



**PERJANJIAN KERJA SAMA
ANTARA
BPJS KESEHATAN CABANG JAKARTA TIMUR
DENGAN
KEMENTERIAN PEMUDA DAN OLAHRAGA**

Nomor : 502/KTR/IV-03/1218

Nomor : 0216.1/RT.BIII/XII/2018

**TENTANG
PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN
BAGI PESERTA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN
DI RUMAH SAKIT OLAHRAGA NASIONAL**

Pada hari ini Jum'at tanggal dua puluh satu, bulan Desember, tahun dua ribu delapan belas (21-12-2018) bertempat di Jakarta, kami yang bertanda tangan di bawah ini:

- I. **BETSY ROEROE** **M.O** : Kepala BPJS Kesehatan Cabang Jakarta Timur, berdasarkan Keputusan Direktur Utama BPJS Kesehatan Nomor : 2999/Peg-04/0617 tanggal 9 Juni 2017, bertindak

| | |
|------------------|-------------------|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
| | |

untuk dan atas nama serta mewakili kepentingan hukum Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan berkedudukan dan berkantor di Jalan Sunan Giri No. 5B, selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**.

- II. **BASTAMAN HARAHAP** : Kepala Bagian Rumah Tangga, berdasarkan Keputusan Menteri Pemuda dan Olahraga Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2017 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Dalam Jabatan Administrator dan Pengawas Di Lingkungan Kementerian Pemuda dan Olahraga, bertindak untuk dan atas nama serta mewakili kepentingan hukum Rumah Sakit Olahraga Nasional, Kementerian Pemuda dan Olahraga, berkedudukan di Jalan Jambore No. 1, Cibubur, Ciracas, Jakarta Timur, selanjutnya disebut **PIHAK KEDUA**.

Untuk selanjutnya **PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA** yang selanjutnya secara bersama-sama disebut sebagai **PARA PIHAK** terlebih dahulu menerangkan hal-hal sebagai berikut:

1. Bahwa **PIHAK PERTAMA** adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial;
2. Bahwa **PIHAK KEDUA** adalah Kementerian yang mempunyai tugas menyelenggarakan urusan pemerintah di bidang pemuda dan olahraga untuk membantu Presiden dalam menyelenggarakan pemerintahan Negara;

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARA PIHAK II |
|  |  |

3. Bahwa **PARA PIHAK** masing-masing memiliki kemampuan untuk memberikan dukungan dalam satu pola kerja sama yang saling memberikan manfaat.

Dengan mempertimbangkan ketentuan sebagai berikut:

1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
2. Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2005 tentang Sistem Keolahragaan Nasional;
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
4. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
5. Peraturan Presiden Nomor 57 Tahun 2015 tentang Kementerian Pemuda dan Olahraga;
6. Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

Selanjutnya **PIHAK PERTAMA** 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 Di Rumah Sakit Olahraga Nasional selanjutnya disebut Perjanjian dengan syarat dan ketentuan sebagai berikut:

PASAL 1 PENGERTIAN

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

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

1. Alat Kesehatan adalah instrumen, apparatus, mesin, dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosa, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan pada manusia dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh;
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 sebagaimana dimaksud pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.O2.O2/MENKES/252/2016 tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan, yang ditetapkan untuk melakukan negosiasi besaran pembayaran pelayanan kesehatan, pelaksanaan seleksi dan kredensialing fasilitas kesehatan yang akan bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, serta pemberian masukan teknis dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
4. Audit adalah proses membandingkan antara data/informasi yang disajikan (asersi) dengan ketentuan yang seharusnya, dilengkapi dengan identifikasi masalah, analisis, dan evaluasi bukti yang dilakukan secara independen, objektif dan profesional berdasarkan standar audit, untuk menilai kebenaran, kecermatan, kredibilitas, efektivitas, efisiensi, dan keandalan informasi penyelenggaraan fungsi pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan;
5. Auditor BPJS Kesehatan adalah pegawai tetap **PIHAK PERTAMA** yang diberi tugas (dengan melampirkan surat tugas), tanggung jawab, wewenang, dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan audit;

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

6. Auditor Eksternal adalah lembaga pengawas independen, kantor akuntan publik dan atau lembaga pemeriksa lain;
7. Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS) adalah Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia yang selanjutnya disingkat BPRS adalah unit nonstruktural pada kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara eksternal yang bersifat nonteknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat, ketentuan lengkap mengenai BPRS sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit;
8. 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;
9. Bulan Pelayanan adalah bulan dimana **PIHAK KEDUA** memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta;
10. Dewan Pertimbangan Klinis (DPK) dan Tim Pertimbangan Klinis Provinsi (TPK) adalah Dewan yang dibentuk oleh Menteri untuk DPK dan oleh Gubernur untuk TPK guna memberikan pertimbangan klinis terkait pelaksanaan Program JKN guna penguatan sistem dan penyelesaian sengketa klinis.
11. Dokumen klaim diterima lengkap adalah diterimanya berkas pengajuan klaim termasuk berkas pendukung pelayanan secara lengkap sesuai yang dipersyaratkan. Kelengkapan dokumen pembayaran klaim terdiri dari: berkas pendukung lengkap, Lembar Formulir Pengajuan Klaim (FPK) yang disetujui dan ditanda tangani oleh manajemen **PIHAK KEDUA** dan kuitansi asli bermaterai cukup;

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

12. *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.
13. Fasilitas Kesehatan yang selanjutnya disingkat Faskes adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat;
14. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (disingkat FKRTL) yang selanjutnya disebut **PIHAK KEDUA** adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus;
15. 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;
16. 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;
17. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan atau iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah;

18. 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.
19. Kelas Perawatan adalah ruang perawatan kelas III, kelas II, dan kelas I sebagai manfaat non medis berupa akomodasi layanan rawat inap yang diberikan berdasarkan besaran iuran Peserta;
20. Klaim layak yang dimaksud di dalam Perjanjian ini adalah klaim yang sudah diverifikasi oleh verifikator **PIHAK PERTAMA** dan memenuhi ketentuan administrasi dan atau pelayanan yang berlaku sesuai dengan perjanjian ini sehingga dapat dibayarkan oleh **PIHAK PERTAMA**;
21. Klaim pending yang dimaksud di dalam Perjanjian ini adalah klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh **PIHAK PERTAMA** dikarenakan adanya ketidaklengkapan administrasi, masih dalam proses konfirmasi, dan atau ketidaksepakatan (*dispute*) baik dalam hal koding maupun medis;
22. Klaim tidak layak yang dimaksud di dalam Perjanjian ini adalah klaim yang sudah diverifikasi namun tidak memenuhi ketentuan administrasi dan atau pelayanan yang berlaku sehingga tidak dapat dibayarkan oleh **PIHAK PERTAMA**;
23. Klasifikasi Rumah Sakit adalah Penetapan kelas Rumah Sakit didasarkan pada: pelayanan; sumber daya manusia; peralatan; dan bangunan dan prasarana, dengan kewenangan penetapan sesuai sesuai ketentuan yang berlaku;

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

24. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya;
25. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
26. Penyelesaian ketidaksepakatan (*dispute*) baik dalam hal koding maupun medis yang dimaksud di dalam Perjanjian ini adalah waktu yang di butuhkan untuk menyelesaikan permasalahan tersebut dengan merujuk pada *Service Level Agreement (SLA)* yang berlaku.
27. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan;
28. Rekredensialing adalah proses penilaian ulang terhadap pemenuhan persyaratan kriteria wajib, kriteria teknis dan penilaian kinerja pelayanan terhadap **PIHAK KEDUA** yang akan melakukan perpanjangan kerja sama dengan BPJS Kesehatan, yang dilakukan paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum perjanjian berakhir;
29. Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit;
30. Sumber Daya Manusia (SDM) Klinis adalah profesional pemberi asuhan klinis yang dimiliki **PIHAK KEDUA** yang merupakan staf klinis profesional yang langsung memberikan asuhan kepada pasien;
31. *Survey Walk Through Audit (WTA)* adalah umpan balik yang diberikan oleh peserta JKN-KIS atau potret pengalaman peserta JKN-KIS tentang pelayanan yang diberikan oleh **PIHAK PERTAMA** dan atau **PIHAK KEDUA**, yang bertujuan untuk mendapatkan informasi terkait pengalaman peserta BPJS Kesehatan atas pelayanan **PARA PIHAK**, dan dapat digunakan hasilnya oleh **PARA PIHAK** untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan;

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

32. 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 Kesehatan;
33. 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;
34. Tim Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional **PIHAK PERTAMA** atau selanjutnya disebut Tim PK-JKN **PIHAK PERTAMA** adalah Tim yang dibentuk BPJS Kesehatan dalam rangka pencegahan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang berasal dari unit kerja yang melaksanakan fungsi pencegahan kecurangan di Kantor Cabang, termasuk melakukan audit berupa verifikasi paska klaim;
35. Tim Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional **PIHAK KEDUA** adalah Tim pencegahan Kecurangan JKN di **PIHAK KEDUA** 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;
36. Urun Biaya adalah tambahan biaya yang dibayar Peserta pada saat memperoleh Manfaat pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan.

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

PASAL 2
MAKSUD DAN TUJUAN

- (1) Maksud dari Perjanjian adalah melakukan kerja sama yang setara dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan.
- (2) Tujuan dari Perjanjian ini adalah terselenggaranya Jaminan Kesehatan bagi Peserta dengan syarat dan ketentuan yang diatur dalam Perjanjian.

PASAL 3
RUANG LINGKUP DAN PROSEDUR

- (1) Ruang lingkup perjanjian ini meliputi pemberian Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan berupa upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang terdiri dari rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
- (2) Dalam hal terdapat penambahan lingkup pelayanan oleh **PIHAK KEDUA** dalam jangka waktu pelaksanaan Perjanjian, maka **PIHAK PERTAMA** akan melakukan kredensialing terhadap pemenuhan persyaratan wajib dan persyaratan teknis sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku, untuk kemudian dituangkan di dalam Addendum Perjanjian.
- (3) Penambahan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Pasal ini, tidak termasuk dalam hal terjadinya penambahan SDM Klinis untuk jenis pelayanan yang telah tersedia pada saat penandatanganan Perjanjian.

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

- (4) Uraian Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan dan Prosedur Pelayanan Kesehatan bagi Peserta sebagaimana tercantum dalam Lampiran I Perjanjian ini.

