
- a. Tugas dan kewenangan PIC dari **PIHAK KESATU**:
- 1) Melakukan koordinasi teknis maupun non-teknis dengan PIC dari **PIHAK KEDUA** dalam rangka implementasi integrasi sistem.
 - 2) Memberikan informasi Consumer ID dan Password *Production* beserta hak akses kepada PIC dari **PIHAK KEDUA** untuk dapat menggunakan *service* yang tersedia di dalam katalog *service* sistem informasi pelayanan kesehatan rujukan *production* sesuai ketentuan persyaratan yang telah ditentukan oleh **PIHAK KESATU**.
 - 3) Menginformasikan perubahan sistem informasi **PIHAK KESATU** apabila berpotensi menyebabkan gangguan pertukaran data antara Aplikasi **PARA PIHAK**.

- 4) Melakukan sosialisasi katalog *service* dan *checklist* pengujian yang terbaru.
- b. Tugas dan kewenangan PIC dari **PIHAK KEDUA**:
 - 1) Melakukan koordinasi teknis maupun non-teknis dengan PIC dari **PIHAK KESATU** dalam rangka implementasi integrasi sistem
 - 2) Memastikan pengembangan integrasi Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan telah memenuhi persyaratan yang ditentukan **PIHAK KESATU** dan dibuktikan dengan *User Acceptance Test* (UAT).
 - 3) Memastikan ketersediaan jaringan komunikasi data yang menunjang implementasi integrasi sistem telah memadai sesuai ketentuan.
- c. Dalam hal ada pengalihan atau pergantian PIC dari **PARA PIHAK**, maka dilaksanakan sebagai berikut:
 - 1) Pergantian PIC akibat dari melaksanakan cuti tahunan dan/atau keperluan lain yang telah diatur sesuai dengan peraturan yang berlaku, maka pemberitahuan pergantian PIC dilakukan paling lambat 1 (satu) hari sebelumnya dan dituangkan dalam Berita Acara.
 - 2) Pergantian PIC akibat dari adanya mutasi/rotasi pegawai yang berhubungan dengan aktivitas integrasi sistem, maka pemberitahuan pergantian PIC dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari sebelumnya dan dituangkan dalam Berita Acara.
5. **PIHAK KEDUA** wajib melakukan pengembangan integrasi Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan dalam jangka waktu selama 120 Hari Kalender sejak penandatanganan Lembar Komitmen ini.
6. Dalam hal terjadi kondisi dan situasi yang menyebabkan terganggunya koneksi Sistem Informasi **PARA PIHAK**, maka *contingency plan* yang harus dilakukan adalah sebagai berikut:
 - a. **PARA PIHAK** melakukan upaya pemulihan koneksi sistem informasi sesuai ketentuan yang berlaku.
 - b. Menjalankan *business contingency plan* (BCP) yang telah disepakati oleh **PARA PIHAK** sambil menunggu pemulihan koneksi sistem informasi selesai dilakukan.
 - c. Masing-masing **PARA PIHAK** melakukan evaluasi gangguan koneksi sistem yang terjadi mengacu pada arsitektur aplikasi, database dan infrastruktur yang ada.
 - d. Melakukan rekonsiliasi data **PARA PIHAK** apabila terjadi adanya selisih.
7. Untuk meyakini keamanan data **PARA PIHAK**, maka pelaksanaan *security test* dilaksanakan sebagai berikut:
 - a. Masing-masing **PARA PIHAK** saling melengkapi keamanan data dengan melakukan enkripsi pada sistem informasi masing-masing serta pada jalur koneksi integrasi data menggunakan alat bantu teknologi keamanan informasi sesuai standar yang berlaku.
 - b. Masing-masing **PARA PIHAK** melakukan pemantauan dan pengelolaan *Security Log* pada masing-masing sistem keamanan informasi.

Apabila dalam pelaksanaan integrasi sistem, **PIHAK KESATU** menemukan adanya celah keamanan pada sistem **PIHAK KEDUA** dan/atau **PIHAK KEDUA** tidak memenuhi ketentuan yang berlaku, maka **PIHAK KESATU** berhak menghentikan integrasi sistem tanpa pemberitahuan kepada **PIHAK KEDUA**.

