

RUANG LINGKUP DAN PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN

I. RUANG LINGKUP

A. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)

1. Administrasi pelayanan; meliputi biaya pendaftaran peserta berobat, penerbitan surat eligibilitas peserta, pembuatan kartu dan biaya administrasi lain yang terjadi selama proses perawatan pelayanan kesehatan pasien antara lain blangko SEP, blangko medis, protokol terapi, luaran aplikasi INA-CBG, *informe* regimen kemoterapi, surat keterangan dokter penanggung jawab rujukan (termasuk rujuk balik dan rujukan internal), catatan lembar bukti pelayanan;
2. Termasuk di dalam pelayanan administrasi adalah pendaftaran dugaan kasus Kecelakaan Lalu Lintas (KLL), kasus Kecelakaan dan Penyakit Akibat Kerja (KK-PAK), dan pemastian peserta Koordinasi Manfaat, yang dilakukan pada saat pendaftaran menggunakan Aplikasi Eligibilitas yang berlaku.
3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar sebagaimana dimaksud hanya berlaku untuk pelayanan gawat darurat pada unit gawat darurat, dan diatur dalam ketentuan tersendiri.
4. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialis dan subspesialis sesuai dengan indikasi medis;
5. Tindakan medis spesialisik baik bedah maupun non-bedah dengan indikasi medis;

6. Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai. Alat kesehatan sebagaimana dimaksud merupakan seluruh alat kesehatan yang digunakan dalam rangka penyembuhan, termasuk alat bantu kesehatan;
7. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
8. Rehabilitasi medis;
9. Pelayanan darah;
10. Pemulasaran jenazah pada pasien yang meninggal dunia di Fasilitas Kesehatan berupa pembersihan dan pemandian jenazah dan tidak termasuk peti jenazah;
11. Pelayanan Keluarga Berencana (KB) 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 pada lampiran IV C.1.

B. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)

1. Pemeriksaan, observasi, diagnosa, pengobatan, perawatan, rehabilitasi medik pada fasilitas rawat inap (bangsal/ruang rawat inap, dan/atau Perawatan inap nonintensif dan Perawatan inap di ruang intensif dan/atau ruang rawat inap lainnya);
2. Pelayanan dan tindakan medis spesialisik dan subspecialistik baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;

3. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
4. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
5. Rehabilitasi medis;
6. Pelayanan darah;
7. Pelayanan KB yang bersamaan dengan persalinan atau sesuai dengan ketentuan perundangan yang berlaku; dan
8. Apabila diperlukan, selain pelayanan kesehatan, peserta juga berhak mendapatkan pelayanan alat kesehatan tertentu termasuk alat bantu kesehatan (jenis dan besaran bantuan alat bantu kesehatan sesuai dengan Peraturan Menteri).
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 :
 - a. Ruang rawat inap kelas 1
 - b. Ruang rawat inap kelas 2
 - c. Ruang rawat inap kelas 3
 - d. Ruang rawat inap intensive
 - e. Ruang rawat inap isolasi

C. 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.

D. Pelayanan Obat

1. Peserta berhak mendapat pelayanan obat yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis.
2. Pelayanan obat diberikan pada pelayanan kesehatan rawat jalan dan/atau rawat inap 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, persepan maksimal dan ketentuan penerapan Formularium Nasional.
4. Pelayanan Obat di PIHAK KEDUA:
 - a. Obat yang termasuk dalam paket INA-CBG:

Penyediaan obat yang termasuk dalam paket INA-CBG dilakukan oleh Instalasi Farmasi PIHAK KEDUA atau apotek jejaring PIHAK KEDUA.
 - b. Obat yang termasuk dalam top up INA-CBG:

Jenis obat yang termasuk dalam top up INA CBG ditetapkan oleh Menteri.
 - c. Obat yang dapat ditagihkan di luar paket INA CBG, yaitu: Obat untuk penyakit kronis di PIHAK KEDUA; 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)
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: c_katalog@kemkes.go.id atau 081281753081 dan (021)5214872 atau nomor lain yang berlaku.