PASAL 4

HAK DAN KEWAJIBAN PARA PIHAK

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 PERTAMA**

- a. Mendapatkan data dan informasi tentang Sumber Daya Manusia klinis dan sarana prasarana **PIHAK KEDUA**;
- b. Mendapatkan informasi tentang pelayanan kepada peserta (termasuk melihat resume medis dan jika diperlukan **PIHAK PERTAMA** dapat melihat rekam medis pasien seperlunya di tempat **PIHAK KEDUA** tanpa menggunakan alat dokumentasi/foto/fotocopy sesuai dengan peraturan perundang-undangan) dengan didampingi **PIHAK KEDUA** yang diberi kewenangan oleh Direktur/Pimpinan **PIHAK KEDUA**;
- c. Memberikan teguran dan atau peringatan tertulis kepada **PIHAK KEDUA** dalam hal terjadinya penyimpangan terhadap pelaksanaan kewajiban **PIHAK KEDUA** dalam Perjanjian ini dengan melibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Asosiasi Fasilitas Kesehatan dalam rangka upaya pembinaan;
- d. Meninjau kembali Perjanjian ini apabila **PIHAK KEDUA** tidak memberikan tanggapan terhadap teguran dan/atau peringatan tertulis ditembuskan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Asosiasi Fasilitas Kesehatan setempat;

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

- e. Melakukan audit terhadap klaim yang telah dibayarkan kepada **PIHAK KEDUA** yang dilakukan oleh **PIHAK PERTAMA** dan Auditor Eksternal;
- f. Mendapatkan jaminan perlindungan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- g. Menerima informasi dari **PIHAK KEDUA** dalam hal Peserta Jaminan Kesehatan meninggal dunia.

(2) Kewajiban **PIHAK PERTAMA**

- 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 pada **PIHAK KEDUA**;
- b. Mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari sejak klaim diajukan oleh **PIHAK KEDUA** dan diterima oleh **PIHAK PERTAMA**. Dalam hal **PIHAK KESATU** tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 (sepuluh) hari maka berkas klaim dinyatakan lengkap;
- c. Dalam hal klaim pending, **PIHAK PERTAMA** wajib memberikan alasan yang jelas atas klaim pending tersebut;
- d. Melakukan pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat 15 (lima belas) hari sejak diterbitkannya berita acara kelengkapan berkas klaim atau sejak sudah terpenuhinya ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b Pasal ini. Dalam hal pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** jatuh pada hari libur maka pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** dilakukan pada hari kerja berikutnya;

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

- e. Bersama Dinas Kesehatan melakukan evaluasi dan penilaian atas pelayanan kesehatan yang diberikan **PIHAK KEDUA** secara berkala baik berupa rekredensialing atau penilaian kinerja;
- f. Melakukan sosialisasi ketentuan dan prosedur terkait Jaminan Kesehatan kepada stakeholder terkait/pihak yang berkepentingan secara berkala minimal 1 (satu) kali dalam 3 (tiga) bulan berkoordinasi dengan **PIHAK KEDUA**;
- g. Menyimpan rahasia informasi peserta yang digunakan untuk proses pembayaran klaim;
- h. Menyimpan setiap pengetahuan dan informasi rahasia yang menyangkut Pihak lainnya, dengan tidak mengungkapkan atau memberitahukan kepada siapapun atau menggunakan atau mengeksploitasi untuk tujuan apapun termasuk melakukan usaha yang sungguh-sungguh untuk mencegah pegawainya melakukan hal tersebut;
- i. Membayar kekurangan pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** dalam hal terjadinya kekurangan bayar berdasarkan hasil audit yang telah disepakati dengan **PIHAK PERTAMA**;
- j. Menjaga nama baik (reputasi) **PIHAK KEDUA**;
- k. Membentuk Tim Pencegahan Kecurangan JKN sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- l. Dalam hal kebutuhan administrasi manajemen yang berkaitan dengan kepentingan **PIHAK PERTAMA**, maka **PIHAK PERTAMA** menyediakan aplikasi dan sumber daya lainnya yang akan dipergunakan oleh **PIHAK KEDUA** untuk kepentingan proses pendaftaran pelayanan Peserta JKN-KIS di fasilitas kesehatan **PIHAK KEDUA** dan untuk pencetakan surat eligibilitas Peserta JKN-KIS, yang kemudian akan dilakukan integrasi dengan Aplikasi Sistem

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) terbatas hanya yang berhubungan dengan administrasi klaim **PIHAK KEDUA**;

- m. Menyelenggarakan pelayanan penanganan pengaduan Peserta di Fasilitas Kesehatan bersama dengan **PIHAK KEDUA**;
- n. 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 dalam setiap 1 (satu) bulan.

(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 sejak dokumen klaim diterima lengkap;
- c. Memperoleh informasi dan aplikasi (*software*) terkait dengan sistem informasi manajemen pelayanan yang berlaku dalam rangka tata kelola administrasi;
- d. Memberikan klarifikasi dan informasi terhadap hasil audit klaim kepada **PIHAK PERTAMA**.
- e. Menerima kekurangan pembayaran dari **PIHAK PERTAMA** dalam hal terjadinya kekurangan bayar berdasarkan hasil audit;
- f. Apabila setelah memberikan klarifikasi hasil audit klaim, **PARA PIHAK** belum menemukan kesepakatan, maka **PARA PIHAK** dapat mengajukan penyelesaian sesuai dengan hirarki penyelesaian dispute klaim kepada DPM, TKMKB, Kementerian Kesehatan, TPK

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

atau ke Dewan Pertimbangan Klinis sesuai dengan kewenangan masing masing;

g. Memberikan klarifikasi dan jawaban terhadap teguran dari **PIHAK PERTAMA**.

(4) Kewajiban **PIHAK KEDUA**:

- a. Melayani Peserta dengan baik sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan kedokteran, prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku bagi **PIHAK KEDUA** serta tidak melakukan pungutan biaya tambahan diluar ketentuan kepada peserta Jaminan Kesehatan;
- b. Melaksanakan dan mendukung program Jaminan Kesehatan sesuai ketentuan perundang-undangan;
- c. Menyediakan perangkat keras (*hardware*) dan jaringan komunikasi data dengan spesifikasi yang sudah ditentukan;
- d. Menyediakan Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) yang juga ditempatkan di fasilitas kesehatan **PIHAK KEDUA** untuk kepentingan proses pendaftaran pelayanan peserta JKN-KIS, yang secara fungsional telah memenuhi persyaratan yang ditentukan **PIHAK PERTAMA**, yang kemudian akan digunakan dalam rangka integrasi dengan Aplikasi **PIHAK PERTAMA**;
- e. Menyediakan data dan informasi tentang Sumber Daya Manusia Klinis, sarana prasarana, peralatan medis **PIHAK KEDUA**, sistem antrian dan informasi ketersediaan Tempat Tidur Rawat Inap baik Perawatan Biasa (Umum) maupun Perawatan Khusus (*Intensive*) yang dapat diakses oleh peserta dan fasilitas kesehatan, serta informasi lain. Termasuk di dalam informasi lain adalah meminta rekam medis berupa ringkasan rekam medis (resume medis). Dalam hal dibutuhkan untuk kepentingan audit, **PIHAK PERTAMA** dapat

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

- melihat rekam medis sesuai dengan ketentuan perundang-undangan;
- f. Mengembalikan kelebihan pembayaran kepada **PIHAK PERTAMA** apabila terbukti terdapat kelebihan pembayaran berdasarkan hasil audit;
 - g. Menyediakan unit yang memiliki fungsi pelayanan informasi dan penanganan pengaduan Peserta Jaminan Kesehatan;
 - h. Memberikan jaminan perlindungan terhadap keamanan, kesehatan, dan keselamatan peserta, petugas dan pengunjung di lingkungan Rumah Sakit **PIHAK KEDUA** sesuai ketentuan perundang-undangan.
 - i. Menjaga nama baik (reputasi) **PIHAK PERTAMA**;
 - j. Membentuk Tim Pencegahan Kecurangan JKN sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - k. Menyimpan setiap pengetahuan dan informasi rahasia yang menyangkut Pihak lainnya, dengan tidak mengungkapkan atau memberitahukan kepada siapapun atau menggunakan atau mengeksploitasi untuk tujuan apapun termasuk melakukan usaha yang sungguh-sungguh untuk mencegah pegawainya melakukan hal tersebut. Pemberian informasi ini dikecualikan untuk kepentingan perbaikan JKN secara keseluruhan;
 - l. **PIHAK KEDUA** dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan wajib menginformasikan ketersediaan ruang rawat inap kepada peserta;
 - m. Memberikan informasi kepada Peserta dan **PIHAK PERTAMA** 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.

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

- n. Memberikan informasi kepada **PIHAK PERTAMA** dalam hal Peserta Jaminan Kesehatan meninggal dunia.

PASAL 5
KERAHASIAAN INFORMASI

- (1) **PARA PIHAK** termasuk pegawainya diwajibkan untuk menyimpan setiap pengetahuan dan informasi rahasia yang menyangkut Pihak lainnya serta dilarang, tanpa persetujuan tertulis dari Pihak lainnya untuk memberitahukan, membuka atau memberikan informasi, keterangan atau hal yang sejenisnya yang menyangkut isi atau yang berhubungan dengan Perjanjian ini, selama berlakunya dan sesudah berakhirnya Perjanjian ini, kepada pihak ketiga lainnya baik yang berupa badan hukum, perorangan, kecuali:
- a. Kepada instansi pemerintah yang berwenang mengatur atau mengeluarkan ijin tentang hal-hal yang diperjanjikan dalam Perjanjian ini;
 - 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.

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

- (2) Pengetahuan dan informasi rahasia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- Informasi mengenai pasien
 - Informasi mengenai alasan penolakan klaim
 - Informasi mengenai rincian klaim
 - Informasi rahasia lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- (3) Pelaksanaan integrasi Aplikasi **PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA** sebagaimana dimaksud pada Pasal 4, yang menyebabkan terjadinya pertukaran data Para Pihak, maka penggunaan data yang dipertukarkan tersebut dilaksanakan terbatas untuk kepentingan **PARA PIHAK**.

PASAL 6

PELAYANAN KESEHATAN MENUNGGU SURVEY AKREDITASI

- (1) Dalam hal **PIHAK KEDUA** sudah mendaftar dan sedang menunggu pelaksanaan survey akreditasi, **PIHAK KEDUA** tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai ruang lingkup dalam Perjanjian Kerja Sama ini. Namun **PIHAK KEDUA** dapat memberikan pelayanan tertentu kepada Peserta Jaminan Kesehatan Nasional, diantaranya:
- Pelayanan kegawatdaruratan, dan
 - Pelayanan yang terjadwal rutin dan tidak dapat ditunda atau tidak mungkin dialihkan ke Rumah Sakit lain karena akan menyulitkan akses dan membahayakan keselamatan pasien, seperti hemodialisa, kemoterapi dan radio terapi.

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

- (2) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam Pasal ini dapat ditagihkan kepada **PIHAK PERTAMA** dan untuk pelayanan kesehatan selain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam Pasal ini tidak dapat ditagihkan kepada **PIHAK PERTAMA**.
- (3) **PIHAK KEDUA** wajib memberikan informasi secara tertulis kepada **PIHAK PERTAMA** apabila telah dilaksanakan survey akreditasi dan/atau sertifikat akreditasi telah diterima oleh **PIHAK KEDUA**.
- (4) **PIHAK KEDUA** dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta Jaminan Kesehatan Nasional sesuai dengan ruang lingkup Perjanjian Kerja Sama ini terhitung mulai tanggal informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) telah diterima oleh **PIHAK PERTAMA**.