Demikian pernyataan komitmen ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

PIHAK KESATU
BPJS KESEHATAN CABANG
SURABAYA



Hernina Agustin Arifin

PIHAK KEDUA
RSPAL DR.RAMELAN SURABAYA



dr. Sujoko Purnomo, Sp.B
Laksamana Pertama TNI

Lampiran X Perjanjian

Nomor: 389/KTR/VII-01/1224

Nomor: PKS/93/XII/2024

KETENTUAN RESPON KEGAGALAN PELINDUNGAN DATA PRIBADI

PARA PIHAK wajib melaksanakan program tanggap insiden apabila terjadi kegagalan Pelindungan Data Pribadi yang berada dalam kendali atau penguasaannya, meliputi:

- a. respon keluhan subjek data pribadi,
- b. investigasi/analisis root cause insiden,
- c. pengambilan tindakan perbaikan sistem informasi yang terdampak,
- d. mitigasi dampak risiko, dan
- e. pemberitahuan kepada pihak-pihak terkait sesuai peraturan perundang-undangan.

Dalam hal diperlukan koordinasi bersama, memfasilitasi pemenuhan hak-hak subjek data pribadi, pertanyaan, keluhan terkait pemrosesan data pribadi dan pelaporan kegagalan Pelindungan Data Pribadi, dilakukan melalui narahubung masing-masing sebagai berikut:

- PIHAK KESATU:

Nama : Sandhika Aprella Yola Agustira
Jabatan : Kabag IT Wilayah
Email : sandhika.aprella@bpjs-kesehatan.go.id
No. HP 082153045306

- PIHAK KEDUA:

Nama : Letkol Laut (K) Suharjono, S.Kep., Ners
Jabatan : Kabag IT RSPAL dr. Ramelan
Email : -
No. HP 081336464421

Dalam hal terdapat perubahan Pejabat Pelindungan Data Pribadi, maka **PARA PIHAK** saling memberitahukan perubahan tersebut untuk kemudian dituangkan ke dalam Berita Acara. **PARA PIHAK** sepakat menjaga etika, kerahasiaan, integritas, dan ketersediaan Data Pribadi, termasuk pelanggaran keamanan, baik yang disengaja maupun tidak disengaja, yang mengarah pada perusakan, kehilangan, perubahan, pengungkapan, atau akses yang tidak sah terhadap Data Pribadi yang dikirim, disimpan, atau diproses dan kepatutan dalam penggunaan setiap data dalam berkomunikasi dan berkorespondensi.

Lampiran XI Perjanjian

Nomor: 389/KTR/VII-01/1224

Nomor: PKS/93/XII/2024

Template Pakta Integritas

**PAKTA INTEGRITAS
PENGUNAAN CONS-ID BRIDGING BPJS KESEHATAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
NIK/Paspor :
Jabatan :
Email :
Nama Instansi :

Dengan ini menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Saya dalam menggunakan *cons-id*, *secret key*, dan *user key* dalam rangka *bridging* SIM dengan BPJS Kesehatan, akan menjaga kerahasiaannya dan tidak memiliki niat dan/atau melakukan tindakan untuk kepentingan pribadi atau tujuan melakukan sesuatu untuk manfaat sendiri, maupun menguntungkan pihak-pihak yang terkait serta tidak memiliki potensi benturan kepentingan (*conflict of interest*) termasuk dengan seluruh pihak yang terlibat dengan tindakan di atas.
2. Saya telah melaksanakan proses tersebut dengan pemahaman yang cukup tentang berbagai peraturan dan kewajiban normatif lainnya yang terkait dan mematuhi seluruh ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Pakta integritas ini dibuat dengan sebenar-benarnya tanpa menyembunyikan fakta dan hal material apapun dan saya bertanggung jawab sepenuhnya atas kebenaran dari hal-hal yang saya nyatakan di sini. Demikian pula akan bersedia bertanggung jawab baik secara hukum apabila laporan dan pernyataan ini tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya

Demikian Pakta Integritas ini saya tanda tangani untuk digunakan sebagaimana mestinya

