



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

PERJANJIAN KERJASAMA

antara

**BPJS KESEHATAN
CABANG KUDUS**

dengan

**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr LOEKMONO HADI KABUPATEN KUDUS**

tentang

**PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN
BAGI PESERTA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN**

**BPJS KESEHATAN
CABANG KUDUS**

Kompleks Perkantoran, Jl. Majoko Marto Kidul Kudus,
Telp. (0291) 435587 / Fax. (0291) 431508

PERJANJIAN KERJA SAMA
ANTARA
BPJS KESEHATAN CABANG KUDUS
DENGAN
RSUD dr LOEKMONO HADI KABUPATEN KUDUS
TENTANG
PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN
BAGI PESERTA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

Nomor : 900/KTR/VI-07/1218

Nomor : 445/7242/37.01.01/2018

Perjanjian ini dibuat dan ditandatangani di Kudus, pada hari Senin tanggal Tiga Puluh Satu Bulan Desember tahun Dua Ribu Delapan Belas oleh dan antara:

- I. **Maya Susanti, S.E, M.M** selaku Kepala BPJS Kesehatan Cabang Kudus yang berkedudukan dan berkantor di Kompleks Perkantoran Jalan Mejobo Mlati Kidul Kudus, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Keputusan Direksi BPJS Kesehatan Nomor : 2885/Peg-04/1118 Tahun 2018 tanggal 16 November 2018 karenanya sah bertindak untuk dan atas nama serta mewakili BPJS Kesehatan selanjutnya disebut "**PIHAK KESATU**";
- II. **Dr. H. Abdul Aziz Achyar, M.Kes** selaku Direktur RSUD dr Loekmono Hadi Kabupaten Kudus Surat Keputusan Bupati Kudus Nomor 821.2/205/2014 tanggal 20 November 2014 yang berkedudukan dan berkantor di Jl. Dr Loekmonohadi No 19 Kudus, dalam hal ini bertindak

1

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
h	h

dalam jabatannya tersebut, karenanya sah bertindak untuk dan atas nama serta mewakili RSUD dr Loekmono Hadi Kabupaten Kudus, selanjutnya disebut "**PIHAK KEDUA**".

Selanjutnya **PIHAK KESATU** dan **PIHAK KEDUA** yang secara bersama-sama disebut **PARA PIHAK** dan masing-masing disebut **PIHAK** sepakat untuk menandatangani Perjanjian Kerja Sama tentang Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan selanjutnya disebut Perjanjian dengan syarat dan ketentuan 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

2

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
/	/

kredensialing fasilitas kesehatan yang akan bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, serta pemberian masukan teknis dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

4. Audit adalah proses membandingkan antara data/informasi yang disajikan (asersi) dengan ketentuan yang seharusnya, dilengkapi dengan identifikasi masalah, analisis, dan evaluasi bukti yang dilakukan secara independen, objektif dan profesional berdasarkan standar audit, untuk menilai kebenaran, kecermatan, kredibilitas, efektivitas, efisiensi, dan keandalan informasi penyelenggaraan fungsi pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan;
5. Auditor BPJS Kesehatan adalah pegawai tetap **PIHAK KESATU** yang diberi tugas (dengan melampirkan surat tugas), tanggung jawab, wewenang, dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan audit;
6. Auditor Eksternal adalah lembaga pengawas independen, kantor akuntan publik dan atau lembaga pemeriksa lain;
7. Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS) adalah Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia yang selanjutnya disingkat BPRS adalah unit nonstruktural pada kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara eksternal yang bersifat nonteknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat, ketentuan lengkap mengenai BPRS sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit;
8. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum, yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. BPJS Kesehatan



PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

merupakan badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada Presiden;

9. Bulan Pelayanan adalah bulan dimana **PIHAK KEDUA** memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta;
10. Dewan Pertimbangan Klinis (DPK) dan Tim Pertimbangan Klinis Provinsi (TPK) adalah Dewan yang dibentuk oleh Menteri untuk DPK dan oleh Gubernur untuk TPK guna memberikan pertimbangan klinis terkait pelaksanaan Program JKN guna penguatan sistem dan penyelesaian sengketa klinis.
11. Dokumen klaim diterima lengkap adalah diterimanya berkas pengajuan klaim termasuk berkas pendukung pelayanan secara lengkap sesuai yang dipersyaratkan. Kelengkapan dokumen pembayaran klaim terdiri dari: berkas pendukung lengkap, Lembar Formulir Pengajuan Klaim (FPK) yang disetujui dan ditanda tangani oleh manajemen **PIHAK KEDUA** dan kuitansi asli bermaterai cukup;
12. *E-Catalogue* Obat atau katalog elektronik obat adalah sistem informasi elektronik yang memuat daftar, jenis, spesifikasi teknis, dan harga barang tertentu dari berbagai Penyedia Barang/Jasa Pemerintah, yang digunakan sebagai dasar pembayaran klaim pelayanan obat diluar paket INA CBG.
13. Fasilitas Kesehatan yang selanjutnya disingkat Faskes adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat;
14. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (disingkat FKRTL) yang selanjutnya disebut **PIHAK KEDUA** adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

- atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus;
15. Formularium Nasional adalah daftar obat yang disusun oleh komite nasional yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, didasarkan pada bukti ilmiah mutakhir berkhasiat, aman, dan dengan harga yang terjangkau yang disediakan serta digunakan sebagai acuan penggunaan obat dalam jaminan kesehatan nasional;
16. Identitas Peserta adalah identitas yang didapatkan sebagai bukti telah terdaftar sebagai Peserta Jaminan Kesehatan berupa Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang paling sedikit memuat nama dan nomor identitas Peserta yang terintegrasi dengan Nomor Identitas Kependudukan kecuali untuk bayi baru lahir;
17. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan atau iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah;
18. Kecurangan (*fraud*) adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja, untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
19. Kelas Perawatan adalah ruang perawatan kelas III, kelas II, dan kelas I sebagai manfaat non medis berupa akomodasi layanan rawat inap yang diberikan berdasarkan besaran iuran Peserta;
20. Klaim layak yang dimaksud di dalam Perjanjian ini adalah klaim yang sudah diverifikasi oleh verifikator **PIHAK KESATU** dan memenuhi

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	





ketentuan administrasi dan atau pelayanan yang berlaku sesuai dengan perjanjian ini sehingga dapat dibayarkan oleh **PIHAK KESATU**;

21. 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, dan atau ketidaksepakatan (*dispute*) baik dalam hal koding maupun medis;
22. Klaim tidak layak yang dimaksud di dalam Perjanjian ini adalah klaim yang sudah diverifikasi namun tidak memenuhi ketentuan administrasi dan atau pelayanan yang berlaku sehingga tidak dapat dibayarkan oleh **PIHAK KESATU**;
23. Klasifikasi Rumah Sakit adalah Penetapan kelas Rumah Sakit didasarkan pada: pelayanan; sumber daya manusia; peralatan; dan bangunan dan prasarana, dengan kewenangan penetapan sesuai sesuai ketentuan yang berlaku;
24. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya;
25. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
26. Penyelesaian ketidaksepakatan (*dispute*) baik dalam hal koding maupun medis yang dimaksud di dalam Perjanjian ini adalah waktu yang di butuhkan untuk menyelesaikan permasalahan tersebut dengan merujuk pada *Service Level Agreement (SLA)* yang berlaku.
27. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan;
28. Rekredensialing adalah proses penilaian ulang terhadap pemenuhan persyaratan kriteria wajib, kriteria teknis dan penilaian kinerja

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>h</i>	<i>↑</i>

- pelayanan terhadap **PIHAK KEDUA** yang akan melakukan perpanjangan kerja sama dengan BPJS Kesehatan, yang dilakukan paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum perjanjian berakhir;
29. Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit;
30. Sumber Daya Manusia (SDM) Klinis adalah profesional pemberi asuhan klinis yang dimiliki **PIHAK KEDUA** yang merupakan staf klinis profesional yang langsung memberikan asuhan kepada pasien;
31. *Survey Walk Through Audit (WTA)* adalah umpan balik yang diberikan oleh peserta JKN-KIS atau potret pengalaman peserta JKN-KIS tentang pelayanan yang diberikan oleh **PIHAK KESATU** dan atau **PIHAK KEDUA**, yang bertujuan untuk mendapatkan informasi terkait pengalaman peserta BPJS Kesehatan atas pelayanan **PARA PIHAK**, dan dapat digunakan hasilnya oleh **PARA PIHAK** untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan;
32. *Tarif Indonesian-Case Based Group* yang selanjutnya disebut Tarif INA CBG merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun nonmedis, berdasarkan peraturan yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan;
33. Tarif Non INA CBG merupakan tarif untuk beberapa pelayanan tertentu yaitu alat bantu kesehatan, obat kemoterapi, obat penyakit kronis, CAPD dan PET scan. Tata cara pengajuan klaim Tarif Non INA CBG dilakukan secara terpisah dari sistem INA CBG berdasarkan peraturan yang ditetapkan oleh Menteri;
34. Tim Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional **PIHAK KESATU** atau selanjutnya disebut Tim PK-JKN **PIHAK KESATU** adalah Tim yang dibentuk BPJS Kesehatan dalam rangka pencegahan

7

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang berasal dari unit kerja yang melaksanakan fungsi pencegahan kecurangan di Kantor Cabang, termasuk melakukan audit berupa verifikasi paska klaim;

35. Tim Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional **PIHAK KEDUA** adalah Tim pencegahan Kecurangan JKN di **PIHAK KEDUA** terdiri atas unsur satuan pemeriksaan internal, komite medik, perekam medis, Koder, dan unsur lain yang terkait dalam rangka pencegahan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional sesuai ketentuan perundang-undangan;
36. Urun Biaya adalah tambahan biaya yang dibayar Peserta pada saat memperoleh Manfaat pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan.