PASAL 7
KELAS PERAWATAN

- (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 PERTAMA** 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;

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

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);
- 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;

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

- 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.
- d. Peserta dapat meningkatkan perawatan yang lebih tinggi dari haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan atau membayar selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan pelayanan
- e. Selisih antara biaya yang dijamin oleh **PIHAK PERTAMA** dengan biaya akibat peningkatan pelayanan dapat dibayar oleh:
- 1) Peserta yang bersangkutan;
 - 2) Pemberi kerja; atau
 - 3) Asuransi kesehatan tambahan.
- f. Untuk Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan, Peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah pada Program Jaminan Kesehatan, Peserta Penerima Upah yang mengalami Pemutusan Hubungan Kerja dan anggota keluarganya tidak diperkenankan meningkatkan perawatan yang lebih tinggi dari haknya.

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

- g. Untuk peserta yang melakukan pindah kelas perawatan atas permintaan sendiri dalam satu episode perawatan hanya diperbolehkan untuk satu kali pindah kelas perawatan.
- (3) Bagi peserta yang menginginkan kelas pelayanan rawat inap yang lebih tinggi dari haknya, harus membayar selisih biaya/tambahan biaya setiap episode rawat inap dengan ketentuan:
- a. untuk kenaikan kelas pelayanan rawat inap dari kelas 3 ke kelas 2, dari kelas 3 ke kelas 1, dan dari kelas 2 ke kelas 1, harus membayar selisih biaya antara tarif INA CBG pada kelas rawat inap lebih tinggi yang dipilih dengan tarif INA CBG pada kelas rawat inap yang sesuai hak peserta;
 - b. untuk kenaikan kelas pelayanan rawat inap ke kelas VIP dengan fasilitas 1 (satu) tingkat di atas kelas 1, pembayaran tambahan biaya ditentukan sebagai berikut:
 - 1) untuk naik kelas dari kelas 1 ke kelas VIP, pembayaran tambahan biaya paling banyak sebesar 75% (tujuh puluh lima perseratus) dari Tarif INA CBG kelas 1;
 - 2) untuk naik kelas dari kelas 2 ke kelas VIP, adalah selisih tarif INA CBG kelas 1 dengan tarif INA CBG kelas 2 ditambah pembayaran tambahan biaya dari kelas 1 ke kelas VIP paling banyak sebesar 75% (tujuh puluh lima perseratus) dari Tarif INA CBG kelas 1; dan
 - 3) untuk naik kelas dari kelas 3 ke kelas VIP adalah selisih tarif INA CBG kelas 1 dengan tarif INA CBG kelas 3 ditambah pembayaran tambahan biaya dari kelas 1 ke VIP paling banyak sebesar 75% (tujuh puluh lima perseratus) dari Tarif INA CBG kelas 1.
- (4) Dalam hal peserta menginginkan naik kelas pelayanan rawat inap di atas kelas VIP sebagaimana dimaksud pada ayat (7) huruf b, maka

| | |
|---|-------------------|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  | |

- harus membayar selisih biaya antara tarif rumah sakit pada kelas yang dipilih dengan tarif INA CBG pada kelas yang menjadi haknya.
- (5) Ketentuan mengenai tambahan biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (7) diatas ditetapkan oleh direktur/kepala rumah sakit, kepala daerah, atau pemilik rumah sakit sesuai dengan status kepemilikannya.
 - (6) **PIHAK KEDUA** wajib menginformasikan ketentuan mengenai selisih biaya atau tambahan biaya kepada peserta sebelum peserta menerima pelayanan di atas kelas yang menjadi haknya.
 - (7) Dalam hal ruang rawat inap yang menjadi hak peserta penuh, peserta dapat dirawat di kelas perawatan satu tingkat lebih tinggi 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.
 - (8) Apabila kelas sesuai hak peserta penuh dan kelas satu tingkat diatasnya 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 PERTAMA** membayar kepada **PIHAK KEDUA** sesuai dengan kelas dimana peserta dirawat.
 - (9) Apabila ruang rawat inap yang menjadi hak peserta penuh maka **PIHAK KEDUA** membuat lembar pernyataan ruang rawat inap penuh yang ditandatangani minimal oleh Kepala Ruangan, atau dibuktikan dengan sarana informasi *real-time* yang dapat diakses oleh publik.

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

- (10) 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 PERTAMA**.
- (11) **PIHAK KEDUA** wajib memberitahukan kepada Peserta konsekuensi yang timbul (perkiraan selisih biaya) dari hal berkehendak mengambil kelas/kamar perawatan di atas haknya dan meminta kepada Peserta untuk menandatangani surat pernyataan bersedia membayar selisih biaya yang timbul.
- (12) Dalam hal Peserta Jaminan Kesehatan (kecuali peserta PBI dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah) menginginkan kenaikan kelas perawatan atas permintaan sendiri, Peserta atau anggota keluarga harus menandatangani **surat pernyataan tertulis** dan selisih biaya menjadi tanggung jawab peserta.

PASAL 8

TARIF PELAYANAN KESEHATAN

- (1) Tarif pelayanan kesehatan di **PIHAK KEDUA** ditetapkan berdasarkan hasil kesepakatan tingkat provinsi antara **PIHAK PERTAMA** dengan perwakilan Asosiasi Fasilitas Kesehatan di setiap Provinsi dengan mengacu pada standar tarif INA CBG yang ditetapkan oleh Menteri.
- (2) **PIHAK KEDUA** bersama-sama **PIHAK PERTAMA** wajib memastikan bahwa *software* INA CBG yang akan digunakan untuk mengajukan tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan kelompok tarif dan regionalisasi yang berlaku.

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

- (3) Tarif pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang dilakukan **PIHAK KEDUA** diberlakukan tarif INA CBG berdasarkan kelompok tariff **C** sesuai klasifikasi rumah sakit dan regional tarif **I**.
- (4) Apabila pada pertengahan masa berlakunya Perjanjian ini **PIHAK KEDUA** mendapatkan perubahan kategori dan/atau klasifikasi RS yang dibuktikan dengan Surat Izin Operasional yang diberikan oleh Menteri atau Pemerintah Daerah Provinsi atau Pemerintah Daerah Kabupaten/kota, maka **PIHAK PERTAMA** akan melakukan rekredensialing terhadap pemenuhan kriteria teknis yang dipersyaratkan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Dalam hal terdapat adanya ketidaksesuaian pemenuhan kriteria teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diatas, maka **PARA PIHAK** akan membuat kesepakatan masa transisi pemenuhan kebutuhan tersebut dalam jangka waktu paling lama 6 (enam) bulan sejak pemberitahuan tertulis oleh **PIHAK KEDUA** yang selanjutnya akan dituangkan dalam Addendum Perjanjian dan diketahui oleh Dinas Kesehatan Kab/Kota.
- (6) Pembayaran klaim didasarkan pada tarif INA CBG yang berlaku sebelum pemberitahuan tertulis tentang perubahan kategori dan/atau klasifikasi RS sampai dengan terpenuhinya kriteria sebagaimana dimaksud pada ayat (4) pasal ini.
- (7) 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).
- (8) Penggunaan obat diluar Formularium Nasional/diluar restriksi dan atau peresepan maksimal hanya dimungkinkan setelah mendapat rekomendasi dari Komite Farmasi dan Terapi dengan persetujuan Komite Medik atau Kepala/Direktur rumah sakit yang biayanya sudah

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

termasuk dalam tarif INA CBG dan tidak boleh dibebankan kepada peserta.

- (9) 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.
- (10) Pelayanan obat penyakit kronis dan obat kemoterapi dibayarkan berdasarkan tarif diluar paket INA CBG sesuai ketentuan yang berlaku.
- (11) Pelayanan obat sebagaimana dimaksud pada ayat (10) 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.
- (12) Pelayanan alat bantu kesehatan yang diberikan **PIHAK KEDUA** dibayarkan berdasarkan tarif di luar paket INA CBG sesuai ketentuan yang berlaku.
- (13) Pelayanan alat bantu kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (12) diberikan oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) atau jejaringnya, kecuali untuk pelayanan kacamata diberikan oleh Optik yang bekerja sama dengan **PIHAK PERTAMA**. Dalam hal pelayanan alat bantu kesehatan tersebut dilakukan oleh IFRS, maka pelayanan alat bantu kesehatan tersebut termasuk ke dalam lingkup Perjanjian ini.

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

PASAL 9
TATA CARA PENGAJUAN DAN PEMBAYARAN
PELAYANAN KESEHATAN

Tata cara pengajuan dan pembayaran pelayanan kesehatan yang dilakukan dalam pelaksanaan Perjanjian diuraikan sebagaimana pada Lampiran II Perjanjian ini.

PASAL 10
JANGKA WAKTU PERJANJIAN

- (1) Perjanjian ini berlaku untuk 1 (satu) tahun dan secara efektif berlaku terhitung sejak tanggal 01 Januari 2019 dan berakhir pada tanggal 31 Desember 2019.
- (2) Selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan sebelum berakhirnya Jangka Waktu Perjanjian, **PARA PIHAK** sepakat untuk saling memberitahukan maksudnya apabila hendak memperpanjang Perjanjian ini melalui surat tertulis.
- (3) Pada jangka waktu sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) Pasal ini **PIHAK PERTAMA** akan melakukan penilaian kembali (rekredensialing) terhadap **PIHAK KEDUA** sesuai ketentuan yang berlaku.

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

- b. FKRTL memberikan pelayanan kesehatan sesuai indikasi medis.
- c. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing FKRTL.
- d. FKRTL wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam Aplikasi Sistem Informasi Manajemen yang telah disediakan BPJS Kesehatan.

D. Pelayanan Darah

- a. Pelayanan darah dapat dilakukan sesuai indikasi medis.
- b. Pelayanan darah dapat dilakukan di FKRTL yang memiliki bank darah atau jejaring FKRTL yang melayani pelayanan darah berdasarkan MoU (kerja sama) antara FKRTL dan jejaringnya tersebut.
- c. Biaya pelayanan darah sudah termasuk dalam komponen paket INA-CBG, peserta tidak diperkenankan iur biaya

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 Kesehatan yang dapat ditagihkan di luar paket INA-CBG:
 - a. Peserta mendapatkan pelayanan medis dan/atau tindakan medis di FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan prosedur pelayanan rujukan tingkat lanjutan;
 - b. Peserta mengurus legalisasi alat kesehatan ke dengan membawa lembar salinan SEP dan resep alat kesehatan.
 - c. Peserta mengambil alat kesehatan di FKRTL (Apotek atau Optik) dengan menyerahkan lembar salinan SEP dan resep alat 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 Gawat Darurat

1. Peserta yang memerlukan pelayanan gawat darurat dapat langsung memperoleh pelayanan di unit gawat darurat tanpa surat rujukan dari FKTP.
2. Fasilitas Kesehatan melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, termasuk obat dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) sesuai dengan indikasi medis.
3. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan.
4. Fasilitas kesehatan wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam Aplikasi Sistem Informasi Manajemen yang telah disediakan BPJS Kesehatan.
5. Dalam hal pemberian pelayanan gawat darurat, Fasilitas Kesehatan dilarang menarik biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta.