.....
Yang Menandatangani

Materai
Rp 10000

(Nama Lengkap

Lampiran XII Perjanjian

Nomor: 389/KTR/VII-01/1224

Nomor: PKS/93/XII/2024

KOMITMEN BERSAMA TERHADAP PENINGKATAN PENGGUNAAN PRODUK DALAM NEGERI

NOMOR: _____
NOMOR: _____
NOMOR: _____
NOMOR: 058 / BA / 1222

Pada hari ini Kamis tanggal 22 bulan Desember tahun 2022 (Dua Puluh Dua Desember Tahun Dua Ribu Dua Puluh Dua) di Jakarta, kami yang bertanda tangan di bawah ini:

1. **dr. Bambang Wibowo, Sp. OG (K), MARS.** : Ketua Umum Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI)
2. **dr. R. Heru Ariyadi, MPH.** : Ketua Umum Asosiasi Rumah Sakit Daerah Seluruh Indonesia (ARSADA)
3. **drg. Iing Ichsan Hanafi, MARS.** : Ketua Umum Asosiasi Rumah Sakit Swasta Seluruh Indonesia (ARSSI)

Berkomitmen untuk:

1. mendukung percepatan pelaksanaan Instruksi Presiden Nomor 2 Tahun 2022 tentang Percepatan Peningkatan Penggunaan Produk Dalam Negeri dan Produk Usaha Mikro, Usaha Kecil dan Koperasi dalam rangka Menyukseskan Gerakan Nasional Bangga Buatan Indonesia pada Pelaksanaan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah;
2. memprioritaskan penggunaan produk dalam negeri dalam proses pengadaan barang/jasa pada fasilitas kesehatan anggota asosiasi masing-masing yang sesuai dengan standar yang ditetapkan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu kepada Peserta JKN;
3. menggunakan produk dalam negeri sebagaimana dimaksud dalam angka 2 sebagaimana tertuang di dalam Lampiran Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan dalam rangka mempercepat Instruksi Presiden sebagaimana dimaksud pada angka 1;
4. mendorong pelaksanaan penandatanganan Pernyataan Komitmen Terhadap Peningkatan Penggunaan Produk Dalam Negeri sebagaimana dimaksud pada Lampiran Komitmen Bersama ini oleh seluruh Pimpinan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang menjadi bagian tidak terpisahkan dari Perjanjian Kerja Sama Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan.

Demikian Komitmen Bersama ini dibuat sebanyak 6 (enam) rangkap untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dibuat di : Jakarta
Tanggal : 22 Desember 2022

1. dr. Bambang Wibowo, Sp. OG (K), MARS.



2. dr. R. Heru Ariyadi, MPH.



3. drg. Iing Ichsan Hanafi, MARS.



Mengetahui

 Direktur Utama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan,



Prof. dr. Ali Ghufon Mukti, M.Sc., Ph.D, AAK.

Kepala Staf Kepresidenan Republik Indonesia,



Jenderal TNI (Purn) Dr. Moeldoko

Wakil Menteri Kesehatan Republik Indonesia.



Prof. dr. Dante Salsono Harbuwono, Sp.PD-KEMD, Ph.D.

**PERNYATAAN KOMITMEN TERHADAP
PENINGKATAN PENGGUNAAN PRODUK DALAM NEGERI**

1. Komitmen terhadap Peningkatan Penggunaan Produk Dalam Negeri bertujuan untuk memberikan dukungan terhadap implementasi Instruksi Presiden Nomor 2 Tahun 2022 tentang Percepatan Peningkatan Penggunaan Produk Dalam Negeri dan Produk Usaha Mikro, Usaha Kecil dan Koperasi dalam rangka Menyukseskan Gerakan Nasional Bangga Buatan Indonesia pada Pelaksanaan Barang/Jasa Pemerintah.
2. PIHAK KEDUA menyatakan komitmen untuk memprioritaskan penggunaan produk dalam negeri dalam proses pengadaan barang/jasa yang sesuai dengan standar yang ditetapkan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu kepada peserta JKN.

Demikian pernyataan kemitmen ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 16 Desember 2024
Yang menyatakan

PIHAK KEDUA



dr. Sujoko Purnomo, Sp.B
Laksamana Pertama TNI