

PERJANJIAN KERJA SAMA
ANTARA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN CABANG
MAGELANG
DENGAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUNTILAN
TENTANG
PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN
BAGI PESERTA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

Nomor : 560/KTR/VI-04/1219

Nomor : 019.5 / 2957 / 48 / 2019

Perjanjian ini dibuat dan ditandatangani di Magelang, pada hari Senin tanggal Tiga puluh bulan Desember tahun Dua ribu sembilan belas, oleh dan antara:

- I. **dr. DYAH MIRYANTI, AAK** selaku Kepala BPJS Kesehatan Cabang Magelang yang berkedudukan dan berkantor di Jalan Gatot Subroto No. 2 Magelang, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Keputusan Direksi BPJS Kesehatan Nomor : 5174/Peg-04/1217 tanggal 11 Desember 2017 karenanya sah bertindak untuk dan atas nama serta mewakili BPJS Kesehatan, selanjutnya disebut "**PIHAK KESATU**";
- II. **dr. M. SYUKRI, MPH** selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang yang berkedudukan dan berkantor di Jalan Kartini No. 13 Muntilan, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Keputusan Bupati Magelang Nomor : 180.182/57/KEP/13/2016 tanggal 3 Maret 2016 karenanya sah

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
/ 6	/ 4

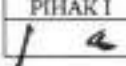
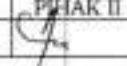
bertindak untuk dan atas nama serta mewakili Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang, selanjutnya disebut "**PIHAK KEDUA**".

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:

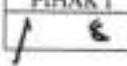
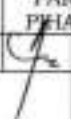
1. Alat Kesehatan adalah instrumen, apparatus, mesin, dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosa, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan pada manusia dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh;
2. Alat bantu kesehatan adalah alat kesehatan yang dibayarkan diluar paket kapitasi dan/atau INA CBG sesuai ketentuan yang berlaku;
3. Asosiasi Fasilitas Kesehatan adalah Asosiasi fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.O2.O2/MENKES/252/2016 tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan, yang ditetapkan untuk melakukan negosiasi besaran pembayaran pelayanan kesehatan, pelaksanaan seleksi dan kredensialing fasilitas kesehatan yang akan bekerja sama dengan BPJS

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

- 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 bisnis. Fungsi bisnis yang dimaksud di dalam perjanjian adalah fungsi pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan meliputi proses kerja sama, penyelenggaraan pelayanan kesehatan, pengajuan dan pembayaran tagihan klaim sebagaimana dimaksud di dalam lingkup perjanjian;
 5. Audit Administrasi Klaim adalah proses mencari, menemukan, dan mengumpulkan bukti secara sistematis terkait ketentuan administrasi klaim yang bertujuan mengungkapkan terjadi atau tidaknya suatu penyalahgunaan pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan. Audit Administrasi Klaim dilakukan oleh Tim PK-JKN **PIHAK KESATU** sekurang-kurangnya 2 (dua) kali dalam setahun **hanya** dalam hal ditemukan indikasi penyalahgunaan. Hasil dari Audit Administrasi Klaim dapat berupa: klaim yang telah sesuai dan klaim yang tidak sesuai. Terhadap klaim yang tidak sesuai ketentuan dan dinyatakan terjadi kelebihan pembayaran, maka **PIHAK KEDUA** wajib melakukan pengembalian sesuai ketentuan. Dalam hal **PIHAK KEDUA** tidak sepakat untuk melakukan pengembalian, maka terhadap hasil Audit Administrasi Klaim tersebut dapat dilakukan tindak lanjut penyelesaian (eskalasi) kepada Tim PK-JKN Kabupaten/Kota dan seterusnya sesuai ketentuan perundang-undangan;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
/ s	J

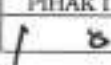
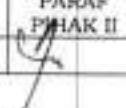
6. Auditor BPJS Kesehatan atau Auditor **PIHAK KESATU** adalah pegawai tetap **PIHAK KESATU** yang diberi tugas (dengan melampirkan surat tugas), tanggung jawab, wewenang, dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan audit;
7. Auditor Eksternal **PIHAK KESATU** adalah lembaga pengawas independen yang melakukan pengawasan terhadap BPJS Kesehatan sesuai ketentuan perundang-undangan;
8. 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;
9. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum, yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. BPJS Kesehatan merupakan badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada Presiden;
10. Bulan Pelayanan adalah bulan dimana **PIHAK KEDUA** memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta;
11. Dewan Pertimbangan Klinis (DPK) dan Tim Pertimbangan Klinis Provinsi (TPK) adalah Dewan yang dibentuk oleh Menteri untuk DPK dan oleh Gubernur untuk TPK guna memberikan pertimbangan klinis terkait pelaksanaan Program JKN guna penguatan sistem dan penyelesaian sengketa klinis;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

12. Dokumen klaim diterima lengkap adalah diterimanya berkas pengajuan klaim termasuk berkas pendukung pelayanan secara lengkap sesuai yang dipersyaratkan. Kelengkapan dokumen pembayaran klaim terdiri dari: dokumen pengajuan klaim, Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) dan Formulir Persetujuan Hasil Verifikasi (FPHV) yang disetujui dan ditandatangani oleh manajemen **PIHAK KEDUA** dan kuitansi asli bermaterai cukup;
13. *E-Catalogue* Obat atau katalog elektronik obat adalah sistem informasi elektronik yang memuat daftar, jenis, spesifikasi teknis, dan harga barang tertentu dari berbagai Penyedia Barang/Jasa Pemerintah, yang digunakan sebagai dasar pembayaran klaim pelayanan obat diluar paket INA CBG;
14. Fasilitas Kesehatan yang selanjutnya disingkat Faskes adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat;
15. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (disingkat FKRTL) yang selanjutnya disebut **PIHAK KEDUA** adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus;
16. Formularium Nasional adalah daftar obat yang disusun oleh komite nasional yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, didasarkan pada bukti ilmiah mutakhir berkhasiat, aman, dan dengan harga yang terjangkau yang disediakan serta digunakan sebagai acuan penggunaan obat dalam jaminan kesehatan nasional;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
/ 8	/

17. Identitas Peserta adalah identitas yang didapatkan sebagai bukti telah terdaftar sebagai Peserta Jaminan Kesehatan berupa Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang paling sedikit memuat nama dan nomor identitas Peserta yang terintegrasi dengan Nomor Identitas Kependudukan kecuali untuk bayi baru lahir;
18. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan atau iuran Jaminan kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah;
19. Kecurangan (*fraud*) adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja, untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
20. Kelas Perawatan adalah ruang perawatan kelas III, kelas II, dan kelas I sebagai manfaat non medis berupa akomodasi layanan rawat inap yang diberikan berdasarkan besaran iuran Peserta;
21. Klaim *dispute* adalah klaim atas pelayanan kesehatan yang belum dapat disetujui pembayarannya oleh **PIHAK KESATU** dikarenakan adanya ketidaksepakatan antara **PIHAK KESATU** dengan **PIHAK KEDUA** yang dinyatakan dengan Berita Acara Dispute Klaim;
22. Klaim kadaluarsa adalah klaim yang sudah melewati batas ketentuan pengajuan yaitu lebih dari 6 (enam) bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan;
23. Klaim layak yang dimaksud di dalam Perjanjian ini adalah klaim yang sudah diverifikasi oleh verifikator **PIHAK KESATU** dan memenuhi

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

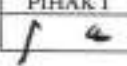
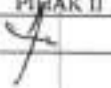
- ketentuan administrasi dan atau pelayanan yang berlaku sesuai dengan perjanjian ini sehingga dapat dibayarkan oleh **PIHAK KESATU**;
24. Klaim *pending* yang dimaksud di dalam Perjanjian ini adalah klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh **PIHAK KESATU** dikarenakan adanya ketidaklengkapan administrasi, masih dalam proses konfirmasi;
 25. Klaim reguler adalah penagihan klaim periodik bulan pelayanan sebelumnya yang ditagihkan pada Bulan berjalan. Klaim reguler ditagihkan satu bulan penuh atau minimal ditagihkan 75% dari jumlah SEP terbit yang tertuang dalam Surat Pengajuan Klaim dilengkapi dengan dokumen pengajuan klaim;
 26. Klaim susulan adalah sisa tagihan klaim reguler sesuai dengan jumlah yang tertuang dalam surat pengajuan klaim dan atau klaim pending yang belum diajukan pada periode pertama pengajuan klaim bulan sebelumnya;
 27. Klaim tidak layak adalah klaim yang sudah diverifikasi namun tidak memenuhi ketentuan administrasi dan atau pelayanan yang berlaku sehingga tidak dapat dibayarkan oleh **PIHAK KESATU**;
 28. Klasifikasi Rumah Sakit adalah Penetapan kelas Rumah Sakit didasarkan pada: pelayanan; sumber daya manusia; peralatan; dan bangunan dan prasarana, dengan kewenangan penetapan sesuai ketentuan yang berlaku;
 29. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya;
 30. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan;
 31. Penyelesaian ketidaksepakatan (*dispute*) baik dalam hal koding maupun medis yang dimaksud di dalam Perjanjian ini adalah waktu yang

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
/ S	/ J



- dibutuhkan untuk menyelesaikan permasalahan tersebut dengan merujuk pada *Service Level Agreement (SLA)* yang berlaku;
32. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan;
 33. Rekredensialing adalah proses penilaian ulang terhadap pemenuhan persyaratan kriteria wajib, kriteria teknis dan penilaian kinerja pelayanan terhadap **PIHAK KEDUA**, dalam rangka menilai kesesuaian kelas Rumah Sakit berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan dan dalam rangka akan melakukan perpanjangan kerja sama dengan BPJS Kesehatan. (Untuk Rumah Sakit dilakukan paling cepat 6 bulan sebelum perjanjian berakhir);
 34. *Review* Kelas adalah pembinaan dan pengawasan oleh Menteri dalam rangka kesesuaian kelas rumah sakit sesuai dengan standar klasifikasi yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan, yang dilaksanakan menggunakan instrumen penilaian berupa aplikasi RS online dan Aplikasi Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK);
 35. Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit;
 36. Sumber Daya Manusia (SDM) Klinis adalah profesional pemberi asuhan klinis yang dimiliki **PIHAK KEDUA** yang merupakan staf klinis profesional yang langsung memberikan asuhan kepada pasien;
 37. *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

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

- digunakan hasilnya oleh **PARA PIHAK** untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan;
38. 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;
 39. 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;
 40. Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya atau selanjutnya disebut TKMKB adalah Tim yang dibentuk sesuai ketentuan perundang-undangan dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya dalam penyelenggaraan program jaminan sosial kesehatan. TKMKB terbagi atas tim koordinasi dan tim teknis. Tim koordinasi terdiri dari unsur: a. organisasi profesi; b. akademisi; dan c. pakar klinis. Tim teknis terdiri dari unsur klinisi yang merupakan komite medis **PIHAK KEDUA**;
 41. Tim Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional **PIHAK KESATU** atau selanjutnya disebut Tim PK-JKN **PIHAK KESATU** adalah Tim yang dibentuk BPJS Kesehatan dalam rangka pencegahan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang berasal dari unit kerja yang melaksanakan fungsi pencegahan kecurangan di Kantor Cabang, termasuk melakukan audit administrasi klaim;
 42. 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

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

- kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional sesuai ketentuan perundang-undangan;
43. Urun Biaya adalah tambahan biaya yang dibayar Peserta pada saat memperoleh Manfaat pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan;
 44. Selisih Biaya adalah tambahan biaya yang dibayar Peserta pada saat memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi daripada haknya;
 45. Verifikasi adalah proses uji kebenaran terhadap tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan **PIHAK KEDUA**, yang dilakukan secara rutin setiap bulannya oleh Verifikator **PIHAK KESATU**, menggunakan aplikasi yang berlaku;
 46. Verifikasi Paska Klaim adalah proses uji kebenaran terhadap klaim yang sudah dibayarkan kepada **PIHAK KEDUA** yang terindikasi adanya ketidaksesuaian dengan ketentuan perundang-undangan, yang dilakukan secara rutin setiap bulannya oleh Verifikator **PIHAK KESATU**. Hasil dari verifikasi paska klaim dapat berupa: klaim yang telah sesuai dan klaim yang tidak sesuai. Terhadap klaim yang tidak sesuai ketentuan dan dinyatakan terjadi kelebihan pembayaran, maka **PIHAK KEDUA** wajib melakukan pengembalian sesuai ketentuan. Dalam hal **PIHAK KEDUA** tidak sepakat untuk melakukan pengembalian, maka terhadap hasil verifikasi paska klaim tersebut dapat dilakukan tindak lanjut penyelesaian (eskalasi) kepada Tim PK-JKN **Kabupaten/Kota** dan seterusnya sesuai ketentuan perundang-undangan;
 47. Verifikator adalah pegawai tetap **PIHAK KESATU** yang diberi tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan proses verifikasi tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan yang diajukan **PIHAK KEDUA**.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

PASAL 2
MAKSUD DAN TUJUAN

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

PASAL 3
RUANG LINGKUP DAN PROSEDUR

- (1) Ruang lingkup perjanjian ini meliputi pemberian Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan berupa upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang terdiri dari rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
- (2) Dalam hal akan terdapat penambahan lingkup pelayanan di dalam Perjanjian pada jangka waktu pelaksanaan Perjanjian, maka **PIHAK KESATU** akan melakukan kajian dan visitasi terhadap jenis pelayanan dimaksud, untuk kemudian dituangkan di dalam Addendum Perjanjian.
- (3) Penambahan lingkup pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Pasal ini, tidak termasuk dalam hal terjadinya penambahan SDM Klinis untuk jenis pelayanan yang telah tersedia pada saat penandatanganan Perjanjian.
- (4) Uraian Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan dan Prosedur Pelayanan Kesehatan bagi Peserta sebagaimana tercantum dalam Lampiran I Perjanjian ini.

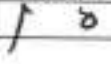

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>J B</i>	<i>[Signature]</i>

PASAL 4
HAK DAN KEWAJIBAN PARA PIHAK

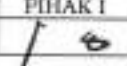

Tanpa mengesampingkan hak dan kewajiban dalam pasal-pasal lain dari Perjanjian ini, **PARA PIHAK** sepakat untuk merinci hak dan kewajiban masing-masing sebagaimana diuraikan sebagai berikut:

(1) Hak **PIHAK KESATU**

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

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

- g. Melakukan audit administrasi klaim sekurang-kurangnya 2 (dua) kali dalam setahun, hanya dalam hal ditemukan indikasi penyalahgunaan oleh Tim PK-JKN **PIHAK KESATU**;
- h. Melakukan audit terhadap klaim yang telah dibayarkan kepada **PIHAK KEDUA** yang dilakukan oleh Auditor **PIHAK KESATU**, dalam hal diperlukan sehubungan dengan kegiatan pemeriksaan di **PIHAK KESATU**;
- i. Mendapatkan jaminan perlindungan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- j. Menerima informasi dari **PIHAK KEDUA** dalam hal Peserta Jaminan Kesehatan meninggal dunia.
- (2) Kewajiban **PIHAK KESATU**
- a. Menyediakan dan memberikan informasi tentang kepesertaan, pembayaran, prosedur pelayanan kesehatan, tata cara pengajuan klaim, memberi umpan balik data utilisasi pelayanan kesehatan, dan mekanisme kerja sama pada **PIHAK KEDUA**;
- b. Mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari kalender sejak klaim diajukan oleh **PIHAK KEDUA** dan diterima oleh **PIHAK KESATU**. Dalam hal **PIHAK KESATU** tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 (sepuluh) hari kalender maka berkas klaim dinyatakan lengkap;
- c. **PIHAK KESATU** wajib memberikan alasan yang jelas dalam hal terdapat klaim pending;
- d. **PIHAK KESATU** wajib memberikan alasan yang tegas dan jelas dalam hal terdapat keterlambatan pembayaran klaim dan membayar denda keterlambatan sesuai ketentuan perundang-undangan sebagaimana dimaksud pada Pasal 12 ayat (8) perjanjian ini;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

- e. Melakukan pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat 15 (lima belas) hari sejak diterbitkannya berita acara kelengkapan berkas klaim atau sejak sudah terpenuhinya ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b. Dalam hal pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** jatuh pada hari libur maka pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** dilakukan pada hari kerja berikutnya;
- f. Melakukan evaluasi dan penilaian atas pelayanan kesehatan yang diberikan **PIHAK KEDUA** secara berkala baik berupa rekredensialing atau penilaian kinerja, bersama Dinas Kesehatan;
- g. Melakukan sosialisasi ketentuan dan prosedur terkait Jaminan Kesehatan secara berkala *stakeholder* terkait/pihak yang berkepentingan berkoordinasi dengan **PIHAK KEDUA**.
- h. Menyimpan rahasia informasi peserta yang digunakan untuk proses pembayaran klaim;
- i. Membayar kekurangan pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** dalam hal terjadinya kekurangan bayar berdasarkan hasil audit oleh pihak eksternal maupun internal dan/atau verifikasi paska klaim yang telah disepakati oleh **PARA PIHAK**;
- j. Menjaga nama baik (reputasi) **PIHAK KEDUA**;
- k. Membentuk Tim Pencegahan Kecurangan JKN sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- l. **PIHAK KESATU** menyediakan aplikasi yang akan dipergunakan oleh **PIHAK KEDUA** untuk kepentingan proses pendaftaran pelayanan Peserta JKN-KIS untuk pencetakan surat eligibilitas yang kemudian akan dilakukan integrasi dengan Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) terbatas hanya yang berhubungan dengan administrasi klaim **PIHAK KEDUA**;

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

- m. Menyelenggarakan pelayanan penanganan pengaduan Peserta 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, dengan ketentuan teknis sebagaimana diatur di dalam Lampiran Perjanjian;
- o. Memiliki kebijakan/pedoman dan melaksanakan prinsip *Good Corporate Governance*.

(3) Hak **PIHAK KEDUA**:

- a. Memperoleh informasi tentang kepesertaan, pembayaran, prosedur pelayanan kesehatan, tata cara pengajuan klaim dan mekanisme kerja sama;
- b. Menerima pembayaran klaim atas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap;
- c. Memperoleh informasi dan aplikasi (*software*) terkait dengan sistem informasi manajemen pelayanan yang berlaku dalam rangka tata kelola administrasi;
- d. Apabila dibutuhkan, memberikan klarifikasi dan informasi terhadap hasil verifikasi dan audit kepada **PIHAK KESATU**;
- e. Menerima kekurangan pembayaran dari **PIHAK KESATU** dalam hal terjadinya kekurangan bayar berdasarkan hasil audit oleh auditor internal dan eksternal yang melakukan pengawasan terhadap **PIHAK KESATU**;
- f. Apabila setelah memberikan klarifikasi dan informasi sebagaimana dimaksud pada huruf d diatas, **PARA PIHAK** belum menemukan kesepakatan, maka **PARA PIHAK** dapat mengajukan penyelesaian

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

sesuai dengan hirarki penyelesaian sesuai ketentuan perundang-undangan;

- g. Memberikan klarifikasi dan jawaban terhadap teguran dari **PIHAK KESATU**;
- h. Mengusulkan penambahan lingkup pelayanan yang belum ada di dalam Perjanjian, untuk selanjutnya dilakukan mekanisme sebagaimana dimaksud di dalam Pasal 3 ayat (2) Perjanjian ini.

(4) Kewajiban **PIHAK KEDUA**:

- a. Melayani Peserta dengan baik sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan kedokteran, prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku bagi **PIHAK KEDUA** serta tidak melakukan pungutan biaya tambahan diluar ketentuan kepada peserta Jaminan Kesehatan;
- b. Melaksanakan dan mendukung program Jaminan Kesehatan sesuai ketentuan perundang-undangan;
- c. Menyediakan perangkat keras (*hardware*) dan jaringan komunikasi data dengan spesifikasi yang sudah ditentukan;
- d. Menyediakan Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) yang mudah diakses oleh Peserta untuk kepentingan proses administrasi pelayanan Peserta JKN-KIS, yang secara fungsional telah memenuhi persyaratan yang ditentukan **PIHAK KESATU**, yang kemudian akan digunakan dalam rangka integrasi dengan Aplikasi **PIHAK KESATU**;
- e. Menyediakan data dan informasi tentang Sumber Daya Manusia Klinis, sarana prasarana, peralatan medis **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 memberikan rekam

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

- medis berupa ringkasan rekam medis (resume medis). Dalam hal dibutuhkan untuk menindaklanjuti hasil audit dan/atau verifikasi paska klaim, **PIHAK KESATU** dapat melihat rekam medis sesuai dengan ketentuan perundang-undangan;
- f. Dalam hal **PIHAK KESATU** dilakukan audit oleh Auditor Eksternal sesuai ketentuan perundang-undangan, kemudian terbukti terjadi kelebihan pembayaran, maka **PIHAK KEDUA** selaku pihak terkait berkewajiban memberikan konfirmasi dan mengembalikan kelebihan pembayaran tersebut;
 - g. Menyediakan unit yang memiliki fungsi pelayanan informasi dan penanganan pengaduan Peserta Jaminan Kesehatan terkait layanan peserta oleh **PIHAK KEDUA**;
 - 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. **PIHAK KEDUA** dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan wajib menginformasikan ketersediaan ruang rawat inap kepada peserta;
 - l. 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.
 - m. Memberikan laporan rutin setiap bulannya kepada **PIHAK KESATU** dalam hal Peserta Jaminan Kesehatan meninggal dunia, serta bertanggung jawab terhadap kebenaran data tersebut.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

- n. Memiliki kebijakan/pedoman dan melaksanakan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*.

PASAL 5
KERAHASIAAN INFORMASI

- (1) **PARA PIHAK** termasuk pegawainya diwajibkan untuk menyimpan setiap pengetahuan dan informasi rahasia yang menyangkut Pihak lainnya, dengan tidak mengungkapkan atau memberitahukan kepada siapapun atau menggunakan atau mengeksploitasi untuk tujuan apapun termasuk melakukan usaha yang sungguh-sungguh untuk mencegah pegawainya melakukan hal tersebut.
- (2) **PARA PIHAK** dilarang, tanpa persetujuan tertulis dari Pihak lainnya untuk memberitahukan, membuka atau memberikan informasi, keterangan atau hal yang sejenisnya yang menyangkut isi atau yang berhubungan dengan Perjanjian ini, selama berlakunya dan sesudah berakhirnya Perjanjian ini, kepada pihak ketiga lainnya baik yang berupa badan hukum, perorangan, kecuali:
- a. Kepada instansi pemerintah yang berwenang mengatur atau mengeluarkan ijin tentang hal-hal yang diperjanjikan dalam Perjanjian ini;
 - b. Informasi tersebut yang saat ini atau sewaktu-waktu di kemudian hari dapat menjadi atau tersedia untuk masyarakat umum;
 - c. Diperintahkan oleh badan peradilan atau instansi pemerintah lainnya secara tertulis dan resmi, berkaitan dengan proses penegakan hukum atas suatu perkara yang terkait dengan hal-hal yang diatur dalam Perjanjian ini;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
18	4

- d. Menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia, informasi tersebut harus disampaikan kepada pihak lain yang disebut secara jelas dalam peraturan perundang-undangan tersebut, dan atau untuk perbaikan Program Jaminan Kesehatan secara keseluruhan.
- (3) Pengetahuan dan informasi rahasia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- Informasi mengenai pasien
 - Informasi mengenai alasan penolakan klaim
 - Informasi mengenai rincian klaim
 - Informasi rahasia lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- (4) Pelaksanaan integrasi Aplikasi **PIHAK KESATU** dan **PIHAK KEDUA** sebagaimana dimaksud pada Pasal 4, yang menyebabkan terjadinya pertukaran data **PARA PIHAK**, maka penggunaan data yang dipertukarkan tersebut dilaksanakan terbatas untuk kepentingan **PARA PIHAK**.

PASAL 6 KELAS PERAWATAN

- (1) Hak Peserta atas kelas/kamar perawatan adalah sesuai dengan kelas/kamar perawatan.
- (2) Dalam hal Peserta harus menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit **PIHAK KEDUA**, maka **PIHAK KESATU** menjamin Peserta atas kelas/kamar perawatan yang ditentukan sebagai berikut:
- hak ruang perawatan kelas III bagi:
 - Peserta PBI Jaminan Kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah; dan

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