G. Pelayanan Rujuk Balik

1. Peserta mendapatkan pelayanan di FKRTL dengan mengikuti prosedur di FKRTL.
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 FKRTL 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 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dimana peserta yang bersangkutan terdaftar.

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

H. Pelayanan Ambulan

1. Peserta datang ke FKRTL mengikuti prosedur pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan.
2. Dalam kondisi gawat darurat, peserta datang ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan 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 BPJS Kesehatan.

Lampiran II Perjanjian

Nomor : 502/KTR/IV-03/1218

Nomor : 0216.1/RT.BIII/XII/2018

TATA CARA PENGAJUAN DAN PEMBAYARAN KLAIM PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN

1. FKRTL mengajukan klaim pelayanan kesehatan secara kolektif kepada Kantor Cabang/Kantor Layanan Operasional Kab/Kota BPJS Kesehatan secara periodik dan lengkap setiap bulannya dengan minimal pengajuan klaim reguler adalah 75% dari jumlah SEP terbit bulan berjalan yang dilengkapi dengan dokumen pengajuan klaim.
2. Dalam satu bulan FKRTL dapat mengajukan masing-masing adalah klaim reguler, klaim susulan bulan pelayanan sebelumnya, serta klaim pending/klaim *dispute* dengan interval waktu pengajuan minimal 10 (sepuluh) hari.
3. Tarif yang digunakan oleh FKRTL sesuai dengan kelas Rumah Sakit yang berlaku dan Regionalisasi Tarif sesuai kesepakatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan.
4. BPJS Kesehatan menerbitkan bukti penerimaan klaim kepada FKRTL setelah FKRTL mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan (berupa *soft copy*/melalui aplikasi dan *hard copy*) pada hari dan tanggal FKRTL menyerahkan klaim.
5. BPJS Kesehatan harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari sejak klaim diajukan oleh FKRTL dan diterima oleh BPJS Kesehatan.
6. Dalam hal klaim yang diajukan oleh FKRTL tidak memenuhi kelengkapan berkas klaim, BPJS Kesehatan mengembalikan seluruh berkas klaim kepada FKRTL dan mengeluarkan berita acara pengembalian berkas klaim.
7. Dalam hal BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 (sepuluh) hari sebagaimana dimaksud pada angka 4, berkas klaim dinyatakan lengkap.

8. Hari ke 10 (sepuluh) sebagaimana dimaksud pada angka 6 dihitung mulai hari pengajuan klaim FKRTL yang ditandai dengan penerbitan bukti penerimaan klaim.
9. Persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan di FKRTL adalah sebagai berikut:
 - a. kelengkapan administrasi umum yang terdiri atas:
 - 1) Surat pengajuan klaim yang ditandatangani oleh Pimpinan FKRTL atau pejabat setingkat Direktur yang diberi kewenangan;
 - 2) Kuitansi asli bermaterai; dan
 - 3) Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak Pengajuan Klaim Biaya Pelayanan Kesehatan bermaterai yang ditandatangani oleh Pimpinan FKRTL atau pejabat setingkat Direktur yang diberi kewenangan;
 - b. kelengkapan khusus yang terdiri atas:
 - 1) bukti pendukung pelayanan; dan
 - 2) kelengkapan lain yang dipersyaratkan dalam masing-masing tagihan klaim.
10. Pengajuan klaim pelayanan RJTL, kelengkapan khusus sebagaimana dimaksud pada poin 9 huruf b adalah sebagai berikut:
 - a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;
 - b. bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP);
 - c. hasil pemeriksaan penunjang;
 - d. surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan rumah sakit;
 - e. *checklist* klaim rumah sakit; dan
 - f. luaran sistem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi BPJS Kesehatan.

Keterangan:

Fasilitas Kesehatan di daerah terpencil yang belum memiliki jaringan komunikasi data, luaran aplikasi pengajuan klaim sebagaimana dimaksud

dalam angka 6 huruf f dapat dikirimkan dalam media penyimpanan data kepada BPJS Kesehatan.

11. Pengajuan klaim pelayanan RITL, kelengkapan khusus sebagaimana dimaksud pada poin 9 huruf b adalah sebagai berikut:

- a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;
- b. resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP);
- c. laporan tindakan, prosedur atau laporan operasi;
- d. hasil pemeriksaan penunjang, apabila dilakukan;
- e. surat perintah rawat inap;
- f. surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan (*Fraud*) rumah sakit;
- g. *checklist* klaim rumah sakit; dan
- h. luaran sistem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi BPJS Kesehatan.

Keterangan:

Fasilitas Kesehatan di daerah terpencil yang belum memiliki jaringan komunikasi data, luaran aplikasi pengajuan klaim sebagaimana dimaksud dalam angka 7 huruf h dapat dikirimkan dalam media penyimpanan data kepada BPJS Kesehatan.

12. Pengajuan klaim pelayanan Obat untuk penyakit kronis dan obat kemoterapi, kelengkapan khusus sebagaimana dimaksud pada poin 9 huruf b adalah sebagai berikut:

- a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;
- b. resep obat dan protokol terapi untuk obat kemoterapi; dan
- c. dokumen lain yang dipersyaratkan sesuai restriksi obat dalam FORNAS.

13. Pengajuan klaim pelayanan Alat Bantu Kesehatan, kelengkapan khusus sebagaimana dimaksud pada poin 9 huruf b adalah sebagai berikut:

- a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh

Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;

b. klaim pelayanan kacamata dilengkapi dengan:

1) resep kacamata; dan

2) tanda bukti penerimaan kacamata yang memuat harga kacamata.

Keterangan: Penyelenggara pelayanan kacamata adalah Optikal yang bekerja sama dengan **PIHAK KESATU**.

c. 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.

d. 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;

e. Pengajuan klaim pelayanan protesa Gigi harus dilengkapi dengan:

1) resep protesa gigi; dan

2) tanda bukti penerimaan protesa gigi yang memuat harga protesa gigi.

f. 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.

g. Pengajuan klaim pelayanan *Collar Neck* harus dilengkapi dengan:

1) resep *collar neck*; dan

2) tanda bukti penerimaan *collar neck* yang memuat harga *collar neck*.

h. Pengajuan klaim pelayanan Kruk harus dilengkapi dengan:

1) resep kruk; dan

2) tanda bukti penerimaan kruk yang memuat harga kruk.

i. Penagihan Alat Bantu Kesehatan diluar paket INA-CBG yang penyediaanya dilakukan oleh FKRTL dilakukan secara kolektif oleh FKRTL.

14. Pengajuan klaim pelayanan Ambulan ditagihkan secara kolektif setiap

bulan oleh FKRTL, dengan kelengkapan khusus sebagaimana dimaksud pada poin 9 huruf b adalah sebagai berikut:

- a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;
 - b. surat pengantar rujukan pasien yang berisi informasi kondisi medis pasien pada saat akan dirujuk dari dokter yang merawat;
 - c. bukti pelayanan ambulans yang memuat informasi tentang:
 - 1) identitas pasien;
 - 2) waktu pelayanan (hari, tanggal, jam berangkat dari Fasilitas Kesehatan perujuk dan jam tiba di Fasilitas Kesehatan tujuan);
 - 3) nama Fasilitas Kesehatan perujuk; dan
 - 4) nama Fasilitas Kesehatan tujuan rujukan.
 - d. tanda terima Fasilitas Kesehatan penerima rujukan; dan
 - e. bukti pembayaran jika ambulans menggunakan kapal penyeberangan.
15. Pengajuan klaim pelayanan Gawat Darurat ditagihkan secara kolektif setiap bulan oleh FKRTL, dengan kelengkapan sebagaimana kelengkapan pelayanan RJTL atau RITL.
16. Bagi FKRTL yang telah melaksanakan sistem pengelolaan klaim secara elektronik, BPJS Kesehatan dapat meminta dokumen kelengkapan administrasi klaim dalam bentuk *softcopy* dan/atau melalui transaksi data elektronik.
17. Verifikasi dan Pembayaran Tagihan:
- a. BPJS Kesehatan melakukan proses verifikasi berkas klaim sejak berkas dinyatakan lengkap dibuktikan dengan berita acara kelengkapan berkas klaim sebagaimana dimaksud pada Lampiran II angka 4 atau lampiran II angka 6.
 - b. BPJS Kesehatan melakukan pembayaran klaim berdasarkan hasil verifikasi sebagaimana dimaksud pada angka 17 huruf a yang telah dinyatakan sesuai.
 - c. Dalam hal berkas klaim yang telah dilakukan verifikasi oleh BPJS Kesehatan belum sesuai dan memerlukan konfirmasi, berkas klaim

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;

b. Komponen tarif operasional Ambulan meliputi: bahan bakar; karcis tol; biaya Ambulan darat untuk menyebrang dengan kapal; dan tenaga kesehatan yang ikut di dalam Ambulan.

8. Ruang lingkup Perjanjian ini meliputi penyelenggaraan pelayanan ambulan oleh FKRTL. Ambulan yang digunakan oleh FKRTL yaitu milik sendiri.

I. Pelayanan Kesehatan yang tidak dijamin.

1. Pelayanan atau hal-hal lain yang tidak termasuk jaminan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan 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 BPJS Kesehatan, 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 ortodonsi;
- 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; dan
 - 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;
- 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 FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan mengikuti prosedur umum pelayanan kesehatan dengan membawa surat rujukan dari FKTP.
4. FKRTL memberikan pelayanan kesehatan sesuai indikasi medis.
5. Dalam hal Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, FKTP wajib merujuk ke FKRTL sesuai dengan kasus dan kompetensi Fasilitas Kesehatan serta sistem rujukan. Prosedur 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 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.

B. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)

1. Peserta melakukan pendaftaran ke FKRTL 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.
2. Peserta menyatakan akan menggunakan hak sebagai peserta JKN-KIS.
3. Bila pasien berkeinginan menjadi peserta JKN-KIS dapat diberi kesempatan untuk melakukan pendaftaran dan pembayaran iuran peserta JKN-KIS.
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. FKRTL memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan indikasi medis.
7. 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.
8. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing FKRTL.
 9. Setelah perawatan pasien selesai, pasien dapat kembali untuk melakukan kontrol ulang sesuai indikasi medis, dan selanjutnya pasien dirujuk kembali ke FKTP terdaftar
 10. FKRTL wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam Aplikasi Sistem Informasi Manajemen yang telah disediakan BPJS Kesehatan.
 11. 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 FKRTL

1. Pemberian jaminan persalinan sebagaimana pemberian jaminan perawatan tingkat lanjutan.
2. Prosedur pelayanan sesuai dengan ketentuan pelayanan di FKRTL.

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 BPJS Kesehatan 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 dari proses persalinan Sectio Caesaria atau bayi baru lahir dengan kondisi yang memerlukan perawatan tersendiri mengikuti prosedur sebagai berikut:
 - a. Setelah peserta mendapatkan nomor identitas JKN-KIS bayi setelah melakukan pendaftaran sebagaimana dimaksud pada angka 4 diatas, kemudian melengkapi syarat administrasi penerbitan SEP di FKRTL 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.

