BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

RSST

PERJANJIAN KERJA SAMA

ANTARA

BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN CABANG BOYOLALI

DENGAN

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

TENTANG

PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN

BAGI PESERTA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

Nomor : 583 /KTR/VI-05/1221

Nomor : HK.03.01/III.3.1/22577 /2021

Perjanjian ini dibuat dan ditandatangani di Boyolali, pada hari Senin tanggal Dua Puluh Tujuh Bulan Desember tahun Dua ribu dua puluh satu, oleh dan antara:

I. **Maya Susanti, SE., MM,** selaku Kepala BPJS Kesehatan Cabang Boyolali yang berkedudukan dan berkantor Jl. Randuasri Siswodipuran Boyolali, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Keputusan Direktur Sumber Daya Manusia dan Umum Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor : 643/Peg-04/0821 tanggal 19 Agustus 2021, karenanya sah bertindakuntuk dan atas nama serta mewakil BPJS Kesehatan Cabang Boyolali, selanjutnya disebut **" PIHAK KESATU";**

II. **dr. Endang Widyaswati, M. Kes.,** selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor KP.03.03/Menkes/196/2018 tanggal 30 April 2018 yang dibuat oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia yang berkedudukan dan berkantor di Jl. Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut, karenanya sah bertindak untuk dan atas nama serta mewakili Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, selanjutnya disebut **"PIHAK KEDUA".**

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

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

A. Surat Pemberitahuan kepada **PIHAK KEDUA** Nomor 1007/VI-05/1221 tentang Hasil Kredensialing/Rekredensialing.

Selanjutnya berdasarkan hal-hal tersebut diatas, **PARA PIHAK** sepakat untuk melaksanakan perjanjian kerja sama pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan sebagai berikut:

PASAL 1

DEFINISI DAN PENGERTIAN

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

1. Alat Kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin, 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;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

program Jaminan Kesehatan. BPJS Kesehatan merupakan badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada Presiden;

10. Bulan Pelayanan adalah bulan dimana **PIHAK KEDUA** memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta;
11. 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;
12. Dokumen klaim diterima lengkap adalah diterimanya berkas pengajuan klaim termasuk berkas pendukung pelayanan secara lengkap sesuai yang dipersyaratkan. Kelengkapan dokumen pembayaran klaim terdiri dari: dokumen pengajuan klaim, Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) dan Formulir Persetujuan Hasil Verifikasi (FPHV) yang disetujui dan ditanda tangani oleh manajemen **PIHAK KEDUA** dan kuitansi asli bermaterai cukup;
13. *E-Catalogue* Obat atau katalog elektronik obat adalah sistem informasi elektronik yang memuat daftar, jenis, spesifikasi teknis, dan harga barang tertentu dari berbaga Penyedia Barang/Jasa Pemerintah, yang digunakan sebagai dasar pembayaran klaim pelayanan obat diluar paket INA-CBG;
14. 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;
15. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (disingkat FKRTL) yang selanjutnya disebut **PIHAK KEDUA** adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialistik atau subspesialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus;
16. 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;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

17. 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;
18. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan atau iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah;
19. 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;
20. 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;
21. Klaim *dispute* adalah klaim atas pelayanan kesehatan yang belum dapat disetujui pembayarannya oleh **PIHAK KESATU** dikarenakan adanya ketidaksepakatan antara **PIHAK KESATU** dengan **PIHAK KEDUA** terhadap klaim yang diajukan yang dinyatakan dengan Berita Acara Klaim Dispute;
22. Klaim kadaluarsa adalah klaim yang sudah melewati batas ketentuan pengajuan yaitu lebih dari 6 (enam) bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan;
23. Klaim layak yang dimaksud di dalam Perjanjian ini adalah klaim yang sudah diverifikasi oleh verifikator **PIHAK KESATU** dan memenuhi ketentuan administrasi dan atau pelayanan yang berlaku sesuai dengan perjanjian ini sehingga dapat dibayarkan oleh **PIHAK KESATU**;
24. Klaim *pending* yang dimaksud di dalam Perjanjian ini adalah klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh **PIHAK KESATU** dikarenakan adanya ketidaklengkapan administrasi, masih dalam proses konfirmasi;
25. Klaim reguler adalah penagihan klaim periodik bulan pelayanan sebelumnya yang ditagihkan pada Bulan berjalan. Klaim reguler ditagihkan satu bulan penuh atau

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

minimal ditagihkan 75% dari jumlah SEP terbit yang tertuang dalam Surat Pengajuan Klaim dilengkapi dengan dokumen pengajuan klaim;

26. Klaim susulan adalah sisa tagihan klaim reguler sesuai dengan jumlah yang tertuang dalam surat pengajuan klaim dan/atau klaim pending yang diajukan kembali, termasuk klaim *dispute* yang telah mendapatkan penetapan dari TKMKB dan atau DPK;
27. Klaim tidak layak adalah klaim yang sudah diverifikasi namun tidak memenuhi ketentuan administrasi dan atau pelayanan yang berlaku sehingga tidak dapat dibayarkan oleh **PIHAK KESATU**;
28. Klasifikasi Rumah Sakit adalah Penetapan kelas Rumah Sakit didasarkan pada: pelayanan; sumber daya manusia; peralatan; dan bangunan dan prasarana, dengan kewenangan penetapan sesuai ketentuan yang berlaku;
29. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya;
30. Menteri adalah adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan;
31. Penyelesaian ketidaksepakatan *(dispute)* yang dimaksud di dalam Perjanjian ini adalah waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan permasalahan tersebut dengan merujuk pada *Service Level Agreement (SLA)* yang berlaku;
32. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan;
33. Rekredensialing adalah proses penilaian ulang terhadap pemenuhan persyaratan kriteria wajib, kriteria teknis dan penilaian kinerja pelayanan terhadap **PIHAK KEDUA,** untuk menilai kesesuaian kelas Rumah Sakit berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan dalam rangka akan melakukan perpanjangan kerja sama dengan BPJS Kesehatan (untuk Rumah Sakit dilakukan paling cepat 6 bulan sebelum perjanjian berakhir);
34. Reviu Kelas adalah pembinaan dan pengawasan oleh Menteri dalam rangka kesesuaian kelas rumah sakit sesuai dengan standar klasifikasi yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan, yang dilaksanakan menggunakan instrumen penilaian berupa aplikasi Rumah Sakit *online* dan Aplikasi Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK);

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

35. Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit;
36. 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;
37. 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;
38. 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;
39. Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya atau selanjutnya disebut TKMKB adalah Tim yang dibentuk sesuai ketentuan perundang-undangan dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya dalam penyelenggaraan program jaminan sosial kesehatan. TKMKB terbagi atas tim koordinasi dan tim teknis. Tim koordinasi terdiri dari unsur: a. organisasi profesi; b. akademisi; dan c. pakar klinis. Tim teknis terdiri dari unsur klinisi yang merupakan komite medis **PIHAK KEDUA**;
40. Tim Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional **PIHAK KESATU** atau selanjutnya disebut Tim PK-JKN **PIHAK KESATU** 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 administrasi klaim;
41. 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;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

42. Urun Biaya adalah tambahan biaya yang dibayar Peserta pada saat memperoleh Manfaat pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan;
43. Selisih Biaya adalah tambahan biaya yang dibayar Peserta pada saat memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi daripada haknya;
44. Verifikasi adalah proses uji kebenaran terhadap tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan **PIHAK KEDUA**, yang dilakukan secara rutin setiap bulannya oleh Verifikator **PIHAK KESATU**, menggunakan aplikasi yang berlaku;
45. Verifikasi Paska Klaim adalah proses menguji kebenaran, validitas, dan akurasi terhadap klaim yang sudah dibayarkan kepada **PIHAK KEDUA**, secara rutin oleh Verifikator **PIHAK KESATU;**
46. Verifikator adalah pegawai **PIHAK KESATU** yang diberi tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan proses verifikasi tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan yang diajukan **PIHAK KEDUA**.

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 spesialistik atau subspesialistik yang terdiri dari rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

(2) Dalam hal pada jangka waktu pelaksanaan Perjanjian, akan terdapat penambahan lingkup pelayanan baru yang belum tersedia pada awal Perjanjian, maka **PIHAK KEDUA** akan memberitahukan kepada **PIHAK KESATU** secara tertulis. Dalam waktu selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan, **PIHAK KESATU** akan melakukan kredensialing terhadap jenis pelayanan dimaksud, untuk kemudian dituangkan di dalam Addendum Perjanjian.

(3) Penambahan lingkup 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.

(4) Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan sistem rujukan, maka **PIHAK KEDUA** menginput data SDM, fasilitas pelayanan dan sarana prasarana hasil kredensialing atau rekredensialing ke dalam sistem informasi **PIHAK KESATU**.

(5) 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 KESATU**

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 KESATU** dapat melihat rekam medis pasien seperlunya di tempat **PIHAK KEDUA** tanpa menggunakan alat dokumentasi/foto/fotocopi sesuai dengan peraturan perundang-undangan) dengan didampingi **PIHAK KEDUA** yang diberi kewenangan oleh Direktur/Pimpinan **PIHAK KEDUA**;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

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 PERSI wilayah dalam rangka upaya pembinaan;
d. Meninjau kembali Perjanjian ini apabila **PIHAK KEDUA** tidak memberikan tanggapan secara tertulis terhadap teguran dan/atau peringatan tertulis ditembuskan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, PERSI setempat;
e. Melakukan verifikasi terhadap tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan **PIHAK KEDUA**;
f. Melakukan audit terhadap klaim yang telah dibayarkan kepada **PIHAK KEDUA** yang dilakukan oleh Auditor **PIHAK KESATU**, dalam hal diperlukan sehubungan dengan kegiatan pemeriksaan di **PIHAK KESATU**;
g. Mendapatkan jaminan perlindungan keamanan, untuk itu setiap Petugas **PIHAK KESATU** yang bertugas di **PIHAK KEDUA** wajib melaporkan diri kepada **PIHAK KEDUA** dan menggunakan identitas resmi;
h. Menerima informasi dari **PIHAK KEDUA** dalam hal Peserta Jaminan Kesehatan meninggal dunia.

(2) Kewajiban **PIHAK KESATU**

a. Menyediakan dan memberikan informasi tentang kepesertaan, pembayaran, prosedur pelayanan kesehatan, tata cara pengajuan klaim, memberi umpan balik data utilisasi pelayanan kesehatan, dan mekanisme kerja sama pada **PIHAK KEDUA**;
b. Mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari kalender sejak klaim diajukan oleh **PIHAK KEDUA** dan diterima oleh **PIHAK KESATU**. Dalam hal **PIHAK KESATU** tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 (sepuluh) hari kalender maka berkas klaim dinyatakan lengkap;
c. **PIHAK KESATU** wajib memberikan alasan yang jelas dalam hal terdapat klaim pending;
d. **PIHAK KESATU** wajib memberikan alasan yang tegas dan jelas dalam hal terdapat keterlambatan pembayaran klaim dan membayar denda

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

keterlambatan sesuai ketentuan perundang-undangan sebagaimana dimaksud pada Pasal 13 ayat (8) perjanjian ini;

e. 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. Dalam hal pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** jatuh pada hari libur maka pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** dilakukan pada hari kerja berikutnya;
f. Melakukan evaluasi atas pelayanan kesehatan yang diberikan **PIHAK KEDUA** secara berkala berupa rekredensialing, yang dapat dilakukan bersama Dinas Kesehatan;
g. Melakukan sosialisasi ketentuan dan prosedur terkait Jaminan Kesehatan secara berkala kepada *stakeholder* terkait/pihak yang berkepentingan berkoordinasi dengan **PIHAK KEDUA**;
h. Menyimpan rahasia informasi peserta yang digunakan untuk proses pembayaran klaim;
i. Membayar kekurangan pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** dalam hal terjadinya kekurangan bayar berdasarkan hasil audit oleh pihak eksternal maupun internal, audit administrasi klaim, dan/atau verifikasi paska klaim yang telah disepakati oleh **PARA PIHAK**;
j. Menjaga nama baik (reputasi) **PIHAK KEDUA**;
k. Membentuk Tim Pencegahan Kecurangan JKN sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
l. **PIHAK KESATU** menyediakan aplikasi yang akan dipergunakan oleh **PIHAK KEDUA** untuk kepentingan proses pendaftaran pelayanan Peserta JKN-KIS untuk pencetakan surat eligibilitas yang kemudian akan dilakukan integrasi dengan Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) terbatas hanya yang berhubungan dengan administrasi klaim **PIHAK KEDUA**;
m. Menyediakan *Person in Charge (PIC)* yang memiliki fungsi pemberian informasi dan penanganan pengaduan Peserta Jaminan Kesehatan terkait pelayanan kepesertaan **PIHAK KESATU**;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

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, dengan ketentuan teknis sebagaimana diatur di dalam Lampiran Perjanjian;

o. Memiliki kebijakan/pedoman dan melaksanakan prinsip *Good Corporate Governance.*