PASAL 2

MAKSUD DAN TUJUAN

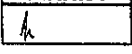

- (1) Maksud dari Perjanjian adalah melakukan kerja sama yang setara dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan.
- (2) Tujuan dari Perjanjian ini adalah terselenggaranya Jaminan Kesehatan bagi Peserta dengan syarat dan ketentuan yang diatur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

8

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

- dari rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
- (2) Dalam hal terdapat penambahan lingkup pelayanan oleh **PIHAK KEDUA** dalam jangka waktu pelaksanaan Perjanjian, maka **PIHAK KESATU** akan melakukan kredensialing terhadap pemenuhan persyaratan wajib dan persyaratan teknis sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku, untuk kemudian dituangkan di dalam Addendum Perjanjian.
 - (3) Penambahan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Pasal ini, tidak termasuk dalam hal terjadinya penambahan SDM Klinis untuk jenis pelayanan yang telah tersedia pada saat penandatanganan Perjanjian.
 - (4) Uraian Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan dan Prosedur Pelayanan Kesehatan bagi Peserta sebagaimana tercantum dalam Lampiran I Perjanjian ini.

PASAL 4

HAK DAN KEWAJIBAN PARA PIHAK

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

(1) Hak **PIHAK 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**

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>h</i>	<i>f</i>

tanpa menggunakan alat dokumentasi/foto/fotocopy sesuai dengan peraturan perundang-undangan) dengan didampingi **PIHAK KEDUA** yang diberi kewenangan oleh Direktur/Pimpinan **PIHAK KEDUA**;

- c. Memberikan teguran dan atau peringatan tertulis kepada **PIHAK KEDUA** dalam hal terjadinya penyimpangan terhadap pelaksanaan kewajiban **PIHAK KEDUA** dalam Perjanjian ini dengan melibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Asosiasi Fasilitas Kesehatan dalam rangka upaya pembinaan;
- d. Meninjau kembali Perjanjian ini apabila **PIHAK KEDUA** tidak memberikan tanggapan terhadap teguran dan/atau peringatan tertulis ditembuskan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Asosiasi Fasilitas Kesehatan setempat;
- e. Melakukan audit terhadap klaim yang telah dibayarkan kepada **PIHAK KEDUA** yang dilakukan oleh **PIHAK KESATU** dan Auditor Eksternal;
- f. Mendapatkan jaminan perlindungan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- g. Menerima informasi dari **PIHAK KEDUA** dalam hal Peserta Jaminan Kesehatan meninggal dunia.

(2) Kewajiban **PIHAK 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 sejak klaim diajukan oleh **PIHAK KEDUA** dan diterima oleh **PIHAK KESATU**. Dalam hal **PIHAK KESATU** tidak

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

- mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 (sepuluh) hari maka berkas klaim dinyatakan lengkap;
- c. Dalam hal klaim pending, **PIHAK KESATU** wajib memberikan alasan yang jelas atas klaim pending tersebut;
- d. Melakukan pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat 15 (lima belas) hari sejak diterbitkannya berita acara kelengkapan berkas klaim atau sejak sudah terpenuhinya ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b Pasal ini. Dalam hal pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** jatuh pada hari libur maka pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** dilakukan pada hari kerja berikutnya;
- e. Bersama Dinas Kesehatan melakukan evaluasi dan penilaian atas pelayanan kesehatan yang diberikan **PIHAK KEDUA** secara berkala baik berupa rekredensialing atau penilaian kinerja;
- f. Melakukan sosialisasi ketentuan dan prosedur terkait Jaminan Kesehatan kepada stakeholder terkait/pihak yang berkepentingan secara berkala minimal 1* (satu) kali dalam 3 (tiga) bulan berkoordinasi dengan **PIHAK KEDUA**;
- g. Menyimpan rahasia informasi peserta yang digunakan untuk proses pembayaran klaim;
- h. Menyimpan setiap pengetahuan dan informasi rahasia yang menyangkut Pihak lainnya, dengan tidak mengungkapkan atau memberitahukan kepada siapapun atau menggunakan atau mengeksploitasi untuk tujuan apapun termasuk melakukan usaha yang sungguh-sungguh untuk mencegah pegawainya melakukan hal tersebut;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

- i. Membayar kekurangan pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** dalam hal terjadinya kekurangan bayar berdasarkan hasil audit yang telah disepakati dengan pihak **KESATU**;
- j. Menjaga nama baik (reputasi) **PIHAK KEDUA**;
- k. Membentuk Tim Pencegahan Kecurangan JKN sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- l. Dalam hal kebutuhan administrasi manajemen yang berkaitan dengan kepentingan **PIHAK KESATU**, maka **PIHAK KESATU** menyediakan aplikasi dan sumber daya lainnya yang akan dipergunakan oleh **PIHAK KEDUA** untuk kepentingan proses pendaftaran pelayanan Peserta JKN-KIS di fasilitas kesehatan **PIHAK KEDUA** dan untuk pencetakan surat eligibilitas Peserta JKN-KIS, yang kemudian akan dilakukan integrasi dengan Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) terbatas hanya yang berhubungan dengan administrasi klaim **PIHAK KEDUA**;
- m. Menyelenggarakan pelayanan penanganan pengaduan Peserta di Fasilitas Kesehatan bersama dengan **PIHAK KEDUA**;
- n. Menerima pengajuan klaim **PIHAK KEDUA** dengan ketentuan yaitu berupa 1 (satu) kali pengajuan klaim reguler dan 1 (satu) kali pengajuan klaim susulan dan 1 (satu) kali pengajuan klaim pending dalam setiap 1 (satu) bulan.