- (7) Untuk kepentingan pemeriksaan atau audit yang dilaksanakan oleh pihak internal maupun pihak eksternal, disamping bukti pendukung klaim sebagaimana dimaksud dalam Lampiran II Perjanjian, **PIHAK KEDUA** juga wajib untuk menyediakan bukti pelayanan lain yang dibutuhkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, sepanjang bukti yang diminta berhubungan dengan kasus yang di audit.
- (8) Selain audit yang dilakukan oleh tim audit internal BPJS Kesehatan, Tim PK-JKN BPJS Kesehatan Kantor Cabang bersama verifikator BPJS Kesehatan melakukan audit (pemeriksaan) rutin berupa verifikasi paska klaim sebagai berikut:
- a. Audit Klaim Berkala, adalah audit yang dilakukan (pemeriksaan) rutin dengan cara pengambilan sampling klaim dalam jangka waktu 3 (tiga) bulanan.
 - b. Audit Klaim Insiden, merupakan Audit Klaim yang dilakukan secara sewaktu-waktu.
 - c. Audit Klaim Menyeluruh, adalah Audit yang dilakukan pada seluruh Klaim di sebuah Rumah Sakit. Audit Klaim Menyeluruh dilakukan di Rumah Sakit yang memiliki temuan potensi inefisiensi/Fraud dari hasil Audit Klaim berkala (dua kali temuan dalam periode waktu satu tahun) atau Audit Klaim Insiden (tiga kali temuan dalam periode waktu satu tahun).

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

PASAL 12
KADALUARSA KLAIM

- (1) Pengajuan klaim pembiayaan pelayanan kesehatan oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan diberikan jangka waktu paling lambat 6 (enam) bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan.
- (2) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikecualikan:
 - a. bagi pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan sebelum berlakunya Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan;
 - b. belum adanya kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan (*Dispute Klaim*); dan
 - c. belum diaturnya ketentuan penjaminan obat secara jelas untuk obat tertentu.
- (3) Dalam hal jangka waktu pengajuan klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terlampaui, klaim tidak dapat diajukan kembali.

PASAL 13
SANKSI

- (1) Dalam hal ditemukan ketidaksesuaian terhadap pelaksanaan isi Perjanjian yang dilakukan oleh **PARA PIHAK**, maka masing-masing **PIHAK** berhak meminta klarifikasi kepada **PIHAK** lain secara tertulis dengan tembusan ke Dinas Kesehatan setempat, Asosiasi Fasilitas Kesehatan setempat dan Badan Pengawas Rumah Sakit.
- (2) **PIHAK PERTAMA** dapat mengakhiri Perjanjian (tidak melanjutkan kerja sama) apabila **PIHAK KEDUA** tidak lulus atau tidak memenuhi

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

- standar pada tahap evaluasi sebagaimana dimaksud pada Pasal 10 ayat (3) dan (4) sesuai ketentuan perundang-undangan); atau dapat melanjutkan perjanjian dengan ketentuan yang ditetapkan oleh perundang-undangan;
- (3) Dalam hal **PARA PIHAK** melakukan pelanggaran sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku, maka **PARA PIHAK** berhak melakukan teguran tertulis kepada pihak lainnya maksimal sebanyak 3 (tiga) kali, dengan tembusan ke Dinas Kesehatan, Asosiasi Fasilitas Kesehatan setempat, dan Badan Pengawas Rumah Sakit.
 - (4) Apabila salah satu pihak telah memberikan teguran tertulis sebanyak 3 (tiga) kali dan tidak ada tanggapan dan perbaikan dari pihak lainnya, maka pihak yang memberikan teguran berhak meninjau kembali atau mengakhiri Perjanjian ini.
 - (5) Dalam hal salah satu pihak diketahui menyalahgunakan wewenang dengan melakukan kegiatan *moral hazard* atau terindikasi kecurangan misalnya membuat klaim fiktif yang dibuktikan dari hasil pemeriksaan Tim Audit Internal maupun Eksternal atau laporan hasil investigasi Tim PK-JKN sehingga terbukti merugikan pihak lainnya, maka pihak yang menyalahgunakan wewenang tersebut berkewajiban untuk memulihkan kerugian yang terjadi dan pihak yang dirugikan dapat membatalkan Perjanjian ini secara sepihak.
 - (6) Pengakhiran Perjanjian yang diakibatkan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) Pasal ini dapat dilakukan tanpa harus memenuhi ketentuan sebagaimana tertuang pada pasal 12 ayat (1) Perjanjian ini dan tidak membebaskan **PARA PIHAK** dalam menyelesaikan kewajiban masing-masing yang masih ada kepada pihak lainnya.
 - (7) Dalam hal terjadi pengakhiran Perjanjian sebagaimana dimaksud di dalam ayat (6) Pasal ini, maka kerja sama dengan **PARA PIHAK** dapat

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

- dilaksanakan kembali paling cepat dalam jangka waktu 1 (satu) tahun sejak pengakhiran Perjanjian.
- (8) Dalam hal keterlambatan pembayaran oleh **PIHAK PERTAMA**, maka **PIHAK PERTAMA** membayar denda kepada **PIHAK KEDUA** sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan secara proporsional.
- (9) Dalam hal tindakan Kecurangan JKN dilakukan oleh salah satu PIHAK, maka diberlakukan sanksi denda sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

PASAL 14

PENGAKHIRAN PERJANJIAN

- (1) Perjanjian ini dapat dibatalkan dan atau diakhiri oleh salah satu Pihak sebelum Jangka Waktu Perjanjian, berdasarkan hal-hal sebagai berikut:
- a. Persetujuan **PARA PIHAK** secara tertulis untuk mengakhiri Perjanjian ini yang berlaku efektif pada tanggal dicapainya kesepakatan pengakhiran tersebut;
 - b. Salah satu Pihak melanggar ketentuan yang diatur dalam Perjanjian ini (wanprestasi) dan tetap tidak memperbaikinya setelah menerima surat teguran/peringatan maksimal sebanyak 3 (tiga), dengan tembusan ke Dinas Kesehatan, Asosiasi Fasilitas Kesehatan dan BPRS setempat. Pengakhiran berlaku efektif secara seketika pada tanggal surat pemberitahuan pengakhiran Perjanjian ini dari Pihak yang dirugikan;

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

- c. Ijin usaha atau operasional salah satu Pihak dicabut oleh Pemerintah. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal pencabutan ijin usaha atau operasional Pihak yang bersangkutan oleh Pemerintah;
 - d. Salah satu Pihak melakukan merger, konsolidasi, atau diakuisisi oleh perusahaan lain yang mengakibatkan berubah atau berakhirnya ijin operasional. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal disahkannya pelaksanaan merger, konsolidasi atau akuisisi tersebut oleh Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia;
 - e. Salah satu Pihak dinyatakan bangkrut atau pailit oleh pengadilan. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal dikeluarkannya keputusan pailit oleh Pengadilan; dan
 - f. 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.
 - g. Masa berlaku Sertifikat Akreditasi **PIHAK KEDUA** berakhir. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal habis masa berlakunya.
- (2) Dalam hal **PIHAK KEDUA** bermaksud untuk mengakhiri Perjanjian ini secara sepihak sebelum berakhirnya Jangka Waktu Perjanjian, **PIHAK PERTAMA** wajib memberikan pemberitahuan tertulis kepada **PIHAK PERTAMA** mengenai maksudnya tersebut sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan sebelumnya.
- (3) **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.

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

- (4) Berakhirnya Perjanjian ini tidak menghapuskan hak dan kewajiban yang telah timbul dan tetap berlaku sampai terselesaikannya hak dan kewajibannya tersebut.

PASAL 15
KEADAAN MEMAKSA (*FORCE MAJEURE*)

- (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, pemogokkan 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

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

- 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.

PASAL 16

PENYELESAIAN PERSELISIHAN

- (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 Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB), Dewan Pertimbangan Medik (DPM) dan atau Tim Pertimbangan Klinis (TPK) hingga Dewan Pertimbangan Klinis (DPK) sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Apabila musyawarah dan mufakat tidak tercapai, maka **PARA PIHAK** sepakat untuk menyerahkan penyelesaian perselisihan tersebut melalui Pengadilan.

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

- (4) Mengenai Perjanjian ini dan segala akibatnya, **PARA PIHAK** memilih kediaman hukum atau domisili yang tetap dan umum di Kantor Panitera Pengadilan Negeri Jakarta Timur.
- (5) Dalam hal terjadi dispute klaim, maka alur penatalaksanaan penyelesaian dilaksanakan dengan ketentuan sebagaimana terlampir di dalam Perjanjian. Penyelesaian dispute klaim dapat dilaksanakan melalui koordinasi dengan:
- a. Tingkat Kantor Cabang
- Dispute koding : Penanggung jawab klaim **PIHAK PERTAMA**.
Dispute medis : Penanggung jawab klaim **PIHAK PERTAMA**, Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya RS dan Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya Kantor Cabang.
- b. Tingkat Provinsi
- Dispute medis : Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya tingkat Provinsi, Dewan Pertimbangan Medik Provinsi, Tim Pertimbangan Klinis Provinsi.
- c. Tingkat Pusat
- Dispute koding : P2JK Kemenkes RI.
Dispute medis : Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya tingkat Pusat, Dewan Pertimbangan Medik Pusat, Dewan Pertimbangan Klinis, P2JK Kemenkes RI, Organisasi Profesi.
- (6) Terhadap klaim yang telah disetujui, **PIHAK PERTAMA** melakukan pembayaran sesuai ketentuan tanpa menunggu penyelesaian *dispute* klaim.

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

PASAL 17
MEKANISME PEMBERIAN INFORMASI
DAN PENANGANAN PENGADUAN

- (1) **PARA PIHAK** menyediakan fungsi pemberian informasi dan penanganan pengaduan sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (2) Dalam hal Peserta JKN-KIS atau **PIHAK KEDUA** membutuhkan pelayanan pemberian informasi dan penanganan pengaduan, maka mekanisme dilakukan sebagai berikut:
- a. Peserta JKN-KIS menyampaikan permintaan informasi dan penanganan pengaduan kepada petugas yang telah ditentukan oleh **PIHAK PERTAMA** maupun **PIHAK KEDUA** untuk melaksanakan fungsi pemberian informasi dan penanganan pengaduan.
 - b. **PIHAK PERTAMA** 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 tatap muka langsung ataupun melalui media komunikasi lainnya (telepon; handphone; atau aplikasi yang berlaku).
 - c. Dalam hal diperlukan eskalasi dan atau tindak lanjut, maka **PARA PIHAK** saling berkoordinasi melalui petugas yang telah diberikan kewenangan.

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

PASAL 18
PEMBERITAHUAN

- (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 melalui faksimile dan dialamatkan kepada:

PIHAK PERTAMA: BPJS Kesehatan Cabang Jakarta Timur
Jalan Sunan Giri No. 5 B RT008 RW 015
Kec. Pulogadung – Jakarta Timur 13220
u.p. : Kepala Cabang Jakarta Timur
BPJS Kesehatan
Telepon : 021 - 29834102
Faksimile : 021 - 29834103
Email : kc-jaktim@bpjs-kesehatan.go.id

PIHAK KEDUA: Sekretariat Kementerian Pemuda dan Olahraga
Jalan Gerbang Pemuda No. 3
Senayan – Jakarta Pusat
u.p. : Rumah Sakit Olahraga Nasional
Telepon : 021 - 87753977
Faksimile : 021 - 87753977
Email : rsolahragacibubur@gmail.com

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

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 hari kerja sejak dikirimkannya surat tersebut sedangkan pengiriman melalui email dan atau faksimile dianggap telah diterima pada saat telah diterima kode jawabannya (*answerback*) pada pengiriman email dan konfirmasi faksimile pada pengiriman faksimile.

PASAL 19

LAIN-LAIN

- (1) Pengalihan Hak dan Kewajiban

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

- (2) Keterpisahan

Jika ada salah satu atau lebih ketentuan dalam Perjanjian ini ternyata tidak sah, tidak berlaku atau tidak dapat dilaksanakan berdasarkan hukum atau keputusan yang berlaku, maka **PARA PIHAK** dengan ini setuju dan menyatakan bahwa ketentuan lainnya dalam Perjanjian ini tidak akan terpengaruh olehnya, tetap sah, berlaku dan dapat dilaksanakan.

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

(3) Perubahan

Perjanjian ini tidak dapat diubah atau ditambah, kecuali dibuat dengan suatu Perjanjian perubahan atau tambahan (addendum/amandemen) yang ditandatangani oleh **PARA PIHAK** dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.

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

PIHAK PERTAMA 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** yang disebabkan karena kesalahan atau pelanggaran yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** dalam menjalankan tanggung jawab profesinya seperti, termasuk tetapi tidak terbatas pada, kesalahan dalam melakukan pemeriksaan dan pengobatan, kesalahan dalam memberikan indikasi medis atau kesalahan dalam memberikan tindakan medis.

(5) Hukum Yang Berlaku

Interpretasi dan pelaksanaan dari segala akibat syarat dan ketentuan yang berkaitan dalam Perjanjian ini adalah menurut Hukum Republik Indonesia yang terbaru.

(6) Supply Chain Financing (SCF)

Merupakan program pembiayaan oleh Bank yang khusus diberikan kepada Fasilitas Kesehatan mitra BPJS Kesehatan untuk membantu percepatan penerimaan piutang (tagihan klaim pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan).

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

PASAL 11
MONITORING DAN EVALUASI

- (1) **PIHAK PERTAMA** akan melakukan penilaian penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** secara berkala melalui:
 - a. *Utilization Review (UR)*.
 - b. Hasil *Survey Walk Through Audit (WTA)*. Pelaksanaan pengambilan data *survey* dilakukan **PERTAMA** didampingi oleh **PIHAK KEDUA**.
- (2) Hasil penilaian penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana ayat (1) Pasal ini akan disampaikan secara tertulis kepada **PIHAK KEDUA** dengan disertai rekomendasi (apabila diperlukan).
- (3) **PARA PIHAK** melakukan evaluasi atas pelaksanaan Perjanjian, termasuk penilaian penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Pasal ini, sekurang-kurangnya 2 (dua) kali dalam satu jangka waktu Perjanjian.
- (4) **PARA PIHAK** melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penyelenggaraan pelayanan bersama-sama dengan Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, Asosiasi Fasilitas Kesehatan setempat, akademisi dan profesi sesuai kewenangannya, terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilakukan.
- (5) Dalam hal ditemukan ketidaksesuaian kelas rumah sakit berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan pada saat re-kredensial maka BPJS Kesehatan harus melaporkan kepada Menteri untuk dilakukan reuiu.
- (6) Hasil reuiu kelas rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diatas dijadikan dasar penyesuaian kontrak oleh BPJS Kesehatan dengan rumah sakit.

| | |
|---|---|
| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|  |  |

(7) 56Kesatuan

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 bermaterai cukup serta mempunyai kekuatan hukum yang sama setelah ditanda-tangani oleh **PARA PIHAK**.

PIHAK KEDUA,

BASTAMAN HARAHAP

PIHAK PERTAMA,



BETSY M.O ROEROE

| PARAF PIHAK I | PARAF PIHAK II |
|------------------|-------------------|
| | |

Lampiran I Perjanjian

Nomor : 502/KTR/IV-03/1218

Nomor : 0216.1/RT.BIII/XII/2018

**RUANG LINGKUP DAN PROSEDUR
PELAYANAN KESEHATAN**

I. RUANG LINGKUP

A. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)

1. Administrasi pelayanan; meliputi biaya pendaftaran peserta untuk berobat, penerbitan surat eligibilitas peserta, pembuatan kartu pasien dan 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*, 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 pendeteksian kasus berpotensi Kecelakaan Lalu Lintas (KLL), kasus Kecelakaan Kerja dan Penyakit Akibat Kerja (KK-PAK), dan pemastian peserta Peserta Koordinasi Manfaat, yang dilakukan pada saat pendaftaran, menggunakan Aplikasi Eligibilitas yang berlaku.
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 subspecialis 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 penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
8. Rehabilitasi medis;
9. Pelayanan darah;
10. Pemulasaran jenazah pada pasien yang meninggal dunia di Fasilitas Kesehatan berupa pembersihan dan pemandian jenazah dan tidak termasuk peti jenazah;
11. Pelayanan Keluarga Berencana (KB) terbatas pada tubektomi dan vasektomi, sepanjang tidak termasuk dibiayai oleh pemerintah; Pelayanan KB yang dimaksud adalah pelayanan yang bersifat perorangan. Pelayanan KB tersebut dikecualikan untuk pelayanan KB yang telah dibiayai pemerintah, seperti: alat dan obat kontrasepsi;

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 spesialistik dan subspecialistik 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;
7. Pelayanan KB yang bersamaan dengan persalinan atau sesuai dengan ketentuan perundangan yang berlaku; dan

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).

C. Pelayanan Persalinan di FKRTL

1. Tindakan persalinan normal.
2. Tindakan persalinan dengan penyulit per vaginam sesuai indikasi medis.
3. Tindakan persalinan dengan penyulit perabdominam (*sectio caesaria*) sesuai indikasi medis.
4. Pelayanan rawat inap.
5. Persalinan merupakan benefit bagi peserta Program Jaminan Kesehatan tanpa pembatasan jumlah kehamilan/persalinan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan.

D. Pelayanan Gawat Darurat

1. Peserta yang memerlukan pelayanan gawat darurat dapat langsung memperoleh pelayanan di setiap Fasilitas Kesehatan baik yang bekerja sama maupun yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan;
2. Kriteria gawat darurat sebagaimana dimaksud pada angka 1 yaitu:
 - 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.
 - f. kriteria gawat darurat selain diatas yang ditetapkan oleh menteri
3. Dokter Penanggung Jawab Pasien berwenang menetapkan terpenuhinya kriteria gawat darurat sebagaimana dimaksud pada angka 2 diatas.

E. Pelayanan Obat

1. Peserta berhak mendapat pelayanan obat yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis.
2. Pelayanan obat dapat diberikan pada pelayanan kesehatan rawat jalan dan/atau rawat inap baik di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama maupun Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan.
3. Pelayanan obat bagi peserta Jaminan Kesehatan berpedoman pada Daftar Obat yang ditetapkan oleh Menteri yang dituangkan sebagai Formularium Nasional berikut dengan restriksi, persepsan maksimal dan ketentuan penerapan Formularium Nasional.
4. Pelayanan Obat di FKRTL:
 - a. Obat yang termasuk dalam paket INA-CBG:

Penyediaan obat yang termasuk dalam paket INA-CBG dilakukan oleh Instalasi Farmasi FKRTL atau apotek jejaring FKRTL.
 - 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 FKRTL.
 - d. Obat penyakit kronis di FKRTL diberikan maksimum untuk 30 (tiga puluh) hari sesuai indikasi medis.
 - e. Obat penyakit kronis di FKRTL 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 dirujuk balik ke FKTP;
 - 2) serta penyakit kronis lain yang menjadi kewenangan FKRTL.
 - f. Pemberian obat penyakit kronis di FKRTL 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 Forumularium Nasional.

g. Harga obat di luar paket INA-CBG yang ditagihkan oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit atau Apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan mengacu pada ketentuan yang ditetapkan Menteri.

5. Obat program pemerintah yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan antara lain obat untuk penyakit:
 - a. HIV dan AIDS
 - b. Tuberculosis (TB)
 - c. Malaria
 - d. Kusta
 - e. Korban narkotika (rumatan methadon)
6. 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 FKRTL 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.
7. Dalam hal faskes mengalami kendala ketersediaan obat sebagaimana yang tercantum pada e-katalog maka dapat menghubungi Direktorat Bina Obat Publik dengan alamat email: e_katalog@kemkes.go.id atau 081281753081 dan (021)5214872 atau nomor lain yang berlaku.
8. 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 propinsi, depo farmasi/apotek/instalasi farmasi

Rumah Sakit pemesan obat), tanggal pemesanan obat, hasil konfirmasi dengan distributor setempat, hal-hal lain yang terkait.

F. Pelayanan Alat Kesehatan

1. Pelayanan Alat Kesehatan dapat diberikan pada pelayanan kesehatan rawat jalan dan/atau rawat inap baik di FKTP maupun FKRTL.
2. Jenis dan plafon harga alat kesehatan sesuai dengan Kompendium Alat Kesehatan yang ditetapkan oleh Menteri.
3. Pelayanan alat kesehatan yang dapat ditagihkan di luar paket INA CBG (Alat Bantu Kesehatan) 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*)
 - g. Alat bantu gerak berupa kruk penyangga tubuh
4. Alat kesehatan dan Alat Bantu Kesehatan diberikan kepada peserta Jaminan Kesehatan sesuai dengan indikasi medis.
5. Penyediaan alat bantu kesehatan dapat dilakukan oleh FKRTL atau Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) atau Apotek atau Optik yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Khusus untuk kacamata disediakan oleh Optik yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
6. Plafon harga yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan untuk alat bantu kesehatan merupakan harga maksimal yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan 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.
7. Apabila atas indikasi medis FKRTL 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.

8. Pengadaan alat kesehatan dilakukan oleh FKRTL atau jejaringnya dengan mutu sesuai kebutuhan medis.
9. Ketentuan pelayanan alat bantu kesehatan yang dibayar diluar INA-CBG sebagai berikut:

a. Kacamata

1) Ukuran kacamata yang dijamin oleh BPJS Kesehatan 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 tahun diperlukan penggantian kacamata oleh sebab apapun (perubahan ukuran, hilang, rusak dan sebab lain) maka tidak dapat dijamin oleh BPJS Kesehatan.