(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 verifikasi dan audit kepada **PIHAK KESATU**;

e. Menerima kekurangan pembayaran dari **PIHAK KESATU** dalam hal terjadinya kekurangan bayar berdasarkan hasil audit oleh auditor internal dan eksternal yang melakukan pengawasan terhadap **PIHAK KESATU**;

f. Apabila setelah memberikan klarifikasi dan informasi sebagaimana dimaksud pada huruf d di atas, **PARA PIHAK** belum menemukan kesepakatan, maka **PARA PIHAK** dapat mengajukan penyelesaian sesuai dengan hirarki penyelesaian sesuai ketentuan perundang-undangan;

g. Memberikan klarifikasi dan jawaban secara tertulis terhadap teguran dari **PIHAK KESATU**;

h. Mengusulkan penambahan lingkup pelayanan yang belum ada di dalam Perjanjian, untuk selanjutnya dilakukan mekanisme sebagaimana dimaksud di dalam Pasal 3 ayat (2) Perjanjian ini;

i. Mendapatkan jaminan perlindungan keamanan pada saat berada di area wilayah kantor **PIHAK KESATU**.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

(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, dan tidak melakukan pembatasan hari perawatan kepada peserta Jaminan Kesehatan selain atas indikasi medis kepada Peserta JKN;

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 mudah diakses oleh Peserta untuk kepentingan proses administrasi pelayanan Peserta JKN-KIS, yang secara fungsional telah memenuhi persyaratan yang ditentukan **PIHAK KESATU**, yang kemudian akan digunakan dalam rangka integrasi dengan Aplikasi **PIHAK KESATU**;

e. Menyediakan data dan informasi tentang Sumber Daya Manusia Klinis, sarana prasarana, peralatan medis, sistem antrian, jadwal tindakan medis operatif 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 memberikan rekam medis berupa ringkasan rekam medis (resume medis). Dalam hal dibutuhkan untuk menindaklanjuti hasil audit dan/atau verifikasi paska klaim, **PIHAK KESATU** dapat melihat rekam medis sesuai dengan ketentuan perundang-undangan;

f. Dalam hal **PIHAK KESATU** dilakukan audit oleh Auditor Eksternal dan Internal sesuai ketentuan perundang-undangan, kemudian terbukti terjadi kelebihan pembayaran, maka **PIHAK KEDUA** selaku pihak terkait berkewajiban memberikan konfirmasi dan mengembalikan kelebihan pembayaran tersebut;

g. Menyediakan unit yang memiliki fungsi pemberian informasi dan penanganan pengaduan Peserta Jaminan Kesehatan terkait layanan peserta oleh **PIHAK KEDUA**;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

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 KESATU**;
j. Membentuk Tim Pencegahan Kecurangan JKN sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
k. Memberikan informasi kepada Peserta dan **PIHAK KESATU** dalam hal terjadinya pengurangan atau penghentian sebagian operasional pelayanan kesehatan yang menyebabkan Peserta tidak bisa lagi mendapatkan pelayanan tersebut, baik untuk jangka waktu sementara ataupun seterusnya;
l. Memberikan laporan rutin setiap bulannya kepada **PIHAK KESATU** dalam hal Peserta Jaminan Kesehatan meninggal dunia, serta bertanggung jawab terhadap kebenaran data tersebut;
m. Memiliki kebijakan/pedoman dan melaksanakan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance;*
n. Melaksanakan Program Rujuk Balik sesuai ketentuan perundang-undangan;
o. Memberikan pakta integritas single login bagi setiap user yang berwenang melaksanakan operasional sistem informasi milik **PIHAK KESATU** dan memberitahukan secara tertulis apabila terdapat pergantian user **PIHAK KEDUA**.

PASAL 5
KERAHASIAAN INFORMASI

(1) **PARA PIHAK** termasuk pegawainya diwajibkan untuk 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.
(2) **PARA PIHAK** 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

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

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 izin 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.

(3) Pengetahuan dan informasi rahasia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:

a. Informasi mengenai pasien.
b. Informasi mengenai alasan penolakan klaim.
c. Informasi mengenai rincian klaim.
d. Informasi rahasia lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(4) Pelaksanaan integrasi Aplikasi **PIHAK KESATU** 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
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 KESATU** menjamin Peserta atas kelas/kamar perawatan yang ditentukan sebagai berikut:

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

a. hak ruang perawatan kelas III bagi:
   1) Peserta PBI Jaminan Kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah; dan
   2) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III;
   3) Peserta Penerima Upah yang mengalami PHK beserta keluarganya;
b. hak ruang perawatan kelas II bagi:
   1) Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
   2) Prajurit dan penerima pensiun Prajurit yang setara PNS golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
   3) Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara PNS golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
   4) Peserta PPU selain angka 1 sampai dengan angka 3, kepala desa dan perangkat desa, dan Pekerja/pegawai sesuai ketentuan perundang-undangan, dengan Gaji atau Upah sampai dengan Rp4.000.000,00 (empat juta rupiah);
   5) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.
c. hak ruang perawatan kelas I bagi:
   1) Pejabat Negara dan anggota keluarganya;
   2) Pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah beserta anggota keluarganya;
   3) Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
   4) Prajurit dan penerima pensiun Prajurit yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
   5) Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
   6) Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

7) Janda, duda, atau anak yatim dan/atau piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan;

8) Peserta Pekerja Penerima Upah selain angka 1) sampai dengan angka 5), kepala desa dan perangkat desa, dan Pekerja/pegawai sesuai ketentuan perundang-undangan, dengan Gaji atau Upah lebih dari Rp4.000.000,00 (empat juta rupiah); dan

9) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.

(3) Peserta 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

(4) Selisih antara biaya yang dijamin oleh **PIHAK KESATU** dengan biaya akibat peningkatan pelayanan dapat dibayar oleh:

a. Peserta yang bersangkutan;

b. Pemberi kerja; atau

c. asuransi kesehatan tambahan.

(5) 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.

(6) Untuk peserta yang melakukan pindah kelas perawatan atas permintaan sendiri dalam satu episode perawatan hanya diperbolehkan untuk satu kali pindah kelas perawatan.

(7) Bagi peserta yang menginginkan kelas pelayanan rawat inap yang lebih tinggi dari haknya, harus membayar selisih biaya setiap episode rawat inap dengan ketentuan:

a. Peningkatan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya hanya dapat dilakukan satu tingkat lebih tinggi dari kelas yang menjadi hak peserta.

b. Pembayaran Selisih Biaya dilakukan dengan ketentuan:

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

1) untuk peningkatan kelas pelayanan rawat inap dari kelas 3 ke kelas 2, 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 dengan hak Peserta;
2) untuk peningkatan kelas pelayanan rawat inap di atas kelas 1, harus membayar Selisih Biaya paling banyak sebesar 75% (tujuh puluh lima perseratus) dari Tarif INA-CBG Kelas 1. Kelas pelayanan rawat inap di atas kelas 1 meliputi VIP/VVIP/ Super VIP/Suite.

(8) Ketentuan mengenai selisih biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (7) diatas ditetapkan oleh direktur/kepala rumah sakit, kepala daerah, atau pemilik rumah sakit sesuai dengan status kepemilikannya.

(9) **PIHAK KEDUA** wajib menginformasikan ketentuan mengenai selisih biaya kepada penjamin sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) Pasal ini, sebelum peserta menerima pelayanan di atas kelas yang menjadi haknya.

(10) 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.

(11) 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 KESATU** membayar kepada **PIHAK KEDUA** sesuai dengan kelas dimana peserta dirawat.

(12) Bila semua kelas perawatan di rumah sakit tersebut penuh maka **PIHAK KEDUA** menawarkan untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan yang setara dengan difasilitasi oleh **PIHAK KEDUA** dan berkoordinasi dengan **PIHAK KESATU.**

(13) **PIHAK KEDUA** wajib memberitahukan kepada Peserta konsekuensi yang timbul (perkiraan selisih biaya) dari hal berkehendak mengambil kelas/kamar perawatan

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

di atas haknya dan meminta kepada Peserta untuk menandatangani surat pernyataan bersedia membayar selisih biaya yang timbul.

PASAL 7
TARIF PELAYANAN KESEHATAN

(1) Tarif pelayanan kesehatan di **PIHAK KEDUA** ditetapkan berdasarkan hasil kesepakatan tingkat provinsi antara **PIHAK KESATU** dengan perwakilan Asosiasi Fasilitas Kesehatan di setiap Provinsi dengan mengacu pada standar tarif INA-CBG yang ditetapkan oleh Menteri.

(2) **PIHAK KEDUA** bersama-sama **PIHAK KESATU** wajib memastikan bahwa *software* INA-CBG yang akan digunakan untuk mengajukan tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan kelompok tarif dan regionalisasi yang berlaku.

(3) Tarif pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang dilakukan **PIHAK KEDUA** diberlakukan tarif INA-CBG berdasarkan kelompok tarif Rumah Sakit Pemerintah Kelas A sesuai klasifikasi rumah sakit dan regional tarif 1.

(4) Apabila pada pertengahan masa berlakunya Perjanjian ini **PIHAK KEDUA** mendapatkan perubahan kelas RS yang dibuktikan dengan Surat Izin Operasional yang diberikan oleh Menteri atau Pemerintah Daerah Provinsi atau Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, maka **PIHAK KESATU** akan melakukan rekredensialing terhadap pemenuhan kriteria teknis yang dipersyaratkan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(5) Dalam hal ditemukan ketidaksesuaian kelas rumah sakit berdasarkan ketentuan peraturan perundang- undangan, maka **PIHAK KESATU** akan melaporkan kepada Menteri untuk dilakukan reviu kelas rumah sakit.

(6) Pembayaran klaim didasarkan pada tarif INA-CBG yang berlaku sebelum pemberitahuan tertulis tentang perubahan klasifikasi Rumah Sakit sampai dengan diterbitkannya rekomendasi penetapan hasil reviu kelas rumah sakit oleh Kementerian Kesehatan.

(7) Hasil reviu kelas rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diatas dijadikan dasar penyesuaian kontrak oleh **PARA PIHAK**.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

(8) Pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang diberikan **PIHAK KEDUA** merupakan salah satu komponen yang dibayarkan dalam paket *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG).

(9) Penggunaan obat diluar Formularium Nasional/diluar restriksi dan atau peresepan maksimal hanya dimungkinkan setelah mendapat rekomendasi dari Komite Farmasi dan Terapi dengan persetujuan Komite Medik atau Kepala/Direktur rumah sakit yang biayanya sudah termasuk dalam tarif INA-CBG dan tidak boleh dibebankan kepada peserta.

(10) Pelayanan Alat Kesehatan sudah termasuk dalam paket (INA-CBG). **PIHAK KEDUA** dan jejaringnya wajib menyediakan alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan oleh Peserta sesuai indikasi medis.

(11) Pelayanan obat penyakit kronis dan obat kemoterapi dibayarkan berdasarkan tarif diluar paket INA-CBG sesuai ketentuan yang berlaku.

(12) Pelayanan obat sebagaimana dimaksud pada ayat (11) di atas diberikan oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) atau Apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Dalam hal pelayanan obat tersebut dilakukan oleh IFRS, maka pelayanan obat diluar paket INA-CBG termasuk ke dalam lingkup Perjanjian ini.

(13) Pelayanan alat bantu kesehatan yang diberikan **PIHAK KEDUA** dibayarkan berdasarkan tarif di luar paket INA-CBG sesuai ketentuan yang berlaku.

(14) Pelayanan alat bantu kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (13) diberikan oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) atau jejaringnya, kecuali untuk pelayanan kacamata diberikan oleh Optik yang bekerja sama dengan **PIHAK KESATU**. Dalam hal pelayanan alat bantu kesehatan tersebut dilakukan oleh IFRS, maka pelayanan alat bantu kesehatan tersebut termasuk ke dalam lingkup Perjanjian ini.

PASAL 8
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.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

PASAL 9
JANGKA WAKTU PERJANJIAN

(1) Perjanjian ini berlaku untuk 1 (satu) tahun dan secara efektif berlaku terhitung sejak tanggal 1 Januari 2022 dan berakhir pada tanggal 31 Desember 2022.

(2) Selambat-lambatnya 6 (enam) 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 KESATU** akan melakukan penilaian kembali (rekredensialing) terhadap **PIHAK KEDUA** sesuai ketentuan yang berlaku.

PASAL 10
VERIFIKASI PASKA KLAIM DAN AUDIT ADMINISTRASI KLAIM

(1) **PIHAK KESATU** melakukan Verifikasi Paska Klaim secara berkala setiap bulan terhadap klaim 1 (satu) bulan pembebanan sebelumnya, dengan cara melakukan pengecekan kelengkapan dan kesesuaian berkas klaim berdasarkan kesesuaian koding dengan diagnosa; kesesuaian kaidah koding; panduan manual verifikasi klaim; dan hasil kesepakatan dengan Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya.

(2) **PIHAK KESATU** menyampaikan hasil verifikasi paska klaim dan rekomendasi kepada **PIHAK KEDUA**. Terhadap klaim yang tidak sesuai ketentuan dan dinyatakan terjadi kekurangan pembayaran oleh **PIHAK KESATU** maka **PIHAK KESATU** wajib membayarkan kekurangan, sebaliknya terhadap kelebihan pembayaran, maka **PIHAK KEDUA** wajib melakukan pengembalian sesuai ketentuan.

(3) Dalam hal masih terdapat ketidaksepakatan terhadap hasil verifikasi paska klaim, selanjutnya dilakukan eskalasi penyelesaian secara tertulis kepada Tim PK-JKN Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan seterusnya sesuai ketentuan perundang-undangan.

(4) Tim PK-JKN **PIHAK KESATU** melaksanakan Audit Administrasi Klaim sekurang-kurangnya 2 (dua) kali dalam setahun hanya dalam hal terdapat kondisi

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

terindikasi penyalahgunaan pelayanan kesehatan yaitu pada kondisi: indikasi penyalahgunaan pelayanan kesehatan dari hasil verifikasi paska klaim; *utilization review; whistle blowing system*; laporan hasil audit oleh auditor internal atau auditor eksternal; dan atau adanya permintaan penyelidikan khusus terhadap kasus atau data tertentu pada periode waktu tertentu dari auditor internal, auditor eksternal, dan/atau pihak lain yang berwenang.

(5) Tim PK-JKN **PIHAK KESATU** menyampaikan hasil audit administrasi klaim kepada **PIHAK KEDUA** dengan ditembuskan kepada Tim PK-JKN Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

(6) Dalam hal terdapat ketidaksepakatan hasil audit administrasi klaim, maka selanjutnya dilakukan eskalasi penyelesaian secara tertulis kepada Tim PK-JKN Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan seterusnya sesuai ketentuan perundang-undangan.

PASAL 11
MONITORING DAN EVALUASI

(1) **PIHAK KESATU** melakukan penilaian penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** secara berkala melalui:

1. *Utilization Review (UR).*
2. Penilaian *customer feedback*/umpan balik pelanggan yaitu pengambilan *survey* terhadap peserta yang mendapatkan pelayanan **PIHAK KEDUA**.
3. Penilaian kepatuhan terhadap komitmen mutu pelaksanaan perjanjian.
4. Evaluasi potensi rujuk balik yang dilakukan **PARA PIHAK** sekurang-kurangnya 1 (satu) kali dalam setahun.
5. Reviu pelaksanaan fungsi Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) kepada **PIHAK KEDUA**, antara lain:
   a. Tingkat kehadiran/ koordinasi petugas dan penyelesaian pengaduan sesuai *Service Level Agreement (SLA)* dan kualitas pencatatan SIPP.
   b. Umpan balik tingkat kepuasan peserta terhadap layanan melalui *customer feedback.*
   c. Identifikasi dan analisa penyebab/kendala pelaksanaan fungsi PIPP RS di Rumah Sakit.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

(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 Pasal 9 ayat (3) Perjanjian ini, sekurang-kurangnya 2 (dua) kali dalam satu jangka waktu Perjanjian.

(4) **PARA PIHAK** melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penyelenggaraan pelayanan bersama-sama dengan Dinas Kesehatan, PERSI setempat, akademisi dan profesi sesuai kewenangannya, terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

(5) 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.

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) 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

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

klarifikasi kepada **PIHAK** lain secara tertulis dengan tembusan ke Dinas Kesehatan setempat, PERSI setempat dan Badan Pengawas Rumah Sakit.

(2) **PIHAK KESATU** dapat mengakhiri Perjanjian (tidak melanjutkan kerja sama) apabila **PIHAK KEDUA** tidak lulus atau tidak memenuhi standar pada tahap evaluasi sebagaimana dimaksud pada Pasal 11 ayat (3) dan (4) sesuai ketentuan perundang-undangan; atau dapat melanjutkan perjanjian dengan ketentuan yang ditetapkan oleh perundang-undangan.

(3) Dalam hal **PIHAK KEDUA** memungut biaya tambahan kepada Peserta diluar ketentuan dan/atau melanggar ketentuan sebagaimana diatur dalam Perjanjian ini, maka **PIHAK KESATU** berhak melakukan teguran tertulis kepada **PIHAK KEDUA** maksimal sebanyak 3 (tiga) kali dengan tenggang waktu masing-masing surat teguran minimal 30 (tiga puluh) hari kalender, dengan tembusan ke Dinas Kesehatan, PERSI setempat, dan Badan Pengawas Rumah Sakit.

(4) Apabila **PIHAK KESATU** 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 yang dibuktikan dari hasil pemeriksaan Tim Audit Internal maupun Eksternal atau laporan rekomendasi hasil investigasi Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan 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 14 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 dilaksanakan kembali paling cepat dalam jangka waktu 1 (satu) tahun sejak pengakhiran Perjanjian.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

(8) Dalam hal keterlambatan pembayaran oleh **PIHAK KESATU**, maka **PIHAK KESATU** 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.

(10) Dalam hal ditemukan Surat Izin Praktek (SIP) Dokter **PIHAK KEDUA** yang tidak sesuai ketentuan perundang-undangan, maka **PIHAK KESATU** tidak dapat membayarkan biaya pelayanan kesehatan dimaksud.

(11) Dalam hal terdapat kekurangan pembayaran atau pengembalian kelebihan pembayaran oleh **PARA PIHAK** sebagaimana dimaksud pada Pasal 4 dan Pasal 10 Perjanjian ini, maka dilakukan melalui:

a. Pengembalian langsung;
b. Pemotongan pada pembayaran klaim pelayanan kesehatan bulan berikutnya dengan besaran sesuai kesepakatan **PARA PIHAK**; atau
c. Pembayaran secara bertahap, paling lambat diselesaikan sebelum masa Perjanjian berakhir.

Yang dituangkan ke dalam Berita Acara Pembayaran Kekurangan atau Pengembalian Kelebihan Pembayaran Klaim.

PASAL 14
PENGAKHIRAN PERJANJIAN

(1) Perjanjian ini dapat dibatalkan dan atau diakhiri oleh salah satu Pihak sebelum habis 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) kali, dengan tembusan ke Dinas Kesehatan, PERSI dan BPRS setempat. Pengakhiran berlaku efektif

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

pada tanggal surat pemberitahuan pengakhiran Perjanjian ini dari Pihak yang dirugikan.

c. Izin operasional dicabut karena **PIHAK KEDUA** mendapat sanksi administratif dari Pemerintah. Pengakhiran berlaku efektif pada saat pencabutan izin operasional **PIHAK KEDUA** oleh Pemerintah.

d. Izin operasional **PIHAK KEDUA** berakhir. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal habis masa berlakunya izin operasional, dikecualikan pada kondisi Bencana Nasional atau Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Corona Virus Disease 2019 (COVID-19). Selanjutnya, **PIHAK KEDUA** wajib menyampaikan salinan pernyataan komitmen penyelenggaraan/operasional fasilitas pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada instansi yang berwenang memberikan izin. Salinan surat pernyataan komitmen tersebut, dan hasil konfirmasi dari instansi yang berwenang memberikan izin, dilampirkan sebagai bagian dari Perjanjian.

e. Salah satu Pihak dinyatakan bangkrut atau pailit oleh pengadilan. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal dikeluarkannya keputusan bangkrut atau pailit oleh Pengadilan.

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, dikecualikan pada kondisi Bencana Nasional atau Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Corona Virus Disease 2019 (COVID-19). Selanjutnya, **PIHAK KEDUA** wajib menyampaikan salinan pernyataan komitmen untuk menjaga dan melakukan upaya peningkatan mutu yang ditujukan kepada Kementerian Kesehatan. Salinan surat pernyataan komitmen tersebut, dan hasil konfirmasi dari Kementerian Kesehatan, dilampirkan sebagai bagian dari Perjanjian.

h. Salah satu **PIHAK** menerima *relaas* gugatan perdata dari **PIHAK** lainnya yang berkaitan dengan ketentuan pelaksanaan perjanjian ini, maka Perjanjian dinyatakan berakhir pada saat *relaas* gugatan tersebut diterima.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

i. Salah satu **PIHAK** sedang dalam permasalahan hukum yang berpotensi mempengaruhi penyelenggaraan pelayanan kepada Peserta.

(2) Dalam hal salah satu **PIHAK** bermaksud untuk mengakhiri Perjanjian ini secara sepihak sebelum berakhirnya Jangka Waktu Perjanjian, maka wajib memberikan pemberitahuan tertulis kepada **PIHAK lainnya** mengenai maksudnya tersebut sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan sebelumnya.

(3) **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.

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

(5) Pengakhiran Perjanjian sebagaimana dimaksud pada Pasal ini, dituangkan ke dalam Berita Acara Kesepakatan Pengakhiran Perjanjian yang berlaku efektif sejak ditandatangani oleh **PARA PIHAK.** Apabila terdapat pelayanan *life saving* contohnya Hemodialisa, Thalassemia, Hemofilia, Kemoterapi maka untuk kesinambungan pelayanan maka **PARA PIHAK** membuat Addendum Perjanjian dalam jangka waktu yang disepakati bersama untuk keperluan pemindahan pelayanan dimaksud ke *provider* lain yang bekerja sama dengan **PIHAK KESATU.**

(6) Apabila pada jangka waktu pelaksanaan Perjanjian, **PIHAK KEDUA** terdapat rencana perubahan terhadap hal-hal yang kemudian akan berpengaruh pada perubahan Surat Izin Operasional sebagai persyaratan wajib kerja sama, maka:

a. **PIHAK KEDUA** wajib menginformasikan rencana perubahan tersebut pada saat Perjanjian akan ditandatangani, atau memberitahukan secara tertulis selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan sebelum perubahan dilakukan atau berproses. Rencana perubahan sebagaimana dimaksud, meliputi perubahan:

1) Badan hukum;

2) Nama;

3) Kepemilikan modal;

4) Jenis pelayanan;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

5) Klasifikasi dan atau

6) Alamat/lokasi.

b. Sebagai tindak lanjut Perjanjian dilaksanakan sebagai tercantum pada Lampiran Perjanjian.

c. Apabila terjadi keterlambatan penyampaian informasi perubahan sebagaimana dimaksud pada huruf a, yaitu dilakukan setelah lewat tanggal mulai berlakunya perubahan dimaksud, maka Perjanjian yang dilaksanakan mulai tanggal berlakunya perubahan tersebut dapat ditinjau kembali.

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, pemogokan umum, kebakaran, dan kebijaksanaan Pemerintah yang berpengaruh secara langsung terhadap pelaksanaan Perjanjian ini.

(2) Dalam hal terjadinya peristiwa *Force Majeure*, maka Pihak yang terhalang untuk melaksanakan kewajibannya tidak dapat dituntut oleh Pihak lainnya. Pihak yang terkena *Force Majeure* wajib memberitahukan adanya peristiwa *Force Majeure* tersebut kepada Pihak yang lain secara tertulis paling lambat 14 (empat belas) hari kalender sejak saat terjadinya peristiwa *Force Majeure*, yang dikuatkan oleh surat keterangan dari pejabat yang berwenang yang menerangkan adanya peristiwa *Force Majeure* tersebut. Pihak yang terkena *Force Majeure* wajib mengupayakan dengan sebaik-baiknya untuk tetap melaksanakan kewajibannya sebagaimana diatur dalam Perjanjian ini segera setelah peristiwa *Force Majeure* berakhir.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

(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
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 KESATU** maupun **PIHAK KEDUA** untuk melaksanakan fungsi pemberian informasi dan penanganan pengaduan.

b. **PIHAK KESATU** maupun **PIHAK KEDUA** melalui petugas yang telah ditunjuk sebagai pemberian informasi dan penanganan pengaduan, menyampaikan permintaan informasi dan penanganan pengaduan kepada **PIHAK LAINNYA** melalui staf yang telah diberikan kewenangan, baik melalui 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.

d. Penyelesaian penanganan pengaduan dilaksanakan mengacu pada ketentuan sebagaimana dimaksud pada Lampiran.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

(3) Untuk mendukung terlaksananya fungsi tersebut di atas, maka **PIHAK KEDUA** menyediakan ruangan dan poster pemberian informasi dan penanganan pengaduan yang lokasinya strategis dan mudah diakses.

PASAL 17
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), 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.

(4) Mengenai Perjanjian ini dan segala akibatnya, **PARA PIHAK** memilih kediaman hukum atau domisili yang tetap dan umum di Kantor Panitera Pengadilan Negeri Kabupaten Klaten.

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 faksimile dan dialamatkan kepada:

PIHAK KESATU: BPJS Kesehatan Cabang Boyolali
Jl. Randu Asri, Siswodipuran, Boyolali
u.p. : Kepala Cabang Boyolali

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

Telepon : (0276) 321288
Email : kc-boyolali@bpjskesehatan.go.id

PIHAK KEDUA: RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
Jl. Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
u.p. : Direktur Utama RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
Telepon : 0272 – 326060 / 321104
Email : rsupsoeradji_klaten@yahoo.com

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

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

PASAL 19
PENYELESAIAN KLAIM *DISPUTE*

(1) Klaim yang telah dinyatakan *dispute*, dikecualikan dari masa kadaluarsa klaim sebagaimana dimaksud pada Pasal 12 Perjanjian ini

(2) Klaim dispute sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
   a. Klaim *dispute* medis;
   b. Klaim *dispute* koding;
   c. Klaim *dispute* obat;
   d. Klaim *dispute* koodinasi pemberian manfaat.

(3) Pembahasan klaim *dispute* dilakukan oleh **PARA PIHAK**, dan dapat melibatkan pihak eksternal yaitu Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB), organisasi atau pakar koding INA CBG dan atau pemangku kepentingan terkait.

(4) Penyelesaian klaim *dispute* dilakukan secara berjenjang

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

a. Tingkat Kantor Cabang,
b. Tingkat Provinsi oleh Kedeputian Wilayah, menyelesaikan eskalasi dari Kantor Cabang.
c. Tingkat Pusat, menyelesaikan eskalasi dari Kedeputian Wilayah.
   1) Penyelesaian klaim *dispute* medis dan *dispute* koding dilakukan bersama Kementerian Kesehatan, dapat didahului dengan atau tanpa pembahasan bersama TKMKB Pusat dan atau ahli atau pakar koding INA CBG.
   2) Dalam hal terdapat ketidaksepakatan penyelesaian klaim *dispute* dengan Kementerian Kesehatan, maka diteruskan kepada Dewan Pertimbangan Klinis (DPK) dan atau pemangku kepentingan terkait.

(5) Penyelesaian klaim *dispute* berlaku di Kantor Cabang atau Kedeputian Wilayah setempat jika penetapan kesepakatan kasus yang diselesaikan atau kasus selanjutnya yang sama berasal dari rekomendasi TKMKB Cabang atau TKMKB Provinsi.

(6) Penyelesaian klaim *dispute* berlaku secara nasional jika penetapan kesepakatan antara Kantor Pusat **PIHAK KESATU** dengan Kementerian Kesehatan dituangkan dalam bentuk Peraturan perundang-undangan; Surat Edaran Menteri Kesehatan; atau Berita Acara Kesepakatan.

(7) Penyelesaian klaim *dispute* koordinasi pemberian manfaat dilakukan dengan melibatkan Penyelenggara Jaminan, Kementerian/Lembaga terkait dan atau Lembaga lainnya dengan mempertimbangkan pendapat dari organisasi profesi kesehatan.

(8) Standar waktu penyelesaian klaim *dispute* sebagaimana tercantum pada Lampiran Perjanjian ini.

PASAL 20

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**.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

(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.

(3) Perubahan

a. Perjanjian ini dapat diubah atau ditambah dengan suatu Perjanjian perubahan atau tambahan (addendum/amandemen) yang ditandatangani oleh **PARA PIHAK** dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini. **PIHAK** yang bermaksud merubah atau menambah Perjanjian, menyampaikan maksudnya secara tertulis kepada **PIHAK** lainnya;

b. Dalam hal dilakukan Perjanjian perubahan dan atau tambahan (addendum/amandemen), maka **PARA PIHAK** dianggap telah melakukan koordinasi secara internal organisasi masing-masing;

c. Addendum/amandemen yang dilakukan termasuk dan tidak terkecuali pada penerapan peraturan **PIHAK KESATU** yang bersinggungan dengan **PIHAK KEDUA**;

d. Addendum/amandemen yang disepakati **PARA PIHAK** tidak berlaku mundur, kecuali telah ditetapkan oleh perundang-undangan;

e. Dalam hal terjadi perubahan Pejabat yang berwenang terkait perjanjian ini, maka dituangkan dalam Berita Acara yang menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.

(4) Batasan Tanggung Jawab

a. **PIHAK KESATU** tidak bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas dan pelayanan kesehatan dari **PIHAK KEDUA** kepada Peserta dan terhadap kerugian maupun tuntutan yang diajukan oleh Peserta kepada **PIHAK KEDUA** 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.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

b. Salah satu PIHAK tidak bertanggung jawab apabila terdapat permasalahan internal di Pihak lainnya, tidak terbatas pada kewenangan Pihak lainnya tersebut dalam menandatangani perjanjian yang dipermasalahkan oleh pihak ketiga.

(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. Dalam hal terdapat peraturan internal PIHAK KESATU yang diterima dari Kantor Pusat PIHAK KESATU, maka akan tidak akan diberlakukan surut, dikecualikan bagi peraturan lebih tinggi yang sesuai ketentuan regulasinya harus diberlakukan sejak tanggal diundangkan;

(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).

(7) Kesatuan

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

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

PIHAK KESATU	PIHAK KEDUA
BPJS KESEHATAN	RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO
CABANG BOYOLALI	KLATEN
Maya Susanti, SE.,MM	**dr. Endang Widyaswati, M.Kes.**
Manager	Direktur Utama

34

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

Lampiran I Perjanjian
Nomor: 583 /KTR/VI-05/1221
Nomor: HK.03.01/III.3.1/22377/2021

RUANG LINGKUP DAN PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN.

I. RUANG LINGKUP

1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)

1. Administrasi pelayanan; meliputi biaya pendaftaran peserta untuk berobat, penerbitan surat eligilibitas 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*, regimen kemoterapi, surat keterangan dokter penanggung jawab, surat rujukan (termasuk rujuk balik dan rujukan internal), catatan medis, lembar bukti pelayanan.
2. Termasuk di dalam pelayanan administrasi adalah melaksanakan pengelolaan koordinasi antar badan penyelenggara jaminan, termasuk memberikan penandaan kasus KLL, KK/PAK, melakukan edukasi kepada peserta dan mengimplementasikan sistem informasi yang telah dikembangkan antar Badan Penyelenggara.
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 spesialistik oleh dokter spesialis dan subspesialis sesuai dengan indikasi medis.
5. Tindakan medis spesialistik 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

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

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) adalah pelayanan yang bersifat perorangan, terbatas pada tubektomi (termasuk tubektomi interval) dan vasektomi, diberikan sesuai dengan indikasi medis, standar pelayanan dan memenuhi prinsip efektif serta efisien; sesuai indikasi medis yaitu pelayanan kesehatan diberikan berdasarkan kebutuhan medis pasien; standar pelayanan menggunakan KLOP (Kriteria Kelayakan Medis Dalam Penggunaan Kontrasepsi) WHO; prinsip efektif dan efisien melalui pemilihan metode efektivitas sama namun efisien serta dilakukan secara berjenjang. Pelayanan KB tersebut dikecualikan untuk pelayanan KB yang dibiayai pemerintah seperti alat dan obat kontrasepsi.
12. Rincian jenis pelayanan RJTL yang disepakati dalam PKS ini adalah sesuai hasil kredensialing/rekredensialing.

2. 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 subspesialistik 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

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

kesehatan (jenis dan besaran bantuan alat bantu kesehatan sesuai dengan Peraturan Menteri).

9. Pelayanan jenazah (pemulasaran jenazah) pada pasien yang meninggal dunia di Fasilitas Kesehatan berupa pembersihan dan pemandian jenazah dan tidak termasuk peti jenazah.
10. Persalinan sesuai ketentuan perundang-undangan.
11. Rincian jenis pelayanan RITL yang disepakati dalam PKS ini adalah sesuai hasil kredensialing/rekredensialing.

3. **Pelayanan Gawat Darurat**

1. Peserta yang memerlukan pelayanan gawat darurat dapat langsung memperoleh pelayanan di fasilitas PIHAK KEDUA.
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 berwenang menetapkan terpenuhinya kriteria gawat darurat sebagaimana dimaksud pada angka 2 diatas.
4. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan Kegawatdaruratan harus memiliki kompetensi kegawatdaruratan.

4. Pelayanan Obat

1. Peserta berhak mendapat pelayanan obat yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis.
2. Pelayanan obat diberikan pada pelayanan kesehatan rawat jalan dan/atau rawat inap baik di fasilitas PIHAK KEDUA.
3. Pelayanan obat bagi peserta Jaminan Kesehatan berpedoman pada Daftar Obat yang ditetapkan oleh Menteri yang dituangkan sebagai Formularium Nasional berikut dengan restriksi, peresepan maksimal dan ketentuan penerapan Formularium Nasional.
4. Pelayanan Obat di PIHAK KEDUA:

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

a. Obat yang termasuk dalam paket INA-CBG:

   Penyediaan obat yang termasuk dalam paket INA-CBG dilakukan oleh Instalasi Farmasi PIHAK KEDUA atau apotek jejaring PIHAK KEDUA.

b. Obat yang termasuk dalam top up INA-CBG:

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

c. Obat yang dapat ditagihkan di luar paket INA CBG, yaitu: Obat untuk penyakit kronis di PIHAK KEDUA; Obat kemoterapi.

d. Obat penyakit kronis di PIHAK KEDUA diberikan maksimum untuk 30 (tiga puluh) hari sesuai indikasi medis.

e. Obat penyakit kronis di PIHAK KEDUA diberikan untuk:

   1) penyakit kronis cakupan Program Rujuk Balik (Diabetes Melitus, Hipertensi, Penyakit Jantung, Asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK), Epilepsi, gangguan kesehatan jiwa kronik, stroke, dan *Syndroma Lupus Eritematosus* (SLE) dan penyakit kronis lain yang ditetapkan oleh Menteri) yang belum dapat dirujuk balik ke FKTP;

   2) serta penyakit kronis lain yang menjadi kewenangan PIHAK KEDUA.

f. Pemberian obat penyakit kronis di PIHAK KEDUA diberikan dengan cara sebagai bagian dari paket INA-CBG, diberikan minimal untuk 7 (tujuh) hari dan bila diperlukan tambahan hari pengobatan, obat diberikan terpisah di luar paket INA-CBG serta diklaimkan sebagai tarif Non INA-CBG, dan harus tercantum pada Forumularium Nasional.

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

5. Obat program pemerintah yang tidak dijamin oleh PIHAK KESATU antara lain obat untuk penyakit:

   a. HIV dan AIDS

   b. Tuberculosis (TB)

   c. Malaria

   d. Kusta

   e. Korban narkotika (rumatan methadon)

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

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 PIHAK KEDUA hanya dimungkinkan setelah mendapat rekomendasi dari Ketua Komite Farmasi dan Terapi (KFT) dengan persetujuan Komite Medik dan Kepala/Direktur Rumah Sakit, dan tidak dibebankan kepada peserta.

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 pada nomor telepon 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 provinsi, depo farmasi/apotek/instalasi farmasi Rumah Sakit pemesan obat), tanggal pemesanan obat, hasil konfirmasi dengan distributor setempat, hal-hal lain yang terkait.

5. Pelayanan Alat Kesehatan

1. Pelayanan Alat Kesehatan dapat diberikan pada pelayanan kesehatan rawat jalan dan/atau rawat inap.
2. Jenis dan plafon harga alat kesehatan sesuai dengan Kompendium Alat Kesehatan yang ditetapkan oleh Menteri.
3. 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*)

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

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 PIHAK KEDUA atau Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) atau Apotek atau Optikal yang bekerja sama dengan PIHAK KESATU. Khusus untuk kacamata disediakan oleh Optikal yang bekerja sama dengan PIHAK KESATU.
6. Plafon harga yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan untuk alat bantu kesehatan merupakan harga maksimal yang ditanggung oleh PIHAK KESATU apabila harga alat bantu kesehatan melebihi plafon harga yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan maka biaya tersebut ditanggung oleh peserta dan dibayarkan langsung ke fasilitas pemberi pelayanan.
7. Apabila atas indikasi medis PIHAK KEDUA meresepkan alat kesehatan di luar Kompendium alat kesehatan yang berlaku maka dapat digunakan alat kesehatan lain berdasarkan persetujuan Komite Medik dan kepala/direktur rumah sakit.
8. Pengadaan alat kesehatan dilakukan oleh PIHAK KEDUA 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 PIHAK KESATU adalah:
   - Untuk lensa spheris, minimal 0,5 Dioptri
   - Untuk lensa silindris minimal 0,25 Dioptri
2) Kacamata dapat diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali.
3) Apabila sebelum 2 tahun diperlukan penggantian kacamata oleh sebab apapun (perubahan ukuran, hilang, rusak dan sebab lain) maka tidak dapat dijamin oleh PIHAK KESATU.

b. Alat bantu dengar (hearing aid)

1) Pelayanan alat bantu dengar (*hearing aid*) diberikan atas rekomendasi dari dokter spesialis THT serta merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan oleh FKRTL yang bekerja sama.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

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 PIHAK KESATU tidak menjamin.

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

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

d. Prothesa gigi/gigi palsu

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

e. Korset Tulang Belakang *(Corset)*

1) Pelayanan Korset Tulang Belakang (*Corset*) merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada FKRTL yang bekerja sama.
2) Korset Tulang Belakang (*Corset*) dapat diberikan Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis.
3) Apabila sebelum 2 tahun diperlukan penggantian Korset Tulang Belakang (*Corset*) oleh sebab apapun maka PIHAK KESATU tidak menjamin.

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

1) Pelayanan Penyangga leher (*collar neck/cervical collar/neck brace*) merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada FKRTL yang bekerja sama.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

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 PIHAK KESATU tidak menjamin.

g. Alat bantu gerak berupa kruk penyangga tubuh

1) Pelayanan Alat bantu gerak berupa kruk penyangga tubuh merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada FKRTL yang bekerja sama.

2) Alat bantu gerak berupa kruk penyangga tubuh dapat diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali.

3) Apabila sebelum 5 tahun diperlukan penggantian kruk oleh sebab apapun maka PIHAK KESATU tidak menjamin.

10. Jenis Alat Bantu kesehatan yang dibayar diluar INA-CBG yang termasuk di dalam ruang lingkup Perjanjian ini yang disediakan oleh PIHAK KEDUA adalah:
    a. Alat bantu dengar (hearing aid);
    b. Prothesa alat gerak (kaki dan/atau tangan tiruan);
    c. Prothesa gigi/gigi palsu, Korset Tulang Belakang (Corset);
    d. Penyangga leher (collar neck/cervical collar/neck brace);
    e. Alat bantu gerak berupa kruk penyangga tubuh.

6. Pelayanan Rujukan Parsial

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

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

b. Pengiriman spesimen untuk pemeriksaan penunjang.

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

7. 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 PIHAK KESATU atau pada kasus gawat darurat dari Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan PIHAK KESATU ke Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama PIHAK KESATU dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien.
4. Pelayanan Ambulan hanya dijamin bila digunakan untuk:
   a. merujuk Peserta dari dan menuju Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan PIHAK KESATU sesuai indikasi medis; atau
   b. melakukan evakuasi pasien kasus gawat darurat yang sudah teratasi keadaan kegawatdaruratannya dari Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja ke Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan PIHAK KESATU.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

5. Tarif penggantian biaya pelayanan Ambulan sesuai dengan standar biaya ambulans yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Klaten.
6. Dalam kondisi pelayanan ambulans melintasi lebih dari 1 (satu) wilayah daerah Kabupaten Klaten sehingga terdapat lebih dari 1 (satu) tarif, tarif yang digunakan adalah tarif yang berlaku pada wilayah Fasilitas Kesehatan perujuk yaitu Kabupaten Klaten.
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; tenaga kesehatan yang ikut di dalam Ambulan; dan tenaga pengemudi.
8. Ruang lingkup Perjanjian ini meliputi penyelenggaraan pelayanan ambulan oleh PIHAK KEDUA. Ambulan yang digunakan oleh PIHAK KEDUA yaitu milik Sendiri.

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

Pelayanan CAPD merupakan benefit pelayanan dengan standar tarif sebagai berikut:

1. Standar Tarif untuk pemasangan pertama CAPD sesuai dengan tarif INA-CBG.
2. Tarif Penggunaan *consumables* dan jasa pada pelayanan CAPD serta Tarif Penggunaan Transfer set pada pelayanan CAPD sesuai standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.
3. FKRTL menyediakan dan mendistribusikan Consumable Set dan transfer set kepada pasien.

9. Pelayanan Kesehatan yang tidak dijamin.

1. Pelayanan atau hal-hal lain yang tidak termasuk jaminan yang ditanggung oleh PIHAK KESATU adalah sebagai berikut:
   a. pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan meliputi rujukan atas permintaan sendiri dan

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

pelayanan kesehatan lain yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

b. pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan PIHAK KESATU, kecuali dalam keadaan darurat;
c. pelayanan kesehatan terhadap penyakit atau cedera akibat Kecelakaan Kerja atau hubungan kerja yang telah dijamin oleh program jaminan Kecelakaan Kerja atau menjadi tanggungan Pemberi Kerja;
d. pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas sesuai hak kelas rawat Peserta
e. pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
f. pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
g. pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
h. pelayanan meratakan gigi atau 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;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

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

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

huruf l, dan kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah sebagaimana dimaksud pada angka 1 huruf p ditetapkan oleh Menteri.

II. PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN

1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)

1. Pelayanan kesehatan bagi Peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dan kompetensi Fasilitas Kesehatan dimulai dari FKTP Peserta terdaftar, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis
2. Pelayanan RJTL merupakan kelanjutan dari pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), berdasarkan surat rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
3. Peserta datang ke PIHAK KEDUA dan mengikuti prosedur umum pelayanan kesehatan dengan membawa surat rujukan dari FKTP.
4. Peserta menunjukkan identitas Peserta JKN yaitu Kartu JKN-KIS (fisik/digital), Kartu Tanda Penduduk (KTP) kepada PIHAK KEDUA.
5. PIHAK KEDUA menerbitkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) setelah memastikan status kepesertaan aktif.
6. PIHAK KEDUA memberikan pelayanan kesehatan sesuai indikasi medis.
7. 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.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

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 PIHAK KEDUA dan mengikuti prosedur umum pelayanan kesehatan serta membawa surat perintah rawat inap dari poli atau unit gawat darurat sesuai ketentuan program Jaminan Kesehatan yang berlaku.
2. Peserta menyatakan akan mengunakan 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. PIHAK KEDUA 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.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

8. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing PIHAK KEDUA.
9. Setelah perawatan pasien selesai, pasien dapat kembali untuk melakukan kontrol ulang sesuai indikasi medis, dan selanjutnya pasien dirujuk kembali ke FKTP terdaftar.
10. PIHAK KEDUA wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam Aplikasi Sistem Informasi Manajemen yang telah disediakan PIHAK KESATU.
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 PIHAK KEDUA

1. Pemberian jaminan persalinan sebagaimana pemberian jaminan perawatan tingkat lanjutan.
2. Prosedur pelayanan sesuai dengan ketentuan pelayanan di PIHAK KEDUA.
3. Manfaat jaminan kesehatan juga berlaku bagi bayi baru lahir dari Peserta paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan.
4. Pendaftaran kepesertaan bagi bayi baru lahir dilakukan sesuai ketentuan perundang-undangan sebagai berikut:

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

a) Bayi baru lahir dari ibu yang telah terdaftar sebagai Peserta Jaminan Kesehatan wajib didaftarkan kepada PIHAK KESATU paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan.
b) Bayi yang dilahirkan oleh ibu kandung yang terdaftar sebagai Peserta PBI Jaminan Kesehatan secara otomatis ditetapkan sebagai Peserta PBI Jaminan Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
c) Pendaftaran bayi sebagaimana dimaksud pada angka 4 huruf a) mengaktifkan status kepesertaan bayi untuk mendapatkan manfaat jaminan pelayanan kesehatan selama waktu 28 (dua puluh delapan) hari sejak bayi dilahirkan dan masih dalam perawatan.
d) Untuk mendapatkan manfaat jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud pada angka 4 huruf c), bayi baru lahir harus dipastikan status kepesertaannya selambat-lambatnya 3 (tiga) hari kerja sejak yang bersangkutan dirawat atau sebelum selesai perawatan apabila dirawat kurang dari 3 (tiga) hari.

5. Penjaminan bayi baru lahir dari persalinan spontan dengan kondisi sehat termasuk dalam satu episode dengan pelayanan ibunya.
6. Penjaminan Bayi Baru Lahir dengan kondisi yang memerlukan perawatan tersendiri mengikuti prosedur sebagai berikut:
   a. Setelah peserta mendapatkan nomor identitas JKN-KIS bayi setelah melakukan pendaftaran sebagaimana dimaksud pada angka 4 diatas, kemudian melengkapi syarat administrasi penerbitan SEP di PIHAK KEDUA dalam waktu 3 x 24 jam hari kerja setelah masuk rawat inap atau sebelum pulang/meninggal/dirujuk apabila dirawat kurang dari 3 x 24 jam, dan kepesertaan dalam status aktif.
   b. PIHAK KEDUA memberikan pelayanan kesehatan sesuai indikasi medis.
   c. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing PIHAK KEDUA.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

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

D. Pelayanan Darah

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

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 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 Optikal) 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. Peserta menunjukkan identitas Peserta JKN yaitu Kartu JKN-KIS (fisik/digital), Kartu Tanda Penduduk (KTP) kepada PIHAK KEDUA.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

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

G. Pelayanan Rujuk Balik

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

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

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 PIHAK KESATU.

PIHAK KESATU	PIHAK KEDUA
BPJS KESEHATAN	RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO
CABANG BOYOLALI	KLATEN
Maya Susanti, SE.,MM	**dr. Endang Widyaswati, M.Kes.**
Manager	Direktur Utama

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

Lampiran II Perjanjian
Nomor: 583 /KTR/VI-05/1221
Nomor: HK.03.01/III.3.1/22377 /2021

TATA CARA PENGAJUAN DAN PEMBAYARAN KLAIM
PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN

1. PIHAK KEDUA mengajukan klaim pelayanan kesehatan secara kolektif kepada Kantor Cabang/Kantor Layanan Operasional Kab/Kota PIHAK KESATU secara periodik dan lengkap setiap bulannya yang dilengkapi dengan dokumen pengajuan klaim.
2. Dalam satu bulan PIHAK KEDUA dapat mengajukan masing-masing dengan interval waktu pengajuan minimal 10 (sepuluh) hari yaitu:
   a. **klaim reguler** sebanyak maksimal satu kali antara tanggal 1 sampai dengan maksimal tanggal 15 dengan ketentuan sebagai berikut:
      1) Pengajuan klaim reguler adalah satu bulan pelayanan penuh atau minimal 75% dari jumlah SEP terbit.
      2) Dalam hal PIHAK KEDUA tidak dapat mengajukan klaim reguler sebagaimana dimaksud pada huruf a angka 1), maka klaim susulan belum dapat diajukan pada bulan yang sama.
      3) Dalam hal PIHAK KEDUA ingin mencapai kualitas klaim N-1, PARA PIHAK dapat membuat kesepakatan jadwal pengajuan klaim reguler yang belum diajukan, untuk dituangkan dalam Berita Acara Kesepakatan yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini dengan ketentuan tidak melewati batas kadaluarsa klaim.

   b. klaim susulan
3. Tarif yang digunakan oleh PIHAK KEDUA sesuai dengan kelas Rumah Sakit yang berlaku dan Regionalisasi Tarif sesuai kesepakatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan mengacu pada regulasi yang ditetapkan oleh Menteri.
4. PIHAK KESATU menerbitkan bukti penerimaan klaim kepada PIHAK KEDUA setelah PIHAK KEDUA mengajukan klaim kepada PIHAK KESATU (berupa *soft copy*/melalui aplikasi dan *hard copy*) pada hari dan tanggal PIHAK KEDUA menyerahkan klaim

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

5. PIHAK KESATU harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari kalender sejak klaim diajukan oleh PIHAK KEDUA dan diterima oleh PIHAK KESATU.
6. Dalam hal klaim yang diajukan oleh PIHAK KEDUA tidak memenuhi kelengkapan berkas klaim, PIHAK KESATU mengembalikan seluruh berkas klaim kepada PIHAK KEDUA dan mengeluarkan berita acara pengembalian berkas klaim.
7. Dalam hal PIHAK KESATU tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 (sepuluh) hari kalender sebagaimana dimaksud pada angka 5, berkas klaim dinyatakan lengkap.
8. Hari ke 10 (sepuluh) sebagaimana dimaksud pada angka 7 dihitung mulai hari pengajuan klaim PIHAK KEDUA yang ditandai dengan penerbitan bukti penerimaan klaim.
9. Persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan di PIHAK KEDUA adalah sebagai berikut:
   a. kelengkapan administrasi umum yang terdiri atas:
      1) Surat pengajuan klaim yang ditandatangani oleh Pimpinan PIHAK KEDUA atau pejabat setingkat Direktur yang diberi kewenangan;
      2) Kuitansi asli bermaterai; dan
      3) Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak Pengajuan Klaim Biaya Pelayanan Kesehatan bermaterai yang ditandatangani oleh Pimpinan PIHAK KEDUA 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, atau validasi data secara elektronik yang dikembangkan BPJS Kesehatan seperti rekam sidik jari (finger print) atau rekam face recognition atau rekam biometrik;
    b. bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP);

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

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 PIHAK KESATU.

Keterangan:

Fasilitas Kesehatan di daerah terpencil yang belum memiliki jaringan komunikasi data, luaran aplikasi pengajuan klaim sebagaimana dimaksud pada huruf f dapat dikirimkan dalam media penyimpanan data kepada PIHAK KESATU.

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 atau validasi data secara elektronik yang dikembangkan BPJS Kesehatan seperti rekam sidik jari (finger print) atau rekam face recognition atau rekam biometrik;
    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 PIHAK KESATU.

    Keterangan:

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

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

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 atau validasi data secara elektronik yang dikembangkan BPJS Kesehatan seperti rekam sidik jari (finger print) atau rekam face recognition atau rekam biometrik;
    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 atau validasi data secara elektronik yang dikembangkan BPJS Kesehatan seperti rekam sidik jari (finger print) atau rekam face recognition atau rekam biometrik;
    b. Pengajuan klaim pelayanan alat bantu dengar harus dilengkapi dengan:
        1) resep alat bantu dengar;
        2) hasil pemeriksaan audiometri; dan
        3) tanda bukti penerimaan alat bantu dengar memuat harga alat bantu dengar.
    c. Pengajuan klaim pelayanan protesa alat gerak harus dilengkapi dengan:
        1) resep protesa alat gerak; dan
        2) tanda bukti protesa alat gerak yang memuat harga protesa alat gerak;
    d. Pengajuan klaim pelayanan protesa Gigi harus dilengkapi dengan:
        1) resep protesa gigi; dan
        2) tanda bukti penerimaan protesa gigi yang memuat harga protesa gigi.
    e. Pengajuan klaim Korset Tulang Belakang harus dilengkapi dengan:
        1) resep korset tulang belakang; dan
        2) tanda bukti penerimaan korset tulang belakang yang memuat harga korset tulang belakang.
    f. Pengajuan klaim pelayanan *Collar Neck* harus dilengkapi dengan:
        1) resep *collar neck*; dan
        2) tanda bukti penerimaan *collar neck* yang memuat harga *collar neck*.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

g. Pengajuan klaim pelayanan Kruk harus dilengkapi dengan:
   1) resep kruk; dan
   2) tanda bukti penerimaan kruk yang memuat harga kruk.
h. Penagihan Alat Bantu Kesehatan diluar paket INA-CBG yang penyediaanya dilakukan oleh PIHAK KEDUA dilakukan secara kolektif oleh PIHAK KEDUA.

14. Pengajuan klaim pelayanan Ambulan ditagihkan secara kolektif setiap bulan oleh PIHAK KEDUA, 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 atau validasi data secara elektronik yang dikembangkan BPJS Kesehatan seperti rekam sidik jari (finger print) atau rekam face recognition atau rekam biometrik;
    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 *Continuous Ambulatory Peritonial Dialysis* (CAPD), 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 atau validasi data secara elektronik yang dikembangkan BPJS Kesehatan seperti rekam sidik jari (finger print) atau rekam face recognition atau rekam biometrik; dan
    b. resep permintaan CAPD dari dokter yang merawat.
16. Pengajuan klaim pelayanan Gawat Darurat ditagihkan secara kolektif setiap bulan oleh PIHAK KEDUA, dengan kelengkapan sebagaimana kelengkapan pelayanan

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

RJTL atau RITL.

17. Dalam hal PIHAK KEDUA telah melaksanakan sistem pengelolaan klaim secara elektronik, maka ketentuan pengajuan klaim adalah sebagai berikut:
    a. kelengkapan administrasi umum diajukan dalam bentuk dokumen elektronik.
    b. Kelengkapan administrasi khusus diakses oleh **PIHAK KESATU** melalui integrasi sistem rekam medis elektronik dan atau sistem peresepan elektronik dengan sistem informasi **PIHAK KESATU**.
    c. Dalam hal PIHAK KEDUA belum memiliki sistem rekam medis elektronik dan atau sistem peresepan elektronik yang terintegrasi dengan sistem informasi **PIHAK KESATU**, maka kelengkapan administrasi khusus diajukan dalam bentuk dokumen elektronik. Pengertian dokumen elektronik mengacu pada Peraturan Direksi yang mengatur tentang pengelolaan pengajuan klaim pelayanan kesehatan rujukan secara elektronik.
18. Pemberian Uang Muka Pelayanan Kesehatan:
    a. Uang muka pelayanan kesehatan adalah dana dalam persentase tertentu yang diberikan kepada fasilitas kesehatan atas klaim yang telah diajukan namun masih dalam proses verifikasi yang berfungsi untuk menunjang kegiatan operasional fasilitas kesehatan.
    b. PIHAK KESATU dapat memberikan uang muka pelayanan kesehatan kepada PIHAK KEDUA pada saat kondisi kesehatan keuangan Dana Jaminan Sosial Kesehatan paling sedikit mencukupi pembayaran klaim pelayanan kesehatan seluruh Indonesia untuk satu setengah bulan ke depan.
    c. PIHAK KESATU memberitahukan secara tertulis kepada PIHAK KEDUA bila terjadi kondisi kesehatan keuangan Dana Jaminan Sosial Kesehatan kurang dari satu setengah bulan ke depan untuk pembayaran klaim pelayanan kesehatan seluruh Indonesia.
    d. PIHAK KEDUA dapat mengajukan uang muka pelayanan kesehatan kepada PIHAK KESATU setelah bekerja sama paling sedikit 1 (satu) tahun.
    e. Uang muka pelayanan kesehatan diberikan berdasarkan persentase dari tagihan klaim RJTL dan RITL sesuai nilai dalam Berita Acara Kelengkapan Berkas (BAKB) Klaim dengan capaian indikator kepatuhan FKRTL.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

f. Yang dimaksud dengan capaian indikator kepatuhan dalam pemberian uang muka pelayanan kesehatan adalah total hasil skoring atas indikator sebagai berikut:
   1) Updating display Tempat Tidur Perawatan terhubung Mobile JKN
   2) Display Tindakan Operasi terhubung Mobile JKN
   3) Sistem antrean terhubung Mobile JKN
   4) Tindak lanjut dan penyelesaian terhadap keluhan Peserta terkait pelayanan kesehatan di PIHAK KEDUA
   5) Hasil survey pemahaman regulasi JKN
   6) Nilai kepuasan Peserta di PIHAK KEDUA
   7) Capaian rekrutmen Peserta PRB
g. Besaran uang muka pelayanan kesehatan yang dapat diterima oleh PIHAK KEDUA:
   1) Jika capaian indikator kepatuhan <60, maka PIHAK KEDUA menerima uang muka sebesar 30%.
   2) Jika capaian indikator kepatuhan ≥ 60 - <80, maka PIHAK KEDUA menerima uang muka sebesar 40%.
   3) Jika capaian indikator kepatuhan ≥ 80 - <100, maka PIHAK KEDUA menerima uang muka sebesar 50%.
   4) Jika capaian indikator kepatuhan 100, maka PIHAK KEDUA menerima uang muka sebesar 60%.
h. Khusus untuk instalasi farmasi RS (IFRS), maka PIHAK KEDUA menerima uang muka sebesar 30% dari tagihan klaim sesuai nilai dalam BAKB Klaim.
i. Pemberian uang muka pelayanan kesehatan Triwulan berjalan menggunakan hasil capaian indikator kepatuhan FKRTL Triwulan sebelumnya.
j. Pemberian uang muka pelayanan kesehatan untuk tanggal 1 sampai dengan tanggal 15 bulan pertama triwulan berjalan, menggunakan hasil capaian indikator kepatuhan FKRTL 2 (dua) Triwulan sebelumnya.
k. PIHAK KESATU dapat melakukan proses pemberian uang muka pelayanan kesehatan setelah surat pengajuan uang muka pelayanan kesehatan diterima dari PIHAK KEDUA, dan BAKB klaim diterbitkan. Format uang muka pelayanan kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

l. Apabila besaran hasil verifikasi klaim lebih kecil daripada uang muka pelayanan kesehatan yang diberikan, maka akan diperhitungkan pada pembayaran klaim bulan berikutnya.

19. Verifikasi dan Pembayaran Tagihan:

a. PIHAK KESATU melakukan proses verifikasi berkas klaim sejak berkas dinyatakan lengkap dibuktikan dengan berita acara kelengkapan berkas klaim sebagaimana dimaksud pada Lampiran II angka 5 atau lampiran II angka 7.

b. PIHAK KESATU melakukan pembayaran klaim berdasarkan hasil verifikasi sebagaimana dimaksud pada huruf a yang telah dinyatakan sesuai.

c. Dalam hal berkas klaim yang telah dilakukan verifikasi oleh PIHAK KESATU belum sesuai dan memerlukan konfirmasi, berkas klaim dikembalikan kepada PIHAK KEDUA untuk mendapatkan konfirmasi, disertai berita acara pengembalian berkas klaim berikut penjelasannya.

d. Berkas klaim yang dikembalikan sebagaimana dimaksud pada huruf c dapat diajukan kembali oleh PIHAK KEDUA pada pengajuan klaim bulan berikutnya.

e. PIHAK KESATU mengajukan persetujuan klaim kepada PIHAK KEDUA dalam hal proses verifikasi klaim telah selesai dilaksanakan paling lambat pada hari ke 10 sejak Berita Acara berkas lengkap.

f. Persetujuan klaim sebagaimana dimaksud pada huruf e dibuktikan dengan formulir persetujuan hasil verifikasi yang telah ditandatangani oleh pejabat PIHAK KEDUA yang ditunjuk. Hasil persetujuan verifikasi oleh PIHAK KEDUA sebagaimana dimaksud, diterima kembali di Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota PIHAK KESATU paling lambat satu hari setelah formulir diterima oleh PIHAK KEDUA.

g. Dalam hal PIHAK KEDUA pada hari ke-11 (sebelas) belum menyerahkan persetujuan klaim sebagaimana dimaksud pada huruf f, PIHAK KEDUA dianggap menyetujui hasil verifikasi klaim PIHAK KESATU, dan proses selanjutnya terhadap klaim dapat dilanjutkan. Persetujuan Klaim yang telah ditanda tangani oleh PIHAK KEDUA dapat disusulkan paling lambat pada hari jatuh tempo pembayaran klaim. Dalam hal terjadi keterlambatan penyerahan

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

persetujuan klaim kepada PIHAK KEDUA, maka PIHAK KEDUA harus membuat Pernyataan Keterlambatan tersebut.

h. PIHAK KESATU wajib melakukan pembayaran kepada PIHAK KEDUA berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat:
   1) 15 (lima belas) hari sejak dikeluarkannya berita acara kelengkapan berkas klaim sebagaimana dimaksud dalam Lampiran II angka 5; atau
   2) 15 (lima belas) hari sejak berkas klaim otomatis dinyatakan lengkap sebagaimana dimaksud dalam Lampiran II angka 7.

i. Dalam hal pembayaran kepada PIHAK KEDUA jatuh pada hari libur, pembayaran pada PIHAK KEDUA dilakukan pada hari kerja berikutnya.

j. Kelengkapan dokumen pembayaran klaim:
   1) Lembar persetujuan hasil verifikasi yang telah ditanda tangani oleh PIHAK KEDUA.
   2) Kuitansi asli bermaterai cukup.

k. PIHAK KESATU tidak bertanggung jawab untuk membayar tagihan yang timbul karena PIHAK KEDUA memberikan pelayanan kesehatan di luar yang menjadi hak Peserta.

l. Biaya transfer antar bank menjadi tanggungan PIHAK KEDUA.

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

Nama Pada Rekening	**: RPL 148 BLU RSUP DR SOERADJI TIRTONEGORO UTK OPS PENERIMAAN**
Nomor Rekening	**: 138-00-1723949-7**
Bank	**: Mandiri**
Cabang	**: Klaten**

20. Dalam hal PIHAK KESATU terlambat dalam melakukan pembayaran tagihan klaim pelayanan kesehatan, maka PIHAK KESATU akan melakukan pembayaran denda kepada PIHAK KEDUA sebesar 1 % (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan secara proporsional dengan mekanisme sebagai berikut:
    a. PIHAK KESATU dan PIHAK KEDUA melakukan rekonsiliasi perhitungan dan pembuatan Berita Acara Kesepakatan Denda.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

b. Berita Acara Kesepakatan Denda meliputi kesepakatan atas jumlah hari keterlambatan, besaran nilai denda, serta kesediaan kedua belah pihak untuk patuh dan tunduk terhadap kesepakatan yang telah dibuat tanpa mengajukan upaya hukum.

c. Denda keterlambatan pembayaran tagihan klaim pelayanan kesehatan dihitung secara proporsional secara harian menggunakan hari kalender dengan perhitungan besaran jumlah denda untuk keterlambatan sebagai berikut:

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

Keterangan:

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

21. Pelaksaaan INA-CBG

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

b. PIHAK KEDUA harus memiliki Petugas administrasi klaim atau Koder untuk melakukan input tagihan pelayanan ke dalam *software* INA-CBG sesuai tatalaksana INA-CBG yang berlaku.

c. Tugas dan tanggung jawab dokter adalah menegakkan dan menuliskan diagnosis utama, diagnosis sekunder dan tindakan/prosedur yang telah dilaksanakan serta membuat resume medis pasien secara lengkap, jelas dan spesifik selama pasien dirawat di rumah sakit.

d. Kelengkapan rekam medis yang ditulis oleh dokter akan sangat membantu koder dalam memberikan kode diagnosis dan tindakan/prosedur yang tepat.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

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 diangnosis, maka koder harus melakukan klarifikasi kepada dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP).

g. Dalam hal tertentu coder dapat membantu proses penulisan diagnosis sesuai ICD-10 dan ICD-9 CM. Dokter penanggung jawab harus menuliskan nama dengan jelas serta menandatangani resume medik;

h. Pasien yang masuk ke instalasi rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di instalasi rawat jalan atau instalasi gawat darurat hanya diklaim sebagai 1 (satu) episode INA-CBG dengan jenis pelayanan rawat inap;

i. Pasien yang datang pada dua atau lebih instalasi rawat jalan dengan dua atau lebih diagnosis akan tetapi diagnosis tersebut merupakan diagnosis sekunder dari diagnosis utamanya maka diklaimkan sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri yang mengatur tentang Episode Perawatan;

j. PIHAK KEDUA melakukan pelayanan dengan efisien dan efektif agar biaya pelayanan seimbang dengan tarif INA-CBG.

22. Apabila dalam pengajuan klaim/tagihan oleh PIHAK KEDUA terdapat klaim/tagihan yang bermasalah *(dispute claim)* maka berhak untuk menangguhkan pembayaran atas klaim/tagihan yang bermasalah tersebut. Penyelesaian *dispute claim* mengacu pada regulasi yang berlaku.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

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

PIHAK KESATU	PIHAK KEDUA
BPJS KESEHATAN	RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO
CABANG BOYOLALI	KLATEN
Maya Susanti, SE.,MM	**dr. Endang Widyaswati, M.Kes.**
Manager	Direktur Utama

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

Lampiran II Perjanjian
Nomor: 583 /KTR/VI-05/1221
Nomor: HK.03.01/III.3.1/22377/2021

KETENTUAN PERUBAHAN IZIN OPERASIONAL DAN PERGANTIAN PIMPINAN DALAM JANGKA WAKTU PELAKSANAAN PERJANJIAN KERJA SAMA

No	Perubahan	Tindak Lanjut
	Badan Hukum; Nama; Kepemilikan;	1. Dalam hal PIHAK KEDUA berubah **Badan Hukum dan atau Nama** yang dibuktikan dengan perubahan pada Surat Izin Operasional (SIO), maka Perjanjian otomatis berakhir pada tanggal mulai berlakunya SIO baru. Selanjutnya, meskipun SIO lama masih belum berakhir tanggal masa berlakunya, tetapi dinyatakan tidak berlaku lagi sebagai persyaratan Perjanjian. 2. Sebagai persyaratan kelanjutan kerja sama, maka PARA PIHAK berkomitmen untuk: a. PIHAK KESATU akan melakukan penilaian ulang untuk memastikan tidak ada perubahan ruang lingkup pelayanan sesuai hasil kredensialing/rekredensialing pada awal Perjanjian, untuk selanjutnya dilakukan Perjanjian baru. b. Untuk perubahan Nama, atau perubahan Kepemilikan Modal atau Badan Hukum yang diikuti dengan perubahan Nama, maka PIHAK KEDUA memperbaharui sertifikat akreditasi sesuai perubahan nama Rumah Sakit yang baru, dibuktikan dengan sertifikat akreditasi meliputi kesesuaian nama, kelas RS dan masa berlaku sertifikat akreditasi.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

		c. PIHAK KEDUA berkomitmen untuk segera memperbaharui Surat Izin Praktik Dokter (SIP) dan tenaga kesehatan lainnya sesuai ketentuan yang berlaku. Selanjutnya PIHAK KEDUA menyampaikan salinan dokumen pengurusan SIP yang ditujukan kepada instansi yang berwenang menerbitkan perizinan, kepada PIHAK KESATU. 3. Selanjutnya PARA PIHAK membuat Perjanjian Kerja Sama baru, masa berlaku Perjanjian dilaksanakan sampai dengan (mengikuti) tanggal berakhirnya Perjanjian sebelumnya, sebagaimana dimaksud pada angka 1.
2	Klasifikasi Rumah Sakit	1. Dalam hal PIHAK KEDUA mengalami perubahan **Klasifikasi Rumah Sakit** yang dibuktikan dengan perubahan pada Surat Izin Operasional (SIO), maka sebagai persyaratan kelanjutan kerja sama, maka PARA PIHAK berkomitmen untuk: a. PIHAK KESATU akan melakukan penilaian ulang menggunakan format rekredensialing sesuai klasifikasi kelas terbaru. b. PIHAK KEDUA berkewajiban memperbaharui sertifikat akreditasi sesuai perubahan klasifikasi Rumah Sakit yang baru, dibuktikan dengan sertifikat akreditasi meliputi kesesuaian nama, kelas RS dan masa berlaku sertifikat akreditasi. 2. Selanjutnya PARA PIHAK membuat Addendum Perjanjian Kerja Sama pada Pasal yang mengatur tentang Tarif Pembayaran, masa berlaku Perjanjian dilaksanakan sampai dengan (mengikuti) tanggal berakhirnya Perjanjian sebelumnya.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

3	Jenis Layanan	1. Dalam hal **PIHAK KEDUA** berubah jenis penyelenggaraan pelayanan, sebagai contoh perubahan dari Rumah Sakit Khusus menjadi Rumah Sakit Umum atau sebaliknya, yang dibuktikan dengan perubahan pada Surat Izin Operasional (SIO), maka Perjanjian otomatis berakhir pada tanggal berlakunya SIO baru. 2. Untuk bekerja sama dengan PIHAK KESATU, maka dilakukan proses pengajuan kerja sama baru, untuk selanjutnya PIHAK KESATU akan melakukan kredensialing persyaratan wajib dan persyaratan teknis sesuai ketentuan yang berlaku. Selanjutnya Perjanjian Kerja Sama baru dilaksanakan apabila Fasilitas Kesehatan dinyatakan lolos kredensialing.
4	Alamat/Lokasi	1. Dalam hal **PIHAK KEDUA** pindah alamat/lokasi pelayanan, maka: a. Pemindahan keseluruhan pelayanan ke alamat/lokasi baru: 1) **PIHAK KEDUA** wajib menyampaikan SIO sesuai alamat/lokasi pelayanan yang baru. 2) Perjanjian otomatis berakhir pada saat Surat Izin Operasional (SIO) di lokasi yang baru diterbitkan. 3) **PIHAK KESATU** akan melakukan kredensialing persyaratan wajib dan persyaratan teknis sesuai ketentuan yang berlaku. Selanjutnya Perjanjian Kerja Sama baru dilaksanakan apabila **PIHAK KEDUA** dinyatakan lolos kredensialing. b. Pemindahan sebagian pelayanan ke alamat/lokasi baru, dan masih ada pelayanan di lokasi lama. 1) Perjanjian masih berlaku sepanjang pelayanan yang diberikan sesuai yang diselenggarakan pada alamat/lokasi lama.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

		2) Perjanjian tidak melingkupi penyelenggaraan pelayanan pada alamat/lokasi baru, dimana penyelenggaraan pelayanan tersebut harus memiliki Izin Operasional dan terakreditasi sesuai ketentuan yang berlaku. 3) **PIHAK KESATU** akan melakukan kredensialing persyaratan wajib dan persyaratan teknis sesuai ketentuan yang berlaku. Selanjutnya Perjanjian Kerja Sama baru dilaksanakan apabila **PIHAK KEDUA** dinyatakan lolos kredensialing.
5	Perubahan Pimpinan salah satu PIHAK	Apabila salah satu PIHAK terdapat pergantian pimpinan yang dibuktikan dengan Surat Keputusan/Pengangkatan yang sah secara hukum, maka wajib memberitahukan kepada PIHAK lainnya. Perubahan pimpinan dituangkan ke dalam Berita Acara Kesepakatan dan merupakan bagian tidak terpisahkan dari Perjanjian.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

Lampiran IV Perjanjian
Nomor: 583 /KTR/VI-05/1221
Nomor: HK.03.01/III.3.1/2237/2021

KESEPAKATAN REGIONALISASI TARIF DENGAN PERSI PROVINSI

BERITA ACARA KESEPAKATAN BERSAMA
TENTANG REGIONALISASI TARIF PELAYANAN KESEHATAN BAGI PESERTA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN-KARTU INDONESIA SEHAT (JKN-KIS) DI PROVINSI JAWA TENGAH

Pada hari ini Rabu, Tanggal 12 Bulan Februari tahun 2020, yang bertanda tangan di bawah ini :

I **dr. Agus Suryanto, Sp.PD-KP., MARS, MH.** selaku Ketua Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) Daerah Jawa Tengah yang berkedudukan dan berkantor di Jalan Dr. Sutomo Nomor 16 Semarang, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Surat Keputusan Pengurus Pusat Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia Nomor 138/SK/PP PERSI/X/2017 Tanggal 02 Oktober 2017 Tentang Pengurus PERSI dan MAKERSI Daerah Jawa Tengah Periode Tahun 2017 – 2020, Karenanya sah bertindak untuk dan atas nama serta mewakili Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI).

II **drg. Afrizayanti, MM**, selaku Deputi Direksi Wilayah Jawa Tengah dan DIY Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) yang berkedudukan dan berkantor di Jalan Teuku Umar Nomor 43 Semarang, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Keputusan Direktur Utama BPJS Kesehatan Nomor 0051/Peg-04/0120 Tahun 2020 tanggal 17 Januari 2020, karenanya sah bertindak untuk dan atas nama serta mewakili Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan)

Berdasarkan perundang-undangan yang berlaku yaitu sebagai berikut :

1. Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2016 tentang Perubahan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan

Menyepakati bahwa sesuai ketentuan regulasi tersebut, Regionalisasi Tarif Pembayaran INA CBG yang diberlakukan bagi FKRTL di wilayah Provinsi Jawa Tengah adalah sebagai berikut :

Provinsi	Regional Tarif
Jawa Tengah	Regional I (Satu)

Demikian Berita Acara Kesepakatan Bersama ini dibuat sebanyak 2 (dua) rangkap untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 12 Februari 2020

Yang bertandatangan:

KETUA PERSI DAERAH JAWA TENGAH	DEPUTI DIREKSI WILAYAH JAWA TENGAH & DIY
dr. Agus Suryanto, Sp.PD-KP., MARS, MH.	**drg. Afrizayanti, MM.**

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

Lampiran V Perjanjian
Nomor: 583 /KTR/VI-05/1221
Nomor: HK.03.01/III.3.1/22377/2021

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 Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota ..... sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

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

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

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

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

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

Lampiran VI Perjanjian
Nomor: 583 /KTR/VI-05/1221
Nomor: HK.03.01/III.3.1/22377/2021

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.....

(.....)

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

Lampiran VII Perjanjian
Nomor: 583 /KTR/VI-05/1221
Nomor: HK.03.01/III.3.1/22577/2021

TARIF PELAYANAN AMBULAN

BUPATI KLATEN
PROPINSI JAWA TENGAH

PERATURAN DAERAH KABUPATEN KLATEN
NOMOR 11 TAHUN 2014
TENTANG
PERUBAHAN ATAS PERATURAN DAERAH NOMOR 18 TAHUN 2011 TENTANG
RETRIBUSI JASA UMUM

TRANSPORTASI AMBULANCE

NO	JENIS PELAYANAN	JASA SARANA	JASA PELAYANAN		JUMLAH
			PARA MEDIS	SOPIR	
		(Rp)	(Rp)	(Rp)	(Rp)
1	Transportasi Ambulance	15,000	6,000	9,000	30,000

Catatan : tindakan keperawatan menyesuaikan dengan tarif rawat inap kelas I (Satu)Biaya BBM :

a. Pemakaian 5 km PP : 10 x Harga BBM yang berlaku saat itu
b. Pemakaian > 5 km PP (tambahan per Km): Per Km X harga BBM yang berlaku saat itu

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

Lampiran VIII Perjanjian
Nomor: 583 /KTR/VI-05/1221
Nomor: HK.03.01/III.3.1/22377/2021

PANDUAN MANUAL VERIFIKASI KODING

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

BERITA ACARA
KESEPAKATAN BERSAMA
PANDUAN PENATALAKSANAAN SOLUSI
PERMASALAHAN KLAIM INA-CBG
TAHUN 2019

No : JP.02.03/3/1693/2020
No : 411 / BA / 0720

Yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Nama : dr. Kalsum Komaryani, MPPM
   Jabatan : Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI

2. Nama : dr. Beno Herman, MARS, AAK
   Jabatan : Pps. Deputi Direksi Bidang Jaminan Pembiayaan Kesehatan Rujukan BPJS Kesehatan

Berdasarkan dari hasil pertemuan kedua belah pihak pada pembahasan Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA CBG Tahun 2019, telah disepakati diagnosis dan tindakan prioritas yang terdiri atas aspek koding, medis dan administrasi.

Hasil kesepakatan dalam lampiran berita acara ini menjadi acuan bersama bagi BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit dalam penyelesaian kasus-kasus yang dinyatakan sebagai kasus klaim *dispute* dan *pending* serta proses verifikasi klaim INA-CBG.

Demikian Berita Acara ini dibuat dan ditandatangani secara bersama-sama oleh para pihak secara sukarela tanpa ada paksaan apapun.

Kepala PPJK Kementerian Kesehatan RI	Pps.Deputi Direksi Bidang JPK Rujukan BPJS Kesehatan
dr. Kalsum Komaryani, MPPM	dr. Beno Herman, MARS, AAK

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

Lampiran XI Perjanjian
Nomor: 583 /KTR/VI-05/1221
Nomor: HK.03.01/III.3.1/22377/2021

STANDAR WAKTU PENYELESAIAN KLAIM *DISPUTE*

Tempat Penyelesaian	Titik Awal SLA (Hari Kerja)	Titik Akhir SLA (Hari kerja)	
	Rekapitulasi klaim dispute melalui aplikasi BI BPJS Kesehatan	Penetapan rekomendasi penyelesaian klaim dispute	Jenis Rekomendasi penyelesaian klaim dispute
Kantor Cabang	Hari ke-1 setiap bulan berikutnya	5 hari kerja	1. Koordinasi dengan FKRTL 2. Eskalasi ke TKMKB Cabang 3. Koordinasi bersama pemangku kepentingan terkait lainnya 4. Eskalasi ke Kedeputian Wilayah
Kedeputian Wilayah	Hari ke-8 setiap bulan berikutnya	7 hari kerja	1. Koordinasi dengan Kantor Cabang 2. Eskalasi ke TKMKB Wilayah 3. Koordinasi bersama pemangku kepentingan terkait lainnya 4. Eskalasi ke Kantor Pusat
Kantor Pusat	Hari ke-18 setiap bulan berikutnya	10 hari kerja	1. Koordinasi dengan Kedeputian Wllayah 2. Koordinasi bersama TKMKB Pusat 3. Koordinasi bersama pakar atau ahli koding INA CBG 4. Koordinasi bersama Penyelenggara Jaminan lainnya 5. Koordinasi bersama Kementerian Kesehatan 6. Koordinasi bersama pemangku kepentingan terkait lainnya

Keterangan:
Mengacu Peraturan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 28 Tahun 2021 tentang Mekanisme Pengelolaan Klaim Dispute pada Pelayanan Kesehatan Rujukan.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

Lampiran X Perjanjian
Nomor: 583 /KTR/VI-05/1221
Nomor: HK.03.01/III.3.1/22377/2021

PAKTA INTEGRITAS USER LOGIN APLIKASI V-CLAIM/APOTEK/LUPIS*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:
Nama Lengkap :
NIP/NRP :
Jabatan :
Nama FKRTL :
Alamat FKRTL :

Dengan ini menyatakan dengan sebenarnya bahwa :
1. Petugas entri pelayanan pada aplikasi V-Claim/Apotek/LUPIS adalah sebagai berikut:

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

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

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

....., ... 20...
Yang Menandatangani

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

*) coret yang tidak diperlukan

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

Lampiran XI Perjanjian
Nomor: 583 /KTR/VI-05/1221
Nomor: HK.03.01/III.3.1/22377/2021

PROSEDUR PENANGANAN PENGADUAN PESERTA JKN-KIS

Penanganan pengaduan Peserta JKN-KIS dilakukan oleh petugas Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan Rumah Sakit (PIPP RS) yang ditunjuk PIHAK KEDUA. Petugas PIPP RS berkoordinasi dengan staf/ petugas PIHAK PERTAMA, yaitu: staf Penanganan Pengaduan Peserta Rumah Sakit (P3 RS) atau BPJS Siap Membantu (BPJS Satu) BPJS Kesehatan Kantor Cabang.

SLA penanganan pengaduan Peserta JKN-KIS di PIHAK KEDUA termasuk ke penanganan pengaduan langsung yang berarti disampaikan secara langsung dari peserta ke RS/ BPJS Kesehatan melalui kanal layanan tatap muka. Pengaduan yang disampaikan oleh peserta di RS dikategorikan dalam 2 (dua) level pengaduan yaitu level merah dan kuning, yaitu:

1. Level Merah yaitu pengaduan dari peserta yang membutuhkan penanganan segera karena mengganggu proses layanan yang sedang dibutuhkan peserta. Respon awal pengaduan level Merah dilakukan pada hari yang sama dan penyelesaian pengaduan maksimal 2 (dua) hari kerja.
2. *Level Kuning yaitu pengaduan dari peserta yang membutuhkan penanganan agar tidak* berpotensi menjadi pengaduan berulang dan dapat mengganggu proses layanan. Respon awal pengaduan level kuning dilakukan pada hari yang sama dan penyelesaian pengaduan maksimal 5 (lima) hari kerja.

Alur layanan penanganan pengaduan di RS:

a. Peserta menyampaikan pengaduan kepada *Customer Service* Rumah Sakit;
b. *Customer Service* Rumah Sakit mengidentifikasi kebutuhan Peserta;
c. *Customer Service* Rumah Sakit mencatat identitas dan pengaduan Peserta pada aplikasi SIPP;
d. *Customer Service* Rumah Sakit menangani pengaduan yang disampaikan oleh Peserta;
e. Apabila petugas *Customer Service* Rumah Sakit tidak dapat menangani pengaduan Peserta, maka petugas *Customer Service* Rumah Sakit berkoordinasi/ mengarahkan peserta ke PIC PIPP RS di Unit Pengaduan Rumah Sakit;
f. PIC PIPP Rumah Sakit menangani pengaduan yang disampaikan Peserta;
g. Apabila untuk penanganan pengaduan membutuhkan tindak lanjut dari BPJS Kesehatan, maka PIC PIPP Rumah Sakit berkoordinasi/mengarahkan Peserta ke Staf P3 RS/ BPJS Satu;
h. Staf P3 RS/ BPJS Satu menangani pengaduan yang disampaikan oleh Peserta;
i. Apabila untuk penanganan pengaduan membutuhkan tindak lanjut dari Kantor Cabang BPJS Kesehatan, maka Staf P3 RS/ BPJS Satu melakukan eskalasi ke Kantor Cabang melalui aplikasi SIPP;
j. Staf P3 KC menerima eskalasi dan menindaklanjuti serta berkoordinasi dengan unit kerja terkait (jika dibutuhkan);

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

k. Staf P3 KC menyampaikan hasil penyelesaian pengaduan Peserta kepada PIC PIPP RS atau Staf P3 RS/ BPJS Satu melalui aplikasi SIPP; dan
l. PIC PIPP RS atau Staf P3 RS/ BPJS Satu menyampaikan penyelesaian atas pengaduan yang disampaikan kepada Peserta.

1. Kondisi tertentu, Peserta dapat menghubungi langsung ke PIC PIPP RS atau Staf P3 RS/ BPJS Satu melalui tatap muka maupun media komunikasi lainnya (Telp/WA/Telegram)
2. Pada kondisi Staf P3 RS/ BPJS Satu *mobile*, koordinasi dilakukan melalui media komunikasi seperti Telepon/ WhatsApp/ Telegram.
3. Pencatatan tetap dilakukan pada aplikasi SIPP dilakukan oleh petugas yang menyelesaikan aktifitas pemberian informasi/ pengaduan kepada Peserta (*Customer Service*/PIC PIPP RS atau Staf P3 RS/ BPJS Satu Kantor Cabang BPJS Kesehatan)

Sejak	Sampai dengan	Level Pengaduan	Waktu Penanganan Pengaduan	Syarat
Peserta menyampaikan pengaduan secara langsung (lisan) di Rumah Sakit	Peserta mendapat jawaban	Merah	a. Respon awal hari yang sama b. Penyelesaian: 2 hari kerja c. SLA koordinasi antara Bidang di Kantor Cabang BPJS Kesehatan maks 1 (satu) hari kerja d. SLA koordinasi antara PIPP RS dengan P3 RS/ BPJS Satu maks. 1 (satu) hari kerja	Pengaduan dari peserta yang membutuhkan penanganan segera agar tidak mengganggu proses layanan yang sedang dibutuhkan peserta
Peserta menyampaikan pengaduan secara langsung (lisan) di Rumah Sakit	Peserta mendapat jawaban	Kuning	a. Respon awal: hari yang sama b. Penyelesaian: Maks 5 (lima) hari kerja c. SLA koordinasi antara Bidang di Kantor Cabang BPJS Kesehatan maks. 4 (empat) hari kerja. d. SLA koordinasi antara PIPP RS dengan P3 RS/ BPJS Satu maks 4 (empat) hari kerja	Pengaduan dari peserta yang membutuhkan penanganan agar tidak berpotensi pada terganggunya proses layanan yang mungkin akan dibutuhkan peserta

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

Peserta menyampaikan pengaduan langsung melalui Aplikasi SIPP Faskes	Peserta mendapat jawaban	Kuning	a. Respon awal: hari yang sama b. Penyelesaian: Maks 5 (lima) hari kerja c. SLA koordinasi antara Bidang di Kantor Cabang BPJS Kesehatan maks. 4 (empat) hari kerja d. SLA koordinasi antara PIPP RS dengan P3 RS/ BPJS Satu maks 4 (empat) hari kerja	Pengaduan dari peserta yang membutuhkan penanganan agar tidak berpotensi pada terganggunya proses layanan yang mungkin akan dibutuhkan peserta

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

Lampiran XII Perjanjian
Nomor: 583 /KTR/VI-05/1221
Nomor: HK.03.01/III.3.1/2237/2021

KOMITMEN TERHADAP INTEGRASI SISTEM

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

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

data antara Aplikasi PARA PIHAK dalam jangka waktu paling lambat 7 hari sebelumnya.

b. Komitmen **PIHAK KEDUA:**

1) Menyediakan Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan yang secara fungsional telah memenuhi persyaratan yang ditentukan **PIHAK KESATU** dan dibuktikan dengan *User Acceptance Test* (UAT) atas hasil pengujian fungsional Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan.
2) Melakukan penyesuaian sistem informasi fasilitas kesehatan milik **PIHAK KEDUA** apabila terdapat rilis web service terbaru yang dikembangkan oleh **PIHAK KESATU**.
3) Memenuhi ketentuan sebagai Pengguna Sistem Elektronik (PSE) sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
4) Mengimplementasikan sistem keamanan yang menjamin keamanan data dan informasi sesuai ketentuan yang berlaku, serta melakukan *Security Test* terkait sistem yang diintegrasikan.
5) Menjaga kerahasiaan data yang diterima dari **PIHAK KESATU** serta tidak melanggar batas hak akses sistem dan database yang dimiliki **PARA PIHAK.**
6) Menjamin perlindungan data pribadi terhadap data atau informasi yang diperoleh dan disimpan.
7) Memastikan Pihak Ketiga (jika terdapat Pihak Ketiga pengelola Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan milik **PIHAK KEDUA**) tidak menyimpan dan/atau mendistribusikan informasi Consumer ID dan Password *Production* beserta hak akses yang diberikan oleh **PIHAK KESATU**, kepada pihak lain yang tidak berhak baik melalui lisan, media cetak, maupun *platform* digital.
8) Melaporkan kepada **PIHAK KESATU** secara tertulis, apabila terdapat pergantian Pihak Ketiga pengelola Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan milik **PIHAK KEDUA** yang terintegrasi dengan sistem **PIHAK KESATU**, dalam jangka waktu maksimal 30 hari sebelum dilakukan pergantian Pihak Ketiga.
9) Menginformasikan perubahan sistem informasi **PIHAK KEDUA** apabila berpotensi menyebabkan gangguan pertukaran data antara Aplikasi **PARA PIHAK** dalam jangka waktu paling lambat 7 hari sebelumnya.

4. Untuk kemudahan implementasi komitmen ini, maka **PARA PIHAK** menunjuk *Person in Charge (PIC)* yang bertanggungjawab terhadap implementasi integrasi sistem (*web service*) serta akan memberitahukan apabila terjadi perubahan PIC yang dituangkan ke dalam Berita Acara.

a. Tugas dan kewenangan PIC dari **PIHAK KESATU**:

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

1) Melakukan koordinasi teknis maupun non-teknis dengan PIC dari **PIHAK KEDUA** dalam rangka implementasi integrasi sistem.
2) Memberikan informasi Consumer ID dan Password *Production* beserta hak akses kepada PIC dari **PIHAK KEDUA** untuk dapat menggunakan *service* yang tersedia di dalam katalog *service* sistem informasi pelayanan kesehatan rujukan/primer* *production* sesuai ketentuan persyaratan yang telah ditentukan oleh **PIHAK KESATU**.
3) Menginformasikan perubahan sistem informasi **PIHAK KESATU** apabila berpotensi menyebabkan gangguan pertukaran data antara Aplikasi **PARA PIHAK.**
4) Melakukan sosialisasi katalog *service* dan *checklist* pengujian yang terbaru.

b. Tugas dan kewenangan PIC dari **PIHAK KEDUA**:
1) Melakukan koordinasi teknis maupun non-teknis dengan PIC dari **PIHAK KESATU** dalam rangka implementasi integrasi sistem
2) Memastikan pengembangan integrasi Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan telah memenuhi persyaratan yang ditentukan **PIHAK KESATU** dan dibuktikan dengan *User Acceptance Test* (UAT).
3) Memastikan ketersediaan jaringan komunikasi data yang menunjang implementasi integrasi sistem telah memadai sesuai ketentuan.

c. Dalam hal ada pengalihan atau pergantian PIC dari **PARA PIHAK**, maka dilaksanakan sebagai berikut:
1) Pergantian PIC akibat dari pelaksanakan cuti tahunan dan/atau keperluan lain yang telah diatur sesuai dengan peraturan yang berlaku, maka pemberitahuan pergantian PIC dilakukan paling lambat 1 (satu) hari sebelumnya dan dituangkan dalam Berita Acara.
2) Pergantian PIC akibat dari adanya mutasi/rotasi pegawai yang berhubungan dengan aktivitas integrasi sistem, maka pemberitahuan pergantian PIC dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari sebelumnya dan dituangkan dalam Berita Acara.

5. **PIHAK KEDUA** wajib melakukan pengembangan integrasi Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan dalam jangka waktu selama 120 Hari Kalender sejak penandatanganan Lembar Komitmen ini.

6. Dalam hal terjadi kondisi dan situasi yang menyebabkan terganggunya koneksi Sistem Informasi **PARA PIHAK**, maka *contingency plan* yang harus dilakukan adalah sebagai berikut:
a. **PARA PIHAK** melakukan upaya pemulihan koneksi sistem informasi sesuai ketentuan yang berlaku.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

b. Menjalankan *business contingency plan* (BCP) yang telah disepakati oleh PARA PIHAK sambil menunggu pemulihan koneksi sistem informasi selesai dilakukan.

c. Masing-masing PARA PIHAK melakukan evaluasi gangguan koneksi sistem yang terjadi mengacu pada arsitektur aplikasi, database dan infrastruktur yang ada.

d. Melakukan rekonsiliasi data PARA PIHAK apabila terjadi adanya selisih.

7. Untuk meyakini keamanan data PARA PIHAK, maka pelaksanaan *security test* dilaksanakan sebagai berikut:

a. Masing-masing PARA PIHAK saling melengkapi keamanan data dengan melakukan enkripsi pada sistem informasi masing-masing serta pada jalur koneksi integrasi data menggunakan alat bantu teknologi keamanan informasi sesuai standar yang berlaku.

b. Masing-masing PARA PIHAK melakukan pemantauan dan pengelolaan *Security Log* pada masing-masing sistem keamanan informasi.

Apabila dalam pelaksanaan integrasi sistem, PIHAK KESATU menemukan adanya celah keamanan pada sistem PIHAK KEDUA dan atau PIHAK KEDUA tidak memenuhi ketentuan yang berlaku, maka PIHAK KESATU berhak menghentikan integrasi sistem tanpa pemberitahuan kepada PIHAK KEDUA. Demikian pernyataan komitmen ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Boyolali, 27 Desember 2021

Yang menyatakan persetujuan

PIHAK KESATU	PIHAK KEDUA
BPJS KESEHATAN	RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO
CABANG BOYOLALI	KLATEN
Maya Susanti, SE.,MM	**dr. Endang Widyaswati, M.Kes.**
Manager	Direktur Utama

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II