8. Setiap laporan kendala ketersediaan obat harus disertai dengan informasi: nama, sediaan dan kekuatan obat, nama pabrik obat dan nama distributor obat, tempat kejadian (nama dan alamat kota/kabupaten dan propinsi, depo farmasi/apotek/instalasi farmasi Rumah Sakit pemesan obat), tanggal pemesanan obat, hasil konfirmasi dengan distributor setempat, hal-hal lain yang terkait.

E. Pelayanan Alat Kesehatan

1. Pelayanan Alat Kesehatan dapat diberikan pada pelayanan kesehatan rawat jalan dan/atau rawat inap.
2. Jenis dan plafon harga alat kesehatan sesuai dengan Kompendium Alat Kesehatan yang ditetapkan oleh Menteri.
3. Pelayanan alat kesehatan yang dapat ditagihkan di luar paket INA CBG (Alat Bantu Kesehatan) terdiri dari:
 - a. Kacamata
 - b. Alat bantu dengar (*hearing aid*)
 - c. Prothesa alat gerak (kaki dan/atau tangan tiruan)
 - d. Prothesa gigi/gigi palsu
 - e. Korset Tulang Belakang (*Corset*)
 - f. Penyangga leher (*collar neck/cervical collar/neck brace*)
 - g. Alat bantu gerak berupa kruk penyangga tubuh
4. Alat kesehatan dan Alat Bantu Kesehatan diberikan kepada peserta Jaminan Kesehatan sesuai dengan indikasi medis.
5. Penyediaan alat bantu kesehatan dapat dilakukan oleh 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 PIHAK KEDUA yang bekerja sama.
- 2) Alat bantu dengar dapat diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali, atas indikasi medis.
- 3) Apabila sebelum 5 tahun diperlukan penggantian alat bantu dengar (*hearing aid*) oleh sebab apapun (perubahan ukuran, hilang, rusak dan sebab lain) maka 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 PIHAK KEDUA 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 PIHAK KESATU tidak menjamin.

d. Prothesa gigi/gigi palsu

- 1) Pelayanan prothesa gigi diberikan atas rekomendasi dokter gigi pada FKTP atau dokter gigi pada PIHAK KEDUA 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 PIHAK KEDUA 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 PIHAK KEDUA yang bekerja sama.

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

h. Alat bantu gerak berupa kruk penyangga tubuh

- 1) Pelayanan Alat bantu gerak berupa kruk penyangga tubuh merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada PIHAK KEDUA 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. Korset Tulang Belakang
 - b. Kruk Penyangga Tubuh
 - c. Collar Neck
 - d. Gigi Palsu

F. Pelayanan Rujukan Parsial

1. PIHAK KEDUA berkewajiban menyediakan sarana prasarana, atau berjejaring untuk memenuhi pelayanan sesuai kompetensi.
2. Rujukan parsial adalah pengiriman pasien atau spesimen ke 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
 - 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.

G. Pelayanan Ambulan

1. Pelayanan Ambulan merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar Fasilitas Kesehatan disertai dengan upaya menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien sesuai 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.
5. Tarif penggantian biaya pelayanan Ambulan sesuai dengan standar biaya ambulans yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Magelang.
6. Dalam kondisi pelayanan ambulans melintasi lebih dari 1 (satu) wilayah daerah Kabupaten/Kota sehingga terdapat lebih dari 1 (satu) tarif, tarif yang digunakan adalah tarif yang berlaku pada wilayah Fasilitas Kesehatan perujuk.
7. Tarif pelayanan Ambulan meliputi:
 - a. Penggunaan Ambulan untuk mengantarkan pasien dari Fasilitas Kesehatan perujuk ke Fasilitas Kesehatan penerima rujukan sampai Ambulan kembali ke tempat perujuk;
 - 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 RSUD Muntilan.