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 tahun diperlukan penggantian alat bantu dengar (*hearing aid*) oleh sebab apapun (perubahan ukuran, hilang, rusak dan sebab lain) maka BPJS Kesehatan 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 tahun diperlukan penggantian prothesa alat gerak oleh sebab apapun maka BPJS Kesehatan 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 tahun diperlukan penggantian prothesa gigi oleh sebab apapun maka BPJS Kesehatan 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 tahun diperlukan penggantian Korset Tulang Belakang (*Corset*) oleh sebab apapun maka BPJS Kesehatan 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 tahun diperlukan penggantian *collar neck* oleh sebab apapun maka BPJS Kesehatan tidak menjamin.

- h. 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 tahun diperlukan penggantian kruk oleh sebab apapun maka BPJS Kesehatan tidak menjamin.
10. Jenis Alat Bantu Kesehatan yang dibayar diluar INA-CBG yang termasuk di dalam ruang lingkup Perjanjian ini yang disediakan oleh FKRTL adalah :
- a. Korset Tulang Belakang (*Corset*)
 - b. Penyangga Leher (*Collar Neck/Cervical Collar, Neck Brace*)
- G. Pelayanan Rujukan Parsial**
1. Rujukan parsial adalah pengiriman pasien atau spesimen ke FKRTL lain dalam rangka mengakkan diagnosis atau pemberian terapi, yang merupakan satu rangkaian perawatan pasien pada FKRTL perujuk.
 2. Rujukan parsial dapat berupa:
 - a. Pengiriman pasien untuk dilakukan pemeriksaan penunjang atau tindakan; atau
 - b. Pengiriman spsimen untuk pemeriksaan penunjang.
 3. Biaya rujukan parsial menjadi tanggung jawab FKRTL perujuk. FKRTL penerima rujukan tidak dapat menagihkan secara terpisah kepada BPJS Kesehatan, pasien tidak boleh dibebani urun biaya.
- H. 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 ketentuan perundang-undangan.
 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 ketentuan perundangan 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 RS Kelas A dirujuk balik ke RS 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 BPJS Kesehatan atau pada kasus gawat darurat dari Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan ke Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan 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 BPJS Kesehatan 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 BPJS Kesehatan.
5. Tarif penggantian biaya pelayanan Ambulan sesuai dengan standar biaya ambulans 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 ambulans melintasi lebih dari 1 (satu) wilayah daerah Kabupaten/Kota sehingga terdapat lebih dari 1 (satu) tarif, tarif

- dikembalikan kepada FKRTL 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 FKRTL pada pengajuan klaim bulan berikutnya.
 - e. BPJS Kesehatan mengajukan persetujuan klaim kepada FKRTL dalam hal proses verifikasi klaim telah selesai dilaksanakan paling lambat pada hari ke 10 sejak Berita Acara berkas lengkap.
 - f. Persetujuan klaim sebagaimana dimaksud pada huruf e dibuktikan dengan formulir persetujuan hasil verifikasi yang telah ditandatangani oleh pejabat FKRTL yang ditunjuk. Hasil persetujuan verifikasi oleh FKRTL sebagaimana dimaksud, diterima kembali di Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan paling lambat satu hari setelah formulir diterima oleh FKRTL.
 - g. Dalam hal FKRTL pada hari ke-11 (sebelas) belum menyerahkan persetujuan klaim sebagaimana dimaksud pada huruf f, FKRTL dianggap menyetujui hasil verifikasi klaim BPJS Kesehatan, dan proses selanjutnya terhadap klaim dapat dilanjutkan. Persetujuan Klaim yang telah ditanda tangani oleh FKRTL dapat disusulkan paling lambat pada hari jatuh tempo pembayaran klaim. Dalam hal terjadi keterlambatan penyerahan persetujuan klaim kepada FKRTL, maka FKRTL harus membuat Pernyataan Keterlambatan tersebut.
 - h. BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran kepada FKRTL berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat:
 - 1) 15 (lima belas) hari sejak dikeluarkannya berita acara kelengkapan berkas klaim sebagaimana dimaksud dalam Lampiran II angka 4; atau
 - 2) 15 (lima belas) hari sejak berkas klaim otomatis dinyatakan lengkap sebagaimana dimaksud dalam Lampiran II angka 6.
 - i. Dalam hal pembayaran kepada FKRTL jatuh pada hari libur, pembayaran pada FKRTL dilakukan pada hari kerja berikutnya.
 - j. Kelengkapan dokumen pembayaran klaim:

1) Lembar persetujuan hasil verifikasi yang telah ditanda tangani oleh FKRTL.

2) Kuitansi asli bermaterai cukup.

k. BPJS Kesehatan tidak bertanggung jawab untuk membayar tagihan yang timbul karena FKRTL memberikan pelayanan kesehatan di luar yang menjadi hak Peserta.

l. Biaya transfer antar bank menjadi tanggungan FKRTL.

m. Nomor Rekening yang akan digunakan untuk pembayaran tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan kepada FKRTL adalah sebagai berikut:

- Pembayaran Klaim Rumah Sakit Olahraga Nasional akan disetor langsung ke Kas Negara atas nama Satker Bidang Kesekretariatan
- Kode Satker 418135
- Bukti Penerimaan Negara (BPN) atau pembayaran klaim Rumah Sakit Olahraga Nasional disampaikan ke Rumah Sakit paling lambat satu hari kerja berikutnya sejak PNBPN disetor ke Kas Negara dan dilampiri dengan rincian penyetoran PNBPN

18. Ketentuan Denda Keterlambatan Pembayaran Tagihan Klaim

a. BPJS Kesehatan wajib membayarkan ganti rugi keterlambatan pembayaran tagihan klaim pelayanan kesehatan sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan secara proporsional.

b. Dalam hal terjadi keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan, maka akan dihitung mulai pada hari ke-16 sejak berita acara kelengkapan berkas klaim dikeluarkan.

c. Ganti rugi sebagaimana dirnaksud dihitung secara proporsional untuk setiap hari kalender keterlambatan sesuai ketentuan yang berlaku.

d. FKRTL dapat memanfaatkan program *Supply Chain Financing (SCF)* dengan pihak Bank untuk memastikan terselenggaranya pelayanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan.

19. Pelaksanaan INA-CBG

- a. Klaim pelayanan tingkat lanjutan dilakukan dengan sistem INA-CBG. Untuk dapat mengoperasikan *software* INA-CBG maka FKRTL harus mempunyai nomor registrasi yang diperoleh dari Kementerian Kesehatan RI sesuai ketentuan yang berlaku. Kewajiban untuk memiliki nomor registrasi dilakukan sebelum penandatanganan perjanjian kerja sama dan menjadi bagian dari persyaratan kerja sama;
- b. FKRTL 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 diagnosis dan 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. Apabila dalam melakukan pengkodean diagnosis atau tindakan/prosedur koder menemukan kesulitan ataupun ketidaksesuaian dengan aturan umum pengkodean, maka koder harus melakukan klarifikasi dengan dokter
- 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. FKRTL melakukan pelayanan dengan efisien dan efektif agar biaya pelayanan seimbang dengan tarif INA-CBG.
20. Apabila dalam pengajuan klaim/tagihan oleh FKRTL terdapat klaim/tagihan yang bermasalah (*dispute claim*) maka berhak untuk menanggukhan pembayaran atas klaim/tagihan yang bermasalah tersebut. Penyelesaian *dispute claim* mengacu pada regulasi yang berlaku.
21. Dalam hal terjadi ketidaksesuaian pada saat verifikasi administrasi atau verifikasi pelayanan maka BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada FKRTL dan Peserta.

Lampiran III Perjanjian

Nomor : 502/KTR/IV-03/1218

Nomor : 0216.1/RT.BIII/XII/2018

KESEPAKATAN REGIONALISASI TARIF DENGAN PERSI PROVINSI
(Dilampirkan BA Kesepakatan Regionalisasi Tarif antara BPJS Kesehatan
Provinsi dan PERSI Provinsi)

Lampiran IV Perjanjian

Nomor : 502/KTR/IV-03/1218

Nomor : 0216.1/RT.BIII/XII/2018

HASIL KREDENSIALING/REKREDENSIALING*)

Tanggal Kredensialing/Rekredensialing : 15 November 2018

A. Profil FRKTL

1. Nama FKRTL : Rumah Sakit Olahraga Nasional
2. Klasifikasi FKRTL : Rumah Sakit Umum Kelas C
3. Kepemilikan : Kementerian Pemuda dan Olahraga
4. Alamat : Jl. Jambore Raya No.1 Cibubur
Jakarta Timur

B. Pemenuhan Kriteria Wajib

1. Surat Ijin Operasional dan Penetapan Kelas

| Nomor | Masa Berlaku |
|-----------------------|-----------------------------------|
| 3/B.3.7/-1.779.3/2018 | 3 Desember 2015 - 3 Desember 2020 |

2. Surat Ijin Praktik Tenaga Kesehatan

3. Perjanjian Kerja Sama dengan Jejaring

| No | Nama Jejaring | Nomor PKS dan Masa Berlaku | Jenis Pelayanan |
|----|---------------|----------------------------|-----------------|
| | | | |

4. Sertifikat Akreditasi (diisi bagi RS yang sudah akreditasi)

| Nomor Sertifikat dan Jenis Akreditasi | Masa Berlaku |
|--|------------------------------|
| KARS-SERT/691/II/2018, AKREDITASI PERDANA | Sampai dengan 4 Januari 2021 |

C. Kriteria Teknis

1. Jenis/lingkup Pelayanan

Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan

Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan

| No | Poli Spesialistik Pelayanan | Jumlah Poli yang tersedia untuk pelayanan Peserta JKN-KIS | Keterangan |
|----|------------------------------|---|------------|
| 1 | Poli Penyakit Dalam | | |
| 2 | Poli Anak | | |
| 3 | Poli Bedah Umum | | |
| 4 | Poli Kebidanan dan Kandungan | | |

Keterangan: diinputkan seluruh Poli baik pelayanan biasa maupun pelayanan unggulan di rumah sakit tersebut

Fasilitas Pelayanan

| No | Jenis Pelayanan | Jumlah Alat (Unit) | Keterangan |
|----|-----------------|--------------------|------------|
| 1 | Radiologi | 2 unit | |
| 2 | USG | 1 unit | |

Pelayanan Darah

| No | Unit Penyelenggara Pelayanan Darah | Keterangan |
|----|------------------------------------|------------|
| 1 | - | - |

Keterangan:

Diisi unit penyelenggara pelayanan darah apakah Bank Darah RS atau UPTD PMI (disebutkan kab/kota)

2. Sumber Daya Manusia
Dokter Spesialis dan Sub Spesialis

| No | Jenis Spesialisasi/ Subspesialisasi | Jumlah dokter | Pemenuhan Surat Ijin Praktek | |
|----|--|------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| | | | Ada dan Masih Berlaku | Tidak ada/Habis masa berlaku |
| 1 | Spesialis Penyakit Dalam | 1 orang | 1 orang | - orang |
| 2 | Spesialis Kebidanan dan Kandungan | 1 orang | Dalam proses | |
| 3 | Spesialis Anak | 1 orang | 1 orang | |
| 4 | Spesialis Anestesi | 1 orang | 1 orang | |
| 5 | Spesialis Patologi Klinik | 1 orang | 1 orang | |
| 6 | Spesialis Radiologi | 1 orang | 1 orang | |

Tenaga Kesehatan lain

| Jenis Ketenagaan | Jumlah |
|------------------|-------------|
| 1. Perawat | 1. 42 orang |
| 2. Apoteker | 2. 2 orang |
| 3. Bidan | 3. 2 orang |

Tenaga Penunjang

| Jenis Ketenagaan | Jumlah |
|--|------------|
| 1. Tenaga Koder/ Tenaga entry data klaim | 1. 2 orang |
| 2. Petugas <i>Customer Service</i> (yang difungsikan untuk handling complain | 2. 1 orang |

| | |
|---|------------|
| peserta JKN-KIS) 3. Petugas yang bertanggung jawab untuk melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan entry data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP | 3. 2 orang |
|---|------------|

Keterangan: eviden berupa surat penunjukan dari Direktur/Pimpinan RS

3. Kelengkapan Sarana Prasana

Tempat Tidur (TT) Rawat Inap Perawatan Biasa

| No | Nama Ruangan | Setara Kelas (VIP,I,II,II) | Jumlah Tempat Tidur Keseluruhan | Jumlah Tempat Tidur Bagi Peserta JKN-KIS | Keterangan |
|----|---------------|----------------------------|---------------------------------|--|------------|
| 1 | Ruang VVIP | | 1 TT | - | |
| 2 | Ruang VIP | | 2 TT | - | |
| 3 | Ruang kelas 1 | | 2 TT | 2 | |
| 4 | Ruang kelas 2 | | 2 TT | 2 | |
| 5 | Ruang kelas 3 | | 8 TT | 8 | |

Tempat Tidur (TT) Rawat Inap Perawatan Intensive

| No | Nama Ruangan Pelayanan Intensive | Jumlah TT | Jumlah Tempat Tidur Bagi Peserta JKN-KIS | Keterangan |
|----|----------------------------------|-----------|--|------------|
| 1 | Ruang HCU | 2 TT | | |

Kamar Operasi (Bedah)

| No | Jumlah Kamar Operasi (Bedah) | Keterangan |
|----|------------------------------|--|
| 1 | Terdapat 2 kamar operasi | Yang berfungsi untuk kamar operasi 1 kamar |

4. Komitmen Pelayanan

| No | Komitmen |
|----|---|
| 1 | Tidak melakukan pungutan biaya tambahan kepada peserta diluar ketentuan yang berlaku |
| 2 | Menyediakan sarana dan petugas pemberian informasi dan penanganan pengaduan peserta Jaminan Kesehatan |
| 3 | Tidak melakukan diskriminasi terhadap pasien umum ataupun pasien JKN-KIS |
| 4 | Melaksanakan rujukan berjenjang dan program rujuk balik sesuai dengan ketentuan yang berlaku serta berkomitmen untuk mencapai target Peserta Program Rujuk Balik sesuai yang telah ditetapkan yaitu sebanyak Peserta JKN-KIS*) *) target ditetapkan dalam persentase melalui kesepakatan bersama berdasarkan hasil analisis data <i>experience</i> kasus-kasus yang berpotensi untuk dilakukan rujuk balik pada tahun sebelumnya. Cat: Utk 9 Diagnosa PRB |
| 5 | Berkomitmen Memiliki dan Mengirimkan Rencana Kebutuhan Obat bagi Peserta JKN kepada Kementerian Kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku |
| 6 | Menyediakan ruang perawatan kelas I, II dan III untuk peserta JKN-KIS tanpa kuota atau pembatasan |

*) Keterangan:

Salinan Hasil Kredensialing/Rekredensialing sesuai format yang berlaku menjadi lampiran IV Perjanjian. Informasi atau penjelasan lebih detil diisikan pada matriks diatas.

Lampiran V Perjanjian

Nomor : 502/KTR/IV-03/1218

Nomor : 0216.1/RT.BIII/XII/2018

SURAT PENGAJUAN BERKAS KLAIM

Berikut kami ajukan jumlah berkas klaim Peserta JKN-KIS 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 KCU/KC/KLOK 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/....

- * kolom tandatangan diisi dengan nama jelas dan di stempel instansi
- * lampiran jumlah berkas dan pengajuan per tanggal

Lampiran VI Perjanjian

Nomor : 502/KTR/IV-03/1218

Nomor : 0216.1/RT.BIII/XII/2018

**FORMAT SURAT PERNYATAAN TANGGUNG JAWAB MUTLAK
PENGAJUAN KLAIM BIAYA PELAYANAN KESEHATAN**

KOP SURAT FASILITAS KESEHATAN (1)

SURAT PERNYATAAN TANGGUNG JAWAB MUTLAK
PENGAJUAN KLAIM BIAYA PELAYANAN KESEHATAN

NOMOR : (2)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : (3)
NIP/NRP/Nomor : (4)
Pegawai
Jabatan : (5)

Dengan ini menyatakan dan bertanggung jawab secara penuh atas hal-hal sebagai berikut:

1. Dokumen-dokumen yang dipersyaratkan dalam rangka pengajuan klaim pelayanan kesehatan peserta JKN-KIS dengan lengkap dan benar, dan siap diaudit sewaktu-waktu.
2. Apabila dikemudian hari terbukti pernyataan ini tidak benar dan menimbulkan kerugian negara, kami bersedia mengembalikan kerugian tersebut dan dilakukan proses sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya.

..... (6)
Yang bertanda tangan

Materai 6000

..... (7)
NIP/NRP/Nomor Pegawai (8)

Keterangan:

- (1) Diisi dengan logo/kop surat Fasilitas Kesehatan.
- (2) Diisi dengan nomor Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak.
- (3) Diisi nama pejabat berwenang penanda tangan Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak.
- (4) Diisi dengan NIP/NRP atau Nomor Pegawai.
- (5) Diisi dengan nama jabatan penanda tangan Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak.
- (6) Diisi dengan tempat dan tanggal.
- (7) Diisi sama dengan nomor (3).
- (8) Diisi sama dengan nomor (4).

Lampiran VII Perjanjian

Nomor : 502/KTR/IV-03/1218

Nomor : 0216.1/RT.BIII/XII/2018

BERITA ACARA SERAH TERIMA KLAIM

Pada hari initanggal..... bulan tahun, Rumah Sakit mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan Kantor Cabang/KLOK untuk klaim bulan pelayanantahun dengan rincian 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/KLOK sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian berita acara ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Jakarta, 2019

Penerima Klaim,
Verifikator,

Pengaju Klaim
Rumah Sakit.....

(.....)
NPP :

(.....)
NIP/ NRP :

Lampiran VIII Perjanjian

Nomor : 502/KTR/IV-03/1218

Nomor : 0216.1/RT.BIII/XII/2018

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

Nomor :

Yang bertandatangan 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-KIS 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 IX Perjanjian

Nomor : 502/KTR/IV-03/1218

Nomor : 0216.1/RT.BIII/XII/2018

BERITA ACARA HASIL VERIFIKASI KLAIM
BULAN PELAYANAN.....

Pada hari ini bulan tahun setelah pihak BPJS Kesehatan KCU/KC/KLOK melakukan proses verifikasi untuk tagihan klaim yang diberikan oleh pihak Rumah Sakit pada bulan pelayanan 2019, telah diperoleh hasil verifikasi sebagai berikut:

| No | Status Verifikasi | Rawat Jalan | | Rawat Inap | | Jumlah | |
|----|-------------------|-------------|-------|------------|-------|--------|-------|
| | | Kasus | Biaya | Kasus | Biaya | Kasus | Biaya |
| 1 | Layak | | | | | | |
| 2 | Tidak Layak | | | | | | |
| 3 | Pending | | | | | | |

*)Adapun rinciannya terlampir

dan untuk selanjutnya, kasus tagihan LAYAK sebanyak kasus dengan jumlah biaya sebesar Rp. (Terbilang:) akan dibayarkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Sedangkan untuk klaim TIDAK LAYAK sebanyak kasus dengan jumlah biaya sebesar Rp (Terbilang :) tidak dapat dibayarkan karena tidak sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku dan untuk PENDING (Klaim Dispute) sebanyak kasus dengan jumlah biaya sebesar Rp..... (Terbilang:.....) belum dapat kami bayarkan karena belum sesuai dengan kaidah dan ketentuan yang berlaku (berita acara dan detail rekapan terlampir).

Demikian berita acara ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

....., 2019

Pihak Pertama,
Ka Bidang PMR Cabang

Pihak Kedua,
Rumah Sakit.....

(.....)
NPP :

(.....)
NIP/ NRP :

Lampiran X Perjanjian

Nomor : 502/KTR/IV-03/1218

Nomor : 0216.1/RT.BIII/XII/2018

BERITA ACARA PENGEMBALIAN BERKAS KLAIM

Berdasarkan Surat Pengajuan Klaim RS.....Nomor.....tanggal.....maka pada hari ini.....tanggal.....bulan.....tahun dua ribu.....kami yang bertanda tangan di bawah ini :

- 1. Nama :
Jabatan : Verifikator 1
- 2. Nama :
Jabatan : Verifikator 2

Telah melakukan pemeriksaan, pengujian dan penilaian secara langsung terhadap berkas pelayanan program Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan untuk bulan pelayanan.....yang dilaksanakan oleh RS.....dan dengan memperhatikan (*menyesuaikan kondisi daerah masing-masing):

- a. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional
- b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman INA CBG dalam Pelaksanaan JKN
- c. Pedoman dan Kaidah Koding ICD 10 untuk Diagnosa dan ICD 9 CM untuk Prosedur
- d. Surat Edaran Menteri Kesehatan Republik Indonesia (SE HK Menkes) 03.03 Tahun 2015 dan Tahun 2016
- e. Hasil Kesepakatan Dewan Pertimbangan Medik (DPM)
- f. Hasil temuan DPK

Untuk itu menyatakan belum dapat dibayarkan karena terdapat ketidaksesuaian dengan pedoman serta regulasi yang berlaku yaitu :

| No | Alasan Ketidak sesuaian | Status* | Jenis Pelayanan | Jumlah Kasus | Keterangan |
|----|-------------------------|---------|-----------------|--------------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

Demikian berita acara ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Yang Menyatakan:

- 1. (nama jelas)tanda tangan
- 2. (nama jelas)tanda tangan

Mengetahui,
Ka. Bidang PMR Cabang,
(.....)

Catatan :

Status Pending: Berkas yang tidak sesuai tersebut diperbaiki sesuai dengan kaidah dan regulasi yang sesuai dan dapat diajukan kembali pada bulan pelayanan selanjutnya.

Status Tidak Layak: Berkas klaim tidak dapat dibayarkan BPJS Kesehatan

Lampiran XI Perjanjian

Nomor : 502/KTR/IV-03/1218

Nomor : 0216.1/RT.BIII/XII/2018

TARIF PELAYANAN AMBULAN

Lampiran XII Perjanjian

Nomor : 502/KTR/IV-03/1218

Nomor : 0216.1/RT.BIII/XII/2018

PANDUAN MANUAL VERIFIKASI KODING