

**PERJANJIAN KERJA SAMA
ANTARA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN
CABANG PALANGKA RAYA
DENGAN
KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN PULANG PISAU
TENTANG
PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT PERTAMA BAGI PESERTA
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN**

Nomor : 60/KTR/VIII-06/1122
Nomor : ~~1381/440/Kes-PP/XII-2022~~

Perjanjian Kerja Sama ini, dibuat dan ditandatangani di Pulang Pisau, pada hari Kamis tanggal Satu Bulan Desember tahun Dua Ribu Dua Puluh Dua, oleh dan antara :

- I. drg. **MUHAMMAD MASRUR RIDWAN, M. Kes, AAK** selaku Kepala Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Cabang Palangka Raya yang berkedudukan dan berkantor di Jalan Diponegoro No. 21 Palangka Raya, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Keputusan Direksi SDM dan Umum Nomor : 2871/Peg-04/1118 tanggal 16 November 2018 karenanya sah bertindak untuk dan atas nama serta mewakili Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (disingkat BPJS Kesehatan), selanjutnya disebut "**PIHAK KESATU**";

- II. dr. **PANDE PUTU GINA**, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pulang Pisau berdasarkan Surat Keputusan Bupati Pulang Pisau Nomor 821/050/Pemb-BKPP/XI/2022 tanggal 16 November 2022 yang berkedudukan dan beralamat kantor di Jalan W.A.D Duha Komplek Perkantoran Rey 4 Kab. Pulang Pisau, dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Dinas Kesehatan Pulang Pisau, selanjutnya disebut "**PIHAK KEDUA**".

Selanjutnya **PIHAK KESATU** dan **PIHAK KEDUA** yang secara bersama-sama disebut **PARA PIHAK** dan masing-masing disebut **PIHAK**.

PARA PIHAK terlebih dahulu menerangkan hal-hal sebagai berikut:

- A. bahwa **PIHAK KESATU** merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan Program Jaminan Sosial Kesehatan sebagaimana diamanatkan oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
- B. bahwa **PIHAK KEDUA** merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya;

Sehubungan dengan hal-hal tersebut di atas, **PARA PIHAK** setuju dan sepakat untuk menandatangani Perjanjian Kerjasama tentang Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan (yang selanjutnya disebut "Perjanjian"), dengan syarat dan ketentuan sebagai berikut.

PASAL 1 KETENTUAN UMUM

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

1. Apotek adalah sarana pelayanan kefarmasian tempat dilakukan praktik kefarmasian oleh Apoteker.
2. Asosiasi Fasilitas Kesehatan adalah asosiasi yang ditetapkan untuk melakukan negosiasi besaran pembayaran pelayanan kesehatan, pelaksanaan seleksi dan kredensialing Faskes yang akan bekerja sama dengan **PIHAK KESATU** serta pemberian masukan teknis dalam penyelenggaraan Program JKN, sesuai ketentuan perundangan, yang terdiri dari Asosiasi Dinas Kesehatan (ADINKES), Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN), Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia (PKFI), Ikatan Dokter Indonesia (IDI), dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI).
3. 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 tingkat pertama.
4. Auditor Internal **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.
5. Auditor Eksternal adalah lembaga pengawas independen, kantor akuntan publik dan atau lembaga pemeriksa lain.
6. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (disingkat BPJS Kesehatan) yang selanjutnya disebut **PIHAK KESATU** adalah badan hukum, yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

7. Dokter dan Dokter Gigi adalah lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
8. Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari Pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
9. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (disingkat FKTP) adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat nonspesialistik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
10. Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut Faskes adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
11. *Home Visit* adalah kegiatan pelayanan kunjungan ke rumah Peserta untuk pemberian informasi/edukasi kesehatan diri dan lingkungan bagi Peserta dan keluarga.
12. *Health Facilities Information System* yang selanjutnya disingkat HFIS adalah aplikasi berbasis laman yang dapat digunakan melalui internet publik oleh semua Faskes yang akan bekerja sama dan Faskes yang sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
13. Identitas Peserta adalah identitas yang didapatkan sebagai bukti telah terdaftar sebagai Peserta Jaminan Kesehatan. Identitas Peserta berupa Kartu Indonesia Sehat yang paling sedikit memuat nama dan nomor identitas Peserta yang terintegrasi dengan Nomor Identitas Kependudukan (NIK), kecuali untuk bayi baru lahir.
14. 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 luran Jaminan Kesehatan atau luran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah.
15. Jejaring Faskes adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang melakukan kerjasama dengan **PIHAK KEDUA** untuk meningkatkan aksesibilitas dan/atau menunjang pelayanan kesehatan di **PIHAK KEDUA**, antara lain laboratorium, apotek, bidan.
16. 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.