(3) Hak **PIHAK KEDUA**:

- a. Memperoleh informasi tentang kepesertaan, pembayaran, prosedur pelayanan kesehatan, tata cara pengajuan klaim dan mekanisme kerja sama;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>k</i>	<i>l</i>

- b. Menerima pembayaran klaim atas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap;
- c. Memperoleh informasi dan aplikasi (*software*) terkait dengan sistem informasi manajemen pelayanan yang berlaku dalam rangka tata kelola administrasi;
- d. Memberikan klarifikasi dan informasi terhadap hasil audit klaim kepada **PIHAK KESATU**.
- e. Menerima kekurangan pembayaran dari **PIHAK KESATU** dalam hal terjadinya kekurangan bayar berdasarkan hasil audit;
- f. Apabila setelah memberikan klarifikasi hasil audit klaim, **PARA PIHAK** belum menemukan kesepakatan, maka **PARA PIHAK** dapat mengajukan penyelesaian sesuai dengan hirarki penyelesaian dispute klaim kepada DPM, TKMKB, Kementerian Kesehatan, TPK atau ke Dewan Pertimbangan Klinis sesuai dengan kewenangan masing masing;
- g. Memberikan klarifikasi dan jawaban terhadap teguran dari **PIHAK KESATU**.

(4) Kewajiban **PIHAK KEDUA**:

- a. Melayani Peserta dengan baik sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan kedokteran, prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku bagi **PIHAK KEDUA** serta tidak melakukan pungutan biaya tambahan diluar ketentuan kepada peserta Jaminan Kesehatan;
- b. Melaksanakan dan mendukung program Jaminan Kesehatan sesuai ketentuan perundang-undangan;
- c. Menyediakan perangkat keras (*hardware*) dan jaringan komunikasi data dengan spesifikasi yang sudah ditentukan;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

- d. Menyediakan Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) yang juga ditempatkan di fasilitas kesehatan **PIHAK KEDUA** untuk kepentingan proses pendaftaran pelayanan peserta JKN-KIS, yang secara fungsional telah memenuhi persyaratan yang ditentukan **PIHAK 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 **PIHAK KEDUA**, sistem antrian dan informasi ketersediaan Tempat Tidur Rawat Inap baik Perawatan Biasa (Umum) maupun Perawatan Khusus (*Intensive*) yang dapat diakses oleh peserta dan fasilitas kesehatan, serta informasi lain. Termasuk di dalam informasi lain adalah meminta rekam medis berupa ringkasan rekam medis (resume medis). Dalam hal dibutuhkan untuk kepentingan audit, **PIHAK KESATU** dapat melihat rekam medis sesuai dengan ketentuan perundang-undangan;
- f. Mengembalikan kelebihan pembayaran kepada **PIHAK KESATU** apabila terbukti terdapat kelebihan pembayaran berdasarkan hasil audit;
- g. Menyediakan unit yang memiliki fungsi pelayanan informasi dan penanganan pengaduan Peserta Jaminan Kesehatan;
- h. Memberikan jaminan perlindungan terhadap keamanan, kesehatan, dan keselamatan peserta, petugas dan pengunjung di lingkungan Rumah Sakit **PIHAK KEDUA** sesuai ketentuan perundang-undangan.
- i. Menjaga nama baik (reputasi) **PIHAK KESATU**;
- j. Membentuk Tim Pencegahan Kecurangan JKN sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- k. Menyimpan setiap pengetahuan dan informasi rahasia yang menyangkut Pihak lainnya, dengan tidak mengungkapkan atau

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>h</i>	<i>h</i>

memberitahukan kepada siapapun atau menggunakan atau mengeksploitasi untuk tujuan apapun termasuk melakukan usaha yang sungguh-sungguh untuk mencegah pegawainya melakukan hal tersebut. Pemberian informasi ini dikecualikan untuk kepentingan perbaikan JKN secara keseluruhan;

1. **PIHAK KEDUA** dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan wajib menginformasikan ketersediaan ruang rawat inap kepada peserta;
- m. 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.
- n. Memberikan informasi kepada **PIHAK KESATU** dalam hal Peserta Jaminan Kesehatan meninggal dunia.

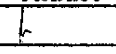
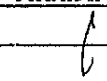
PASAL 5

KERAHASIAAN INFORMASI

1. **PARA PIHAK** termasuk pegawainya diwajibkan untuk menyimpan setiap pengetahuan dan informasi rahasia yang menyangkut Pihak lainnya serta dilarang, tanpa persetujuan tertulis dari Pihak lainnya untuk memberitahukan, membuka atau memberikan informasi, keterangan atau hal yang sejenisnya yang menyangkut isi atau yang berhubungan dengan Perjanjian ini, selama berlakunya dan sesudah berakhirnya Perjanjian ini, kepada pihak ketiga lainnya baik yang berupa badan hukum, perorangan, kecuali:

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>h</i>	<i>l</i>

- a. Kepada instansi pemerintah yang berwenang mengatur atau mengeluarkan ijin tentang hal-hal yang diperjanjikan dalam Perjanjian ini;
 - b. Informasi tersebut yang saat ini atau sewaktu-waktu di kemudian hari dapat menjadi atau tersedia untuk masyarakat umum;
 - c. Diperintahkan oleh badan peradilan atau instansi pemerintah lainnya secara tertulis dan resmi, berkaitan dengan proses penegakan hukum atas suatu perkara yang terkait dengan hal-hal yang diatur dalam Perjanjian ini;
 - d. Menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia, informasi tersebut harus disampaikan kepada pihak lain yang disebut secara jelas dalam peraturan perundang-undangan tersebut.
2. 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
3. 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**.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

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:
- 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);



PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>b</i>	<i>c</i>

5) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.



c. hak ruang perawatan kelas I bagi:

- 1) Pejabat Negara dan anggota keluarganya;
- 2) Pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah beserta anggota keluarganya;
- 3) Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
- 4) Prajurit dan penerima pensiun Prajurit yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
- 5) Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
- 6) Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya;
- 7) Janda, duda, atau anak yatim dan/atau piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan;
- 8) Peserta Pekerja Penerima Upah selain angka 1) sampai dengan angka 5), kepala desa dan perangkat desa, dan Pekerja/pegawai sesuai ketentuan perundang-undangan, dengan Gaji atau Upah lebih dari Rp4.000.000,00 (empat juta rupiah); dan
- 9) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.



(3) Peserta dapat meningkatkan perawatan yang lebih tinggi dari haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan atau membayar selisih

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	



- 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:
- Peserta yang bersangkutan;
 - Pemberi kerja; atau
 - 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/tambahan biaya setiap episode rawat inap dengan ketentuan:
- untuk kenaikan kelas pelayanan rawat inap dari kelas 3 ke kelas 2, dari kelas 3 ke kelas 1, dan dari kelas 2 ke kelas 1, harus membayar selisih biaya antara tarif INA CBG pada kelas rawat inap lebih tinggi yang dipilih dengan tarif INA CBG pada kelas rawat inap yang sesuai hak peserta;
 - untuk kenaikan kelas pelayanan rawat inap ke kelas VIP dengan fasilitas 1 (satu) tingkat di atas kelas 1, pembayaran tambahan biaya ditentukan sebagai berikut:

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

- 1) untuk naik kelas dari kelas 1 ke kelas VIP, pembayaran tambahan biaya paling banyak sebesar 75% (tujuh puluh lima perseratus) dari Tarif INA CBG kelas 1;
 - 2) untuk naik kelas dari kelas 2 ke kelas VIP, adalah selisih tarif INA CBG kelas 1 dengan tarif INA CBG kelas 2 ditambah pembayaran tambahan biaya dari kelas 1 ke kelas VIP paling banyak sebesar 75% (tujuh puluh lima perseratus) dari Tarif INA CBG kelas 1; dan
 - 3) untuk naik kelas dari kelas 3 ke kelas VIP adalah selisih tarif INA CBG kelas 1 dengan tarif INA CBG kelas 3 ditambah pembayaran tambahan biaya dari kelas 1 ke VIP paling banyak sebesar 75% (tujuh puluh lima perseratus) dari Tarif INA CBG kelas 1.
- (8) Dalam hal peserta menginginkan naik kelas pelayanan rawat inap di atas kelas VIP sebagaimana dimaksud pada ayat (7) huruf b, maka harus membayar selisih biaya antara tarif rumah sakit pada kelas yang dipilih dengan tarif INA CBG pada kelas yang menjadi haknya.
- (9) Ketentuan mengenai tambahan biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (7) diatas ditetapkan oleh direktur/kepala rumah sakit, kepala daerah, atau pemilik rumah sakit sesuai dengan status kepemilikannya.
- (10) **PIHAK KEDUA** wajib menginformasikan ketentuan mengenai selisih biaya atau tambahan biaya kepada peserta sebelum peserta menerima pelayanan di atas kelas yang menjadi haknya.
- (11) 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.



PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

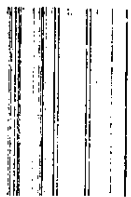
- (12) Apabila kelas sesuai hak peserta penuh dan kelas satu tingkat di atasnya penuh, peserta dapat dirawat di kelas satu tingkat lebih rendah paling lama 3 (tiga) hari dan kemudian dikembalikan ke kelas perawatan sesuai dengan haknya. Apabila perawatan di kelas yang lebih rendah dari haknya lebih dari 3 (tiga) hari, maka **PIHAK KESATU** membayar kepada **PIHAK KEDUA** sesuai dengan kelas dimana peserta dirawat.
- (13) Apabila ruang rawat inap yang menjadi hak peserta penuh maka **PIHAK KEDUA** membuat lembar pernyataan ruang rawat inap penuh yang ditandatangani minimal oleh Kepala Ruangan, atau dibuktikan dengan sarana informasi *real-time* yang dapat diakses oleh publik.
- (14) 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**.
- (15) **PIHAK KEDUA** wajib memberitahukan kepada Peserta konsekuensi yang timbul (perkiraan selisih biaya) dari hal berkehendak mengambil kelas/kamar perawatan di atas haknya dan meminta kepada Peserta untuk menandatangani surat pernyataan bersedia membayar selisih biaya yang timbul.
- (16) Dalam hal Peserta Jaminan Kesehatan (kecuali peserta PBI dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah) menginginkan kenaikan kelas perawatan atas permintaan sendiri, Peserta atau anggota keluarga harus menandatangani **surat pernyataan tertulis** dan selisih biaya menjadi tanggung jawab peserta.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

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 sesuai klasifikasi rumah sakit kelas B dan regional tarif I
- (4) Apabila pada pertengahan masa berlakunya Perjanjian ini **PIHAK KEDUA** mendapatkan perubahan kategori dan/atau klasifikasi RS yang dibuktikan dengan Surat Izin Operasional yang diberikan oleh Menteri atau Pemerintah Daerah Provinsi atau Pemerintah Daerah Kabupaten/kota, maka **PIHAK KESATU** akan melakukan rekredensialing terhadap pemenuhan kriteria teknis yang dipersyaratkan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Dalam hal terdapat adanya ketidaksesuaian pemenuhan kriteria teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diatas, maka **PARA PIHAK** akan membuat kesepakatan masa transisi pemenuhan kebutuhan tersebut dalam jangka waktu paling lama 6 (enam) bulan sejak pemberitahuan

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	



tertulis oleh **PIHAK KEDUA** yang selanjutnya akan dituangkan dalam Addendum Perjanjian dan diketahui oleh Dinas Kesehatan Propinsi

- (6) Pembayaran klaim didasarkan pada tarif INA CBG yang berlaku sebelum pemberitahuan tertulis tentang perubahan kategori dan/atau klasifikasi RS sampai dengan terpenuhinya kriteria sebagaimana dimaksud pada ayat (4) pasal ini.
- (7) Pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang diberikan **PIHAK KEDUA** merupakan salah satu komponen yang dibayarkan dalam paket *Indonesian Case Based Groups* (INA CBG).
- (8) Penggunaan obat diluar Formularium Nasional/diluar restriksi dan atau persepan maksimal hanya dimungkinkan setelah mendapat rekomendasi dari Komite Farmasi dan Terapi dengan persetujuan Komite Medik atau Kepala/Direktur rumah sakit yang biayanya sudah termasuk dalam tarif INA CBG dan tidak boleh dibebankan kepada peserta.
- (9) Pelayanan Alat Kesehatan sudah termasuk dalam paket (INA CBG). **PIHAK KEDUA** dan jejaringnya wajib menyediakan alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan oleh Peserta sesuai indikasi medis.
- (10) Pelayanan obat penyakit kronis dan obat kemoterapi dibayarkan berdasarkan tarif diluar paket INA CBG sesuai ketentuan yang berlaku.
- (11) Pelayanan obat sebagaimana dimaksud pada ayat (10) di atas diberikan oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) atau Apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Dalam hal pelayanan obat tersebut dilakukan oleh IFRS, maka pelayanan obat diluar paket INA CBG termasuk ke dalam lingkup Perjanjian ini.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

- (12) Pelayanan alat bantu kesehatan yang diberikan **PIHAK KEDUA** dibayarkan berdasarkan tarif di luar paket INA CBG sesuai ketentuan yang berlaku.
- (13) Pelayanan alat bantu kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (12) diberikan oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) atau jejaringnya, kecuali untuk pelayanan kacamata diberikan oleh Optik yang bekerja sama dengan **PIHAK 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.

PASAL 9

JANGKA WAKTU PERJANJIAN

- (1) Perjanjian ini berlaku untuk 1 (satu) tahun dan secara efektif berlaku terhitung sejak tanggal 01 Januari 2019 dan berakhir pada tanggal 31 Desember 2019.
- (2) Selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan sebelum berakhirnya Jangka Waktu Perjanjian, **PARA PIHAK** sepakat untuk saling memberitahukan maksudnya apabila hendak memperpanjang Perjanjian ini melalui surat tertulis.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

- (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

MONITORING DAN EVALUASI

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

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

maka BPJS Kesehatan harus melaporkan kepada Menteri untuk dilakukan revidi.

- (6) Hasil revidi kelas rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diatas dijadikan dasar penyesuaian kontrak oleh BPJS Kesehatan dengan rumah sakit.
- (7) Untuk kepentingan pemeriksaan atau audit yang dilaksanakan oleh pihak internal maupun pihak eksternal, disamping bukti pendukung klaim sebagaimana dimaksud dalam Lampiran II Perjanjian, **PIHAK KEDUA** juga wajib untuk menyediakan bukti pelayanan lain yang dibutuhkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, sepanjang bukti yang diminta berhubungan dengan kasus yang di audit.
- (8) Selain audit yang dilakukan oleh tim audit internal BPJS Kesehatan, Tim PK-JKN BPJS Kesehatan Kantor Cabang bersama verifikator BPJS Kesehatan melakukan audit (pemeriksaan) rutin berupa verifikasi paska klaim sebagai berikut:
 - a. Audit Klaim Berkala, adalah audit yang dilakukan (pemeriksaan) rutin dengan cara pengambilan sampling klaim dalam jangka waktu 3 (tiga) bulanan.
 - b. Audit Klaim Insiden, merupakan Audit Klaim yang dilakukan secara sewaktu-waktu.
 - c. Audit Klaim Menyeluruh, adalah Audit yang dilakukan pada seluruh Klaim di sebuah Rumah Sakit. Audit Klaim Menyeluruh dilakukan di Rumah Sakit yang memiliki temuan potensi inefisiensi/Fraud dari hasil Audit Klaim berkala (dua kali temuan dalam periode waktu satu tahun) atau Audit Klaim Insiden (tiga kali temuan dalam periode waktu satu tahun).

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

PASAL 11
KADALUARSA KLAIM

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

PASAL 12
SANKSI

- (1) Dalam hal ditemukan ketidaksesuaian terhadap pelaksanaan isi Perjanjian yang dilakukan oleh **PARA PIHAK**, maka masing-masing **PIHAK** berhak meminta klarifikasi kepada **PIHAK** lain secara tertulis dengan tembusan ke Dinas Kesehatan setempat, Asosiasi Fasilitas Kesehatan setempat dan Badan Pengawas Rumah Sakit.
- (2) **PIHAK KESATU** dapat mengakhiri Perjanjian (tidak melanjutkan kerja sama) apabila **PIHAK KEDUA** tidak lulus atau tidak memenuhi standar pada tahap evaluasi sebagaimana dimaksud pada Pasal 10 ayat (3) dan (4) sesuai ketentuan perundang-undangan); atau dapat melanjutkan

27

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>k</i>	<i>f</i>

perjanjian dengan ketentuan yang ditetapkan oleh perundang-undangan;

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

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

- (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.



PASAL 13

PENGAKHIRAN PERJANJIAN

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

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

- d. Salah satu Pihak melakukan merger, konsolidasi, atau diakuisisi oleh perusahaan lain yang mengakibatkan berubah atau berakhirnya ijin operasional. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal disahkannya pelaksanaan merger, konsolidasi atau akuisisi tersebut oleh Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia;
- e. Salah satu Pihak dinyatakan bangkrut atau pailit oleh pengadilan. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal dikeluarkannya keputusan pailit oleh Pengadilan; dan
- f. Salah satu Pihak mengadakan/berada dalam keadaan likuidasi. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal Pihak yang bersangkutan telah dinyatakan dilikuidasi secara sah menurut ketentuan dan prosedur hukum yang berlaku.
- (2) Dalam hal **PIHAK KEDUA** bermaksud untuk mengakhiri Perjanjian ini secara sepihak sebelum berakhirnya Jangka Waktu Perjanjian, **PIHAK KEDUA** wajib memberikan pemberitahuan tertulis kepada **PIHAK KESATU** 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.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

PASAL 14
KEADAAN MEMAKSA (*FORCE MAJEURE*)

- (1) Yang dimaksud dengan keadaan memaksa (selanjutnya disebut "*Force Majeure*") adalah suatu keadaan yang terjadinya di luar kemampuan, kesalahan atau kekuasaan **PARA PIHAK** dan yang menyebabkan Pihak yang mengalaminya tidak dapat melaksanakan atau terpaksa menunda pelaksanaan kewajibannya dalam Perjanjian ini. *Force Majeure* tersebut meliputi bencana alam, banjir, wabah, perang (yang dinyatakan maupun yang tidak dinyatakan), pemberontakan, huru-hara, pemogokkan umum, kebakaran, dan kebijaksanaan Pemerintah yang berpengaruh secara langsung terhadap pelaksanaan Perjanjian ini.
- (2) Dalam hal terjadinya peristiwa *Force Majeure*, maka Pihak yang terhalang untuk melaksanakan kewajibannya tidak dapat dituntut oleh Pihak lainnya. Pihak yang terkena *Force Majeure* wajib memberitahukan adanya peristiwa *Force Majeure* tersebut kepada Pihak yang lain secara tertulis paling lambat 14 (empat belas) hari kalender sejak saat terjadinya peristiwa *Force Majeure*, yang dikuatkan oleh surat keterangan dari pejabat yang berwenang yang menerangkan adanya peristiwa *Force Majeure* tersebut. Pihak yang terkena *Force Majeure* wajib mengupayakan dengan sebaik-baiknya untuk tetap melaksanakan kewajibannya sebagaimana diatur dalam Perjanjian ini segera setelah peristiwa *Force Majeure* berakhir.
- (3) Apabila peristiwa *Force Majeure* tersebut berlangsung terus hingga melebihi atau diduga oleh Pihak yang mengalami *Force Majeure* akan melebihi jangka waktu 30 (tiga puluh) hari kalender, maka **PARA PIHAK** sepakat untuk meninjau kembali Jangka Waktu Perjanjian ini.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>f</i>	<i>f</i>

- (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 15

PENYELESAIAN PERSELISIHAN

- (1) Setiap perselisihan, pertentangan dan perbedaan pendapat sehubungan dengan Perjanjian ini akan diselesaikan secara musyawarah dan mufakat oleh **PARA PIHAK**.
- (2) Dalam upaya penyelesaian perselisihan, pertentangan dan perbedaan pendapat, **PARA PIHAK** sepakat menggunakan jalur secara berjenjang melalui Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB), Dewan Pertimbangan Medik (DPM) dan atau Tim Pertimbangan Klinis (TPK) hingga Dewan Pertimbangan Klinis (DPK) sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Apabila musyawarah dan mufakat tidak tercapai, maka **PARA PIHAK** sepakat untuk menyerahkan penyelesaian perselisihan tersebut melalui Pengadilan.
- (4) Mengenai Perjanjian ini dan segala akibatnya, **PARA PIHAK** memilih kediaman hukum atau domisili yang tetap dan umum di Kantor Panitera Pengadilan Negeri Kudus .
- (5) Dalam hal terjadi dispute klaim, maka alur penatalaksanaan penyelesaian dilaksanakan dengan ketentuan sebagaimana terlampir di dalam Perjanjian. Penyelesaian dispute klaim dapat dilaksanakan melalui koordinasi dengan:

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II

- a. Tingkat Kantor Cabang
 - Dispute koding : Penanggung jawab klaim **PIHAK KESATU**.
 - Dispute medis : Penanggung jawab klaim **PIHAK KESATU**, Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya RS dan Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya Kantor Cabang.
 - b. Tingkat Provinsi
 - Dispute medis : Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya tingkat Provinsi, Dewan Pertimbangan Medik Provinsi, Tim Pertimbangan Klinis Provinsi.
 - c. Tingkat Pusat
 - Dispute koding : P2JK Kemenkes RI.
 - Dispute medis : Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya tingkat Pusat, Dewan Pertimbangan Medik Pusat, Dewan Pertimbangan Klinis, P2JK Kemenkes RI, Organisasi Profesi.
- (6) Terhadap klaim yang telah disetujui, **PIHAK KESATU** melakukan pembayaran sesuai ketentuan tanpa menunggu penyelesaian *dispute* klaim.

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:

33

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>k</i>	<i>f</i>

- 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.

PASAL 17

PEMBERITAHUAN

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

PIHAK KESATU: BPJS Kesehatan Cabang Kudus
 Kompleks Perkantoran
 Jl. Mejobo Mlati Kidul Kudus
 u.p. : Kepala Cabang Kudus

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>h</i>	<i>f</i>

Telepon : 0291 435587

Faksimile : -

Email : *kc-kudus@bpjs-kesejatan.go.id*

PIHAK KEDUA: RSUD dr Loekmono Hadi Kabupaten Kudus

Jl. dr Lukmonohadi No. 19 Kudus

u.p. : Direktur RSUD dr Loekmono Hadi
Kabupaten Kudus

Telepon : 0291 444001

Faksimile : 0291 438195

Email : *rsudkudus@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 dan atau faksimile dianggap telah diterima pada saat telah diterima kode jawabannya (*answerback*) pada pengiriman email dan konfirmasi faksimile pada pengiriman faksimile.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>h</i>	<i>f</i>

PASAL 18

LAIN-LAIN

(1) Pengalihan Hak dan Kewajiban

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

(2) Keterpisahan

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

(3) Perubahan

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

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

(4) Batasan Tanggung Jawab

PIHAK 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

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>h</i>	<i>h</i>

profesinya seperti, termasuk tetapi tidak terbatas pada, kesalahan dalam melakukan pemeriksaan dan pengobatan, kesalahan dalam memberikan indikasi medis atau kesalahan dalam memberikan tindakan medis.

(5) Hukum Yang Berlaku

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

(6) Supply Chain Financing (SCF)

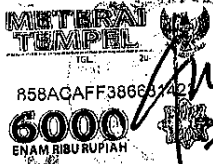
Merupakan program pembiayaan oleh Bank yang khusus diberikan kepada Fasilitas Kesehatan mitra BPJS Kesehatan untuk membantu percepatan penerimaan piutang (tagihan klaim pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan).

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

PIHAK KESATU
BPJS KESEHATAN
CABANG KUDUS



Maya Susanti, S.E, M.M
Manager



Dr. H. Abdul Aziz Achyar, M.Kes
Direktur

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II