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

Pelayanan CAPD merupakan benefit pelayanan dengan standar tarif sebagai berikut:

1. Standar Tarif untuk pemasangan pertama CAPD sesuai dengan tarif INA-CBG.
2. Tarif Penggunaan *consumables* dan jasa pada pelayanan CAPD serta Tarif Penggunaan Transfer set pada pelayanan CAPD sesuai standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.

3. PIHAK KEDUA menyediakan dan mendistribusikan Consumable Set dan transfer set kepada pasien.

I. Pelayanan Kesehatan yang tidak dijamin.

1. Pelayanan atau hal-hal lain yang tidak termasuk jaminan yang ditanggung oleh PIHAK KESATU adalah sebagai berikut:
 - a. pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan meliputi rujukan atas permintaan sendiri dan pelayanan kesehatan lain yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan PIHAK KESATU, kecuali dalam keadaan darurat;
 - c. pelayanan kesehatan terhadap penyakit atau cedera akibat Kecelakaan Kerja atau hubungan kerja yang telah dijamin oleh program jaminan Kecelakaan Kerja atau menjadi tanggungan Pemberi Kerja;
 - d. pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas sesuai hak kelas rawat Peserta
 - e. pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
 - f. pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
 - g. pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
 - h. pelayanan meratakan gigi atau ortodonsi;
 - i. gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol;
 - j. gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
 - k. pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*);

- l. pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan atau eksperimen;
- m. alat dan obat kontrasepsi, kosmetik;
- n. perbekalan kesehatan rumah tangga;
- o. pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
- p. pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah;
- q. pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dalam rangka bakti sosial;
- r. pelayanan kesehatan akibat tindak pidana penganiayaan, kekerasan seksual, korban terorisme, dan tindak pidana perdagangan orang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- s. Pelayanan kesehatan tertentu yang berkaitan dengan Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Negara Republik Indonesia, sebagaimana dimaksud pada Peraturan Presiden Nomor 107 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Tertentu Berkaitan Dengan Kegiatan Operasional Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, Dan Kepolisian Negara Republik Indonesia:
 - 1) Pelayanan kesehatan promotif dan preventif;
 - 2) Pelayanan pemeriksaan kesehatan berkala anggota TNI dan PNS Kementerian Pertahanan;
 - 3) Pelayanan pemeriksaan kesehatan calon peserta rehabilitasi terpadu penyandang cacat personel Kementerian Pertahanan dan TNI;
 - 4) Pelayanan kesehatan rehabilitasi kecacatan personel Kementerian Pertahanan dan TNI;
 - 5) Pelayanan pemeriksaan kesehatan calon PNS Kementerian Pertahanan; dan

- 6) Pelayanan pemeriksaan kesehatan pendidikan pengembangan PNS Kementerian Pertahanan;
 - 7) Pemberian dukungan kesehatan latihan TNI;
 - 8) Pemberian dukungan kesehatan operasi TNI;
 - 9) Pemeriksaan kesehatan anggota TNI;
 - 10) Pelayanan kesehatan akibat kegiatan latihan dan operasi TNI; dan
 - 11) Kegiatan promotif, preventif, dan rehabilitatif kesehatan.
- t. Pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan;
- u. Pelayanan yang sudah ditanggung dalam program lain.
2. Masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah ditetapkan oleh pejabat yang berwenang.
 3. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri sebagaimana dimaksud pada angka 1 huruf j, pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan atau eksperimen sebagaimana dimaksud pada angka 1 huruf l, dan kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah sebagaimana dimaksud pada angka 1 huruf p ditetapkan oleh Menteri.

II. PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN

A. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)

1. Pelayanan kesehatan bagi Peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dan kompetensi Fasilitas Kesehatan dimulai dari FKTP Peserta terdaftar, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis
2. Pelayanan RJTL merupakan kelanjutan dari pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), berdasarkan surat rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

3. Peserta datang ke PIHAK KEDUA yang bekerja sama dengan PIHAK KESATU dan mengikuti prosedur umum pelayanan kesehatan dengan membawa surat rujukan dari FKTP.
4. PIHAK KEDUA memberikan pelayanan kesehatan sesuai indikasi medis.
5. Dalam hal Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, FKTP wajib merujuk ke PIHAK KEDUA 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 PIHAK KEDUA terdekat dari PIHAK KEDUA 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 PIHAK KEDUA penerima rujukan.
 - e. Apabila rujukan pasien merupakan rujukan parsial, biaya atas rujukan parsial sudah termasuk dalam paket INA-CBG pada PIHAK KEDUA perujuk dan tidak dapat ditagihkan kepada peserta.
 - f. Pelayanan yang diberikan kepada Peserta yang dirujuk ke PIHAK KEDUA dilakukan paling lama 3 (tiga) bulan.
 - g. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing PIHAK KEDUA.
 - h. PIHAK KEDUA wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam Aplikasi Sistem Informasi Manajemen yang telah disediakan PIHAK KESATU.
 - i. PIHAK KEDUA 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 menggunakan hak sebagai peserta JKN-KIS.
3. Bila pasien berkeinginan menjadi peserta JKN-KIS dapat diberi kesempatan untuk melakukan pendaftaran dan pembayaran iuran peserta JKN-KIS.
4. Peserta harus melengkapi syarat administrasi penerbitan SEP dalam waktu 3 x 24 jam hari kerja setelah masuk rawat inap atau sebelum pulang/meninggal/dirujuk apabila dirawat kurang dari 3 x 24 jam, dan kartu dalam status aktif.
5. Jika peserta tidak dapat melengkapi syarat sebagaimana dimaksud di atas maka peserta dinyatakan sebagai pasien umum.
6. 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.
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 PIHAK KEDUA 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 PIHAK KEDUA terdekat dari PIHAK KEDUA 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 PIHAK KEDUA penerima rujukan.
 - e. Apabila rujukan pasien merupakan rujukan parsial, biaya atas rujukan parsial sudah termasuk dalam paket INA-CBG pada PIHAK KEDUA perujuk dan tidak dapat ditagihkan kepada peserta.

C. Pelayanan Persalinan di PIHAK KEDUA

1. Pemberian jaminan persalinan sebagaimana pemberian jaminan perawatan tingkat lanjutan.
2. Prosedur pelayanan sesuai dengan ketentuan pelayanan di PIHAK KEDUA.
3. Manfaat jaminan kesehatan juga berlaku bagi bayi baru lahir dari Peserta paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan.
4. Pendaftaran kepesertaan bagi bayi baru lahir dilakukan sesuai ketentuan perundang-undangan sebagai berikut:
 - a) Bayi baru lahir dari ibu yang telah terdaftar sebagai Peserta Jaminan Kesehatan wajib didaftarkan kepada PIHAK KESATU paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan.
 - b) Bayi yang dilahirkan oleh ibu kandung yang terdaftar sebagai Peserta PBI Jaminan Kesehatan secara otomatis ditetapkan sebagai

Peserta PBI Jaminan Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- c) Pendaftaran bayi sebagaimana dimaksud pada angka 4 huruf a) mengaktifkan status kepesertaan bayi untuk mendapatkan manfaat jaminan pelayanan kesehatan selama waktu 28 (dua puluh delapan) hari sejak bayi dilahirkan dan masih dalam perawatan.
 - d) Untuk mendapatkan manfaat jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud pada angka 4 huruf c), bayi baru lahir harus dipastikan status kepesertaannya selambat-lambatnya 3 (tiga) hari kerja sejak yang bersangkutan dirawat atau sebelum selesai perawatan apabila dirawat kurang dari 3 (tiga) hari.
5. Penjaminan bayi baru lahir dari persalinan spontan dengan kondisi sehat termasuk dalam satu episode dengan pelayanan ibunya.
 6. Penjaminan Bayi Baru Lahir dengan kondisi yang memerlukan perawatan tersendiri mengikuti prosedur sebagai berikut:
 - a. Setelah peserta mendapatkan nomor identitas JKN-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.
 - 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 di PIHAK KEDUA yang bekerja sama dengan PIHAK KESATU 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 PIHAK KEDUA (Apotek atau Optik) dengan menyerahkan lembar salinan SEP dan resep alat kesehatan yang telah dilegalisasi.
 - d. Petugas PIHAK KEDUA melakukan verifikasi resep dan bukti pendukung lain, kemudian menyerahkan alat kesehatan kepada Peserta.
 - e. Peserta menandatangani bukti pelayanan.

F. Pelayanan Gawat Darurat

1. Peserta yang memerlukan pelayanan gawat darurat dapat langsung memperoleh pelayanan di unit gawat darurat tanpa surat rujukan dari FKTP.
2. Fasilitas Kesehatan melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, termasuk obat dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) sesuai dengan indikasi medis.

3. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan.
4. Fasilitas kesehatan wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam Aplikasi Sistem Informasi Manajemen yang telah disediakan PIHAK KESATU.
5. Dalam hal pemberian pelayanan gawat darurat, Fasilitas Kesehatan dilarang menarik biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta.

G. Pelayanan Rujuk Balik

1. Peserta mendapatkan pelayanan di 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.
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
BPJS KESEHATAN
CABANG MAGELANG**



**dr. DYAH MIRYANTI AAK
KEPALA**

**PIHAK KEDUA
RSUD MUNTILAN
KABUPATEN MAGELANG**



**dr. M. SYUKRI, M.P.H
DIREKTUR**

Lampiran II Perjanjian

Nomor : 560/KTR/VI-04/1219

Nomor : 019.5/2997/42/2019

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** bulan pelayanan sebelumnya.
 - c. serta **klaim pending/klaim dispute**.
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.

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 4, berkas klaim dinyatakan lengkap.
8. Hari ke 10 (sepuluh) sebagaimana dimaksud pada angka 6 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;
- b. bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP);
- c. hasil pemeriksaan penunjang;
- d. surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan rumah sakit;
- e. *checklist* klaim rumah sakit; dan
- f. luaran sistem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi PIHAK KESATU.

Keterangan:

Fasilitas Kesehatan di daerah terpencil yang belum memiliki jaringan komunikasi data, luaran aplikasi pengajuan klaim sebagaimana dimaksud dalam angka 6 huruf f dapat dikirimkan dalam media penyimpanan data kepada 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;
- 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 dalam angka 7 huruf h dapat dikirimkan dalam media penyimpanan data kepada PIHAK KESATU.

12. Pengajuan klaim pelayanan Obat untuk penyakit kronis dan obat kemoterapi, kelengkapan khusus sebagaimana dimaksud pada poin 9 huruf b adalah sebagai berikut:
 - a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;
 - b. resep obat dan protokol terapi untuk obat kemoterapi; dan
 - c. dokumen lain yang dipersyaratkan sesuai restriksi obat dalam FORNAS.
13. Pengajuan klaim pelayanan Alat Bantu Kesehatan, kelengkapan khusus sebagaimana dimaksud pada poin 9 huruf b adalah sebagai berikut:
 - a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;
 - b. klaim pelayanan kacamata dilengkapi dengan:
 - 1) resep kacamata; dan
 - 2) tanda bukti penerimaan kacamata yang memuat harga kacamata.
Keterangan: Penyelenggara pelayanan kacamata adalah Optikal yang bekerja sama dengan PIHAK KESATU.
 - c. Pengajuan klaim pelayanan alat bantu dengar harus dilengkapi dengan:
 - 1) resep alat bantu dengar;
 - 2) hasil pemeriksaan audiometri; dan
 - 3) tanda bukti penerimaan alat bantu dengar memuat harga alat bantu dengar.
 - d. Pengajuan klaim pelayanan protesa alat gerak harus dilengkapi dengan:
 - 1) resep protesa alat gerak; dan
 - 2) tanda bukti protesa alat gerak yang memuat harga protesa alat gerak;
 - e. Pengajuan klaim pelayanan protesa Gigi harus dilengkapi dengan:
 - 1) resep protesa gigi; dan
 - 2) tanda bukti penerimaan protesa gigi yang memuat harga protesa gigi.
 - f. Pengajuan klaim Korset Tulang Belakang harus dilengkapi dengan:

- 1) resep korset tulang belakang; dan
 - 2) tanda bukti penerimaan korset tulang belakang yang memuat harga korset tulang belakang.
- g. Pengajuan klaim pelayanan *Collar Neck* harus dilengkapi dengan:
- 1) resep *collar neck*; dan
 - 2) tanda bukti penerimaan *collar neck* yang memuat harga *collar neck*.
- h. Pengajuan klaim pelayanan Kruk harus dilengkapi dengan:
- 1) resep kruk; dan
 - 2) tanda bukti penerimaan kruk yang memuat harga kruk.
- i. Penagihan Alat Bantu Kesehatan diluar paket INA-CBG yang penyediaanya dilakukan oleh 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;
 - 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 Peritonal 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; 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 RJTL atau RITL.
17. Dalam hal PIHAK KEDUA telah melaksanakan sistem pengelolaan klaim secara elektronik, PIHAK KESATU dapat meminta dokumen kelengkapan administrasi klaim dalam bentuk *softcopy* dan/atau melalui transaksi data elektronik.
18. 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 4 atau lampiran II angka 6.
 - 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 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 4; atau
 - 2) 15 (lima belas) hari sejak berkas klaim otomatis dinyatakan lengkap sebagaimana dimaksud dalam Lampiran II angka 6.
- i. Dalam hal pembayaran kepada 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 : RSUD Muntilan
Nomor Rekening : 1062000666
Bank : Bank Jateng
Cabang : Cabang Pembantu Muntilan

19. Ketentuan Denda Keterlambatan Pembayaran Tagihan Klaim

- a. PIHAK KESATU wajib membayarkan ganti rugi keterlambatan pembayaran tagihan klaim pelayanan kesehatan sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan secara proporsional.
- b. Dalam hal terjadi keterlambatan pembayaran klaim oleh PIHAK KESATU, maka akan dihitung mulai pada hari ke-16 sejak berita acara kelengkapan berkas klaim dikeluarkan.
- c. Ganti rugi sebagaimana dimaksud dihitung secara proporsional untuk setiap hari kalender keterlambatan sesuai ketentuan yang berlaku.
- d. PIHAK KEDUA dapat memanfaatkan program *Supply Chain Financing (SCF)* dengan pihak Bank untuk memastikan terselenggaranya pelayanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan.

20. Pelaksanaan 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.
- e. Tugas dan tanggung jawab seorang koder adalah melakukan kodifikasi diagnosis dan tindakan/prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien sesuai dengan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur yang bersumber dari rekam medis pasien. Apabila dalam melakukan pengkodean diagnosis atau tindakan/prosedur koder menemukan kesulitan ataupun ketidaksesuaian dengan aturan umum pengkodean, maka koder harus melakukan klarifikasi dengan dokter.
- f. Proses koding dilakukan sesuai dengan diagnosis yang ditegakkan oleh dokter. Jika ditemukan kesalahan atau inkonsistensi pencatatan diagnosis, maka koder harus melakukan klarifikasi kepada dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP).
- g. Dalam hal tertentu coder dapat membantu proses penulisan diagnosis sesuai ICD-10 dan ICD-9 CM. Dokter penanggung jawab harus menuliskan nama dengan jelas serta menandatangani resume medik;
- h. Pasien yang masuk ke instalasi rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di instalasi rawat jalan atau instalasi gawat darurat hanya diklaim sebagai 1 (satu) episode INA-CBG dengan jenis pelayanan rawat inap;
- i. Pasien yang datang pada dua atau lebih instalasi rawat jalan dengan dua atau lebih diagnosis akan tetapi diagnosis tersebut merupakan diagnosis sekunder dari diagnosis utamanya maka diklaimkan sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri yang mengatur tentang Episode Perawatan;
- j. PIHAK KEDUA melakukan pelayanan dengan efisien dan efektif agar biaya pelayanan seimbang dengan tarif INA-CBG.

21. Apabila dalam pengajuan klaim/tagihan oleh PIHAK KEDUA terdapat klaim/tagihan yang bermasalah (*dispute claim*) maka berhak untuk menanggukhan pembayaran atas klaim/tagihan yang bermasalah tersebut. Penyelesaian *dispute claim* mengacu pada regulasi yang berlaku.
22. Dalam hal terjadi ketidaksesuaian pada saat verifikasi administrasi atau verifikasi pelayanan maka PIHAK KESATU berhak melakukan konfirmasi kepada PIHAK KEDUA dan Peserta.

**PIHAK KESATU
BPJS KESEHATAN
CABANG MAGELANG**



dr. DYAH MIRYANTI, AAK
KEPALA

**PIHAK KEDUA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
MUNTILAN KABUPATEN
MAGELANG**



dr. M. SYUKRI, M.P.H
DIREKTUR

Lampiran III Perjanjian

Nomor : 560/KIR/VI-04/2019

Nomor : 019.6/2017/48/2019

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



**KESEPAKATAN BERSAMA
REGIONALISASI TARIF PELAYANAN KESEHATAN
BAGI PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT LANJUTAN**

Pada hari ini Rabu tanggal Dua Puluh Satu bulan Desember tahun Dua Ribu Enam Belas yang bertanda tangan dibawah ini:

1. Nama **Dr. Aris Jatmiko, MM, AAK**
Jabatan **Kepala BPJS Kesehatan Divisi Regional VI**
Alamat **Jalan Teuku Umar Nomor 43 Semarang**
Berindak untuk dan atas nama serta sah mewakili BPJS Kesehatan Divisi Regional VI berdasarkan Keputusan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 1280/Pog-04/0318 tanggal 15 Maret 2018, selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**.

2. Nama **Dr. Arif Rahman Sadad, SpF, MEd, SH, DHM**
Jabatan **Sekretaris Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) Daerah Jawa Tengah**
Alamat **Jl. Dr. Sutomo No. 18 Semarang**
Berindak untuk dan atas nama serta sah mewakili PERSI Daerah Jawa Tengah berdasarkan Keputusan Pengurus Pusat Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia Nomor 153/SK/PP-PERSI/2015 Tanggal 5 Januari 2015 Tentang Pengurus PERSI dan MAKERSI Daerah Jawa Tengah Periode Tahun 2014 - 2017, selanjutnya disebut **PIHAK KEDUA**.

Selanjutnya **PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA** bersepakat tentang Regionalisasi Tarif Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan sebagai berikut:

Regionalisasi Tarif Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan:

Provinsi Jawa Tengah	Regional Regional I (Satu)
-------------------------	-------------------------------

PIHAK PERTAMA
BPJS KESEHATAN DIVISI REGIONAL VI

Dr. Aris Jatmiko, MM, AAK
NPP: 0222H

PIHAK KEDUA
PERSI DAERAH JAWA TENGAH

Dr. Arif Rahman Sadad, SpF, MEd, SH, DHM
NPP: 187002202009011082

Lampiran II Perjanjian

Nomor : 560/KTR/VI-04/1219

Nomor : 019.5/2007/AB/2019

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** bulan pelayanan sebelumnya.
 - c. serta **klaim pending/klaim dispute**.
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