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

17. Kepatuhan Faskes terhadap Perjanjian Kerja Sama (PKS) adalah ketaatan faskes dalam melaksanakan ketentuan yang tertuang dalam PKS.
18. Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
19. Laboratorium adalah laboratorium kesehatan yang melaksanakan pelayanan pemeriksaan spesimen untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan perorangan terutama untuk menunjang upaya diagnosis penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.
20. Monitoring dan Evaluasi adalah kegiatan secara terus menerus untuk memantau perkembangan dalam pelaksanaan tugas dan menilai hasil yang telah dicapai serta kendala yang dihadapi.
21. Norma penetapan besaran Kapitasi adalah kriteria mengenai tingkat kelengkapan sumber daya dan pelayanan **PIHAK KEDUA** yang digunakan untuk penetapan besaran kapitasi bagi **PIHAK KEDUA**.
22. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
23. Pelayanan Non Kapitasi adalah pelayanan yang diberikan kepada Peserta dan tercakup dalam benefit yang berhak diterima oleh Peserta Program Jaminan Kesehatan dan dibayarkan sesuai dengan jenis dan jumlah pelayanan.
24. Pelayanan Obat adalah pemberian obat-obatan sesuai kebutuhan medis bagi Peserta baik pelayanan obat RJTP dan RITP.
25. Pelayanan Kontak Tidak Langsung adalah pemberian pelayanan kesehatan melalui sistem informasi yang digunakan oleh FKTP dan Peserta sebagai sarana komunikasi, atau melalui sistem informasi yang disediakan oleh BPJS Kesehatan.
26. Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja, yang selanjutnya disebut dengan Pembayaran KBK, adalah penyesuaian besaran tarif kapitasi berdasarkan hasil penilaian pencapaian indikator pelayanan kesehatan perseorangan yang disepakati berupa hasil kinerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam rangka peningkatan mutu pelayanan.
27. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan.
28. Program Pengelolaan Penyakit Kronis yang selanjutnya disingkat Prolanis adalah pelayanan kesehatan dengan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi dengan melibatkan peserta, **PIHAK KESATU** dan **PIHAK KEDUA** dalam rangka pemeliharaan kesehatan peserta penderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien.

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

29. Program Rujuk Balik adalah pelayanan kesehatan yang diberikan pada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih membutuhkan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang yang dilaksanakan di **PIHAK KEDUA** atas rekomendasi/rujukan dari dokter spesialis/sub-spesialis yang merawat.
30. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya.
31. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik dan dilaksanakan pada puskesmas perawatan/klinik pratama rawat inap/RS Kelas D Pratama, untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan medis lainnya, dimana Peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari.
32. Rawat Jalan Tingkat Pertama (untuk selanjutnya disebut RJTP) adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik yang dilaksanakan pada **PIHAK KEDUA** untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
33. Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh **PIHAK KESATU** kepada **PIHAK KEDUA** berdasarkan jumlah Peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
34. Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh **PIHAK KESATU** kepada **PIHAK KEDUA** berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
35. Tindakan Medis adalah tindakan yang bersifat operatif maupun non operatif yang dilaksanakan baik untuk tujuan diagnostik maupun pengobatan.
36. Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (selanjutnya disebut TKMKB) adalah tim yang dibentuk oleh **PIHAK KESATU** dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi dan pakar klinis.
37. Tim Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional **PIHAK KESATU** atau selanjutnya disebut Tim PK-JKN **PIHAK KESATU** adalah Tim yang dibentuk **PIHAK KESATU** dalam rangka pencegahan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang berasal dari unit kerja yang melaksanakan fungsi pencegahan kecurangan di Kantor Cabang, termasuk melakukan audit berupa verifikasi paska klaim dan audit administrasi klaim.
38. *Utilization review* merupakan suatu kegiatan penyediaan data, analisis, pemantauan dan tindak lanjut terhadap pemanfaatan pelayanan Kesehatan yang diberikan oleh **PIHAK**

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

5

KEDUA, sehingga pelayanan yang diterima oleh Peserta dapat terlaksana secara efektif dan efisien.

39. *Walk-through Audit* (WTA) yang selanjutnya disebut **KESSAN** atau Kesan Pesan setelah layanan di FKTP adalah suatu mekanisme evaluasi pemenuhan kewajiban **PIHAK KEDUA** sesuai ketentuan program Jaminan Kesehatan yang temaktub dalam Perjanjian Kerja Sama dengan **PIHAK KESATU** berdasarkan kesan pengalaman peserta setelah menerima layanan dari FKTP tempat dirinya terdaftar.

PASAL 2

MAKSUD DAN TUJUAN

- (1) Maksud Perjanjian ini adalah **PARA PIHAK** sepakat untuk melakukan kerja sama dalam penyediaan layanan kesehatan tingkat pertama bagi Peserta Jaminan Kesehatan.
- (2) Tujuan Perjanjian ini adalah mengatur syarat dan ketentuan dalam kerja sama dalam penyediaan layanan kesehatan tingkat pertama bagi Peserta Jaminan Kesehatan.

PASAL 3

RUANG LINGKUP DAN PROSEDUR

- (1) Ruang lingkup perjanjian ini meliputi pemberian Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama berupa pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik meliputi pelayanan rawat jalan dan/atau pelayanan rawat inap.
- (2) Uraian Ruang lingkup 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, dan lampiran-lampirannya, **PIHAK** sepakat untuk merinci hak dan kewajiban masing-masing sebagaimana diuraikan sebagai berikut:

(1) Hak **PIHAK KESATU**

- a. Menentukan besaran kapitasi berdasarkan norma penetapan besaran tarif kapitasi dan capaian kinerja **PIHAK KEDUA** sesuai ketentuan yang berlaku;
- b. Mendapatkan data dan informasi tentang Sumber Daya Manusia, jadwal pelayanan, sarana prasarana **PIHAK KEDUA** dan informasi lain tentang pelayanan kepada Peserta;

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

6

- c. Melakukan evaluasi atas capaian kinerja pelayanan kesehatan yang diberikan kepada Peserta oleh **PIHAK KEDUA**, termasuk audit terhadap klaim yang dilakukan oleh **PIHAK KESATU** dan/atau **PIHAK** lain sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- d. Menerima pemberitahuan dari **PIHAK KEDUA** apabila terdapat perubahan yang meliputi Surat izin operasional/berusaha berbasis risiko, Sumber Daya Manusia, kelengkapan sarana prasarana, lingkup pelayanan, kinerja pelayanan, waktu dan tempat praktik yang diinput pada aplikasi HFIS oleh **PIHAK KEDUA** paling lambat akhir bulan berjalan. Untuk FKTP non jarkomdat pemberitahuan diterima melalui dokumen tertulis;
- e. Menerima pemberitahuan dari **PIHAK KEDUA** perihal dokter pengganti sementara yang menggantikan dokter tetap, sesuai waktu layanan yang disepakati dan diinput pada aplikasi HFIS **PIHAK KEDUA**;
- f. Menerima Pakta Integritas jumlah tenaga medis yang diajukan oleh **PIHAK KEDUA** melalui aplikasi HFIS paling lambat setiap tanggal 4 bulan berikutnya sebagai dasar penetapan norma tarif kapitasi. Dikecualikan untuk FKTP non jarkomdat Pakta Integritas diterima melalui dokumen tertulis;
- g. Memperoleh rekam medis Peserta untuk kepentingan pembayaran biaya pelayanan kesehatan berupa ringkasan rekam medis dan melihat rekam medis Peserta dari **PIHAK KEDUA** dengan tetap menjaga kerahasiaan isi rekam medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dalam hal dibutuhkan untuk kepentingan audit administrasi klaim dengan format persetujuan peserta sebagaimana tercantum pada Lampiran VII dalam Perjanjian ini;
- h. Menerima data pelayanan kontak langsung dan kontak tidak langsung segera setelah **PIHAK KEDUA** melakukan pelayanan melalui aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama yang dikembangkan oleh **PIHAK KESATU** dan/atau laporan lainnya yang berkaitan dengan Program JKN dari **PIHAK KEDUA** dan Jejaring Faskesnya. Dikecualikan untuk FKTP yang berada diwilayah tidak tersedia jaringan komunikasi, data pelayanan dilaporkan dalam bentuk manual sebagaimana tercantum pada Lampiran IV dalam Perjanjian ini;
- i. Menerima pakta integritas *single login* sistem informasi **PIHAK KESATU** dari **PIHAK KEDUA** serta menerima informasi apabila terdapat perubahan data user system informasi;

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

7

- j. Menerima berkas tagihan Klaim Non Kapitasi dan pengajuan penggantian biaya kegiatan kelompok prolanis secara periodik dan lengkap;
- k. Memperhitungkan kompensasi pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** jika terjadi ketidaksesuaian dasar pembayaran kapitasi, klaim non kapitasi dan/atau klaim kegiatan kelompok prolanis;
- l. Menerima pemberitahuan dari **PIHAK KEDUA** apabila terdapat perubahan informasi mengenai keuangan meliputi perubahan nomor rekening, nama bank, nama rekening, dan Nomor Pokok Wajib Pajak secara tertulis dan melalui sistem pada aplikasi HFIS;
- m. Mendapatkan informasi terkait dengan penyediaan fungsi pelayanan informasi dan penanganan pengaduan di **PIHAK KEDUA**;
- n. Menerima informasi dari **PIHAK KEDUA** terkait laporan sisa dana kapitasi tahun anggaran 2022 dan/atau tahun 2021 yang belum selesai diperhitungkan sampai dengan bulan Desember 2022 hasil audit BPK yang disampaikan oleh PPKD selaku BUD kepada **PIHAK KESATU** sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- o. Menerima informasi Peserta yang dirujuk oleh **PIHAK KEDUA** melalui aplikasi P-Care milik **PIHAK KESATU**.

2. Kewajiban **PIHAK KESATU**

- a. Menyediakan data Peserta terdaftar secara berkala setiap bulan melalui aplikasi **PIHAK KESATU**;
- b. Melakukan pembayaran pelayanan kesehatan kepada **PIHAK KEDUA** sebagai berikut:
 - 1) kapitasi sesuai jumlah Peserta terdaftar, besaran tarif kapitasi dan hasil pencapaian penilaian kinerja.
 - 2) Klaim non kapitasi sesuai dengan ketentuan tarif yang berlaku
- c. Melakukan pembayaran biaya kapitasi kepada **PIHAK KEDUA** paling lambat tanggal 15 (lima belas) pada bulan berjalan, dalam hal pembayaran kapitasi jatuh pada hari libur maka pembayaran dilakukan pada hari kerja berikutnya;
- d. Memberikan informasi pembayaran dana kapitasi kepada **PIHAK KEDUA** berupa notifikasi secara elektronik yang dapat dicetak;
- e. Melakukan rekonsiliasi data pembayaran Dana Kapitasi bersama-sama dengan **PIHAK KEDUA** sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- f. Melakukan pembayaran Klaim non kapitasi kepada **PIHAK KEDUA** atau Jejarungnya berdasarkan klaim yang diajukan dan telah di verifikasi, paling lambat 15 (lima belas)

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- hari kerja sejak berkas Klaim dinyatakan lengkap, dalam hal pembayaran klaim non kapitasi jatuh pada hari libur maka pembayaran dilakukan pada hari kerja berikutnya;
- g. Melakukan pembayaran denda kepada **PIHAK KEDUA** dalam hal keterlambatan pembayaran non kapitasi sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan;
 - h. Menyediakan aplikasi terkait sistem informasi pelayanan kesehatan primer dan memberikan hak akses aplikasi yang akan dipergunakan oleh **PIHAK KEDUA** untuk kepentingan proses pendaftaran dan pelayanan Peserta JKN yang dapat dilakukan integrasi dengan Aplikasi Sistem Informasi **PIHAK KEDUA** dengan ketentuan sebagaimana lampiran X.
 - i. Memberikan informasi berkaitan dengan prosedur pelayanan, pembayaran dan proses kerja sama kepada **PIHAK KEDUA**;
 - j. Melakukan pembayaran kompensasi kepada **PIHAK KEDUA** dalam hal terjadinya kekurangan bayar sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - k. Menyampaikan hasil evaluasi kinerja pelayanan kepada **PIHAK KEDUA**;
 - l. Menyampaikan evaluasi hasil survey kepuasan Peserta, *Walk Through Audit, Utilization Review* kepada **PIHAK KEDUA**;
 - m. Menyediakan sarana/unit yang berfungsi untuk memberikan pelayanan informasi dan penanganan pengaduan bagi Peserta yang dikelola secara bersama-sama atau sendiri-sendiri oleh **PIHAK KESATU** dan **PIHAK KEDUA**;
 - n. Menyediakan Mapping Fasilitas Kesehatan rujukan horizontal tingkat pertama dan tingkat lanjutan melalui aplikasi **PIHAK KESATU**;
 - o. Memperhatikan, mempertimbangkan dan melaksanakan rekomendasi TKMKB dan Tim Pencegahan Kecurangan;
 - p. Memastikan seluruh jajaran Sumber Daya Manusia yang dimiliki berkomitmen untuk tunduk dan taat pada aturan terkait dengan anti gratifikasi dan/atau pencegahan fraud berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - q. Menyediakan Sistem Antrean pendaftaran pelayanan Kesehatan secara online yang terkoneksi dengan Mobile JKN.
 - r. Menyiapkan mekanisme *Walk Through Audit*/KESAN kepada **PIHAK KEDUA**.

3. Hak **PIHAK KEDUA**

- a. Mendapatkan data Peserta terdaftar setiap bulan melalui aplikasi **PIHAK KESATU**;
- b. Menerima pembayaran pelayanan kesehatan dari **PIHAK KESATU** sebagai berikut:

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- 1) Kapitasi sesuai Jumlah Peserta terdaftar, besaran tarif kapitasi dan hasil pencapaian penilaian kinerja dengan memperhitungkan sisa pengelolaan Dana Kapitasi tahun anggaran 2022 dan/atau tahun 2021 yang belum selesai diperhitungkan sampai dengan bulan Desember 2022 sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - 2) Klaim non kapitasi sesuai dengan ketentuan tarif yang berlaku;
- c. Menerima informasi pembayaran dana kapitasi dari **PIHAK KESATU** berupa notifikasi secara elektronik yang dapat dicetak;
 - d. Menerima pembayaran Klaim non kapitasi atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta sejak berkas klaim diajukan dan telah di verifikasi, paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak berkas dinyatakan lengkap oleh **PIHAK KESATU**;
 - e. Menerima pembayaran denda dari **PIHAK KESATU** dalam hal keterlambatan pembayaran klaim non kapitasi sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan;
 - f. Mendapatkan sistem informasi data pelayanan Peserta dan daftar FKRTL dari **PIHAK KESATU**;
 - g. Memperoleh informasi berkaitan dengan prosedur pelayanan, pembayaran dan proses kerjasama dari **PIHAK KESATU**;
 - h. Menerima pembayaran kompensasi dari **PIHAK KESATU** dalam hal terjadinya kekurangan bayar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - i. Menerima hasil evaluasi kinerja pelayanan **PIHAK KEDUA** dari **PIHAK KESATU**;
 - j. Menerima evaluasi hasil survey kepuasan Peserta, *Walk Through Audit, Utilization Review* dari **PIHAK KESATU**;
 - k. Memperoleh sistem antrean pendaftaran pelayanan kesehatan secara online yang terkoneksi dengan Mobile JKN dari **PIHAK KESATU**.

4. Kewajiban PIHAK KEDUA

- a. Memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta secara kontak langsung dan kontak tidak langsung sesuai dengan ruang lingkup dan prosedur pelayanan kesehatan sebagaimana diatur dalam Lampiran I pada Perjanjian ini tanpa iur biaya;
- b. Menyediakan sarana prasarana sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Panduan Praktik Klinis (PPK), Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) dan ketentuan peraturan perundang-undangan;

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- d. Memberikan pelayanan kesehatan kontak tidak langsung kepada Peserta melalui sistem informasi **PIHAK KESATU** atau sistem informasi lainnya yang digunakan oleh **PIHAK KEDUA**;
- e. Memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh Peserta JKN yang mengalami kegawatdaruratan medis.
- f. Memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta selain Peserta terdaftar yang berada diluar wilayah Kota/Kabupaten **PIHAK KEDUA** paling banyak 3 (tiga) kali kunjungan dalam waktu paling lama 1 (satu) bulan;
- g. Memberikan pelayanan kesehatan tanpa membedakan antara Peserta JKN-KIS dengan pasien umum;
- h. Memberikan informasi mengenai hak dan kewajiban Peserta termasuk mengenai pelayanan JKN;
- i. Memasang papan nama **PIHAK KEDUA** yang paling sedikit mencantumkan Nama Puskesmas, jam Operasional Puskesmas. Serta mencantumkan nama, jadwal dan jam pelayanan dokter dan dokter gigi di ruang tunggu **PIHAK KEDUA** dan pada lampiran VIII pada Perjanjian;
- j. Menjamin Peserta mendapatkan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis;
- k. Memastikan pelayanan yang diberikan oleh Jejaring Faskes **PIHAK KEDUA** kepada Peserta sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, melakukan sosialisasi terkait isi pada Perjanjian dan pembinaan berkelanjutan kepada Jejaring Faskes;
- l. Memberikan data dan informasi tentang Sumber Daya Manusia, jadwal pelayanan, sarana prasarana dan data rekening pembayaran **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK KESATU** melalui aplikasi HFIS (FKTP non Jarkomdat secara tertulis).
- m. Memberikan rekam medis Peserta berupa ringkasan rekam medis untuk kepentingan pembayaran biaya pelayanan kesehatan berupa ringkasan rekam medis kepada **PIHAK KESATU** dan memperlihatkan rekam medis Peserta dengan tetap menjaga kerahasiaan isi rekam medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dalam hal dibutuhkan untuk kepentingan verifikasi pasca klaim atau audit administrasi klaim dengan format persetujuan Peserta sebagaimana yang tercantum pada Lampiran VII dalam Perjanjian ini;
- n. Memberikan pemberitahuan kepada **PIHAK KESATU** apabila terdapat perubahan yang meliputi Surat izin operasional/berusaha berbasis risiko, Sumber Daya Manusia, kelengkapan sarana prasarana, lingkup pelayanan, kinerja pelayanan, waktu dan

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

11

- tempat praktik yang diinput pada aplikasi HFIS oleh **PIHAK KEDUA** paling lambat akhir bulan berjalan. Untuk FKTP non jarkomdat pemberitahuan dilakukan melalui dokumen tertulis;
- o. Menyediakan dokter pengganti sementara yang memiliki SIP setara dalam hal dokter tetap tidak dapat memberikan pelayanan di **PIHAK KEDUA** sesuai waktu layanan yang disepakati dan diinput pada aplikasi HFIS;
 - p. Melakukan persetujuan Pakta Integritas jumlah tenaga medis yang berpraktik di **PIHAK KEDUA** melalui aplikasi HFIS kepada **PIHAK KESATU**, paling lambat setiap tanggal 4 bulan berikutnya sebagai dasar penetapan norma kapitasi. Dikecualikan untuk FKTP non jarkomdat Pakta integritas diajukan kepada **PIHAK KESATU** melalui dokumen tertulis;
 - q. Memasukkan data pelayanan yang diberikan kepada peserta baik kontak langsung maupun tidak langsung dan data rujukan secara lengkap dan tepat segera setelah pelayanan termasuk pelayanan Jejaring Faskes sesuai ketentuan yang berlaku melalui aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama yang dikembangkan oleh **PIHAK KESATU**;
 - r. Bagi wilayah yang tidak tersedia jaringan komunikasi data, laporan pelayanan kesehatan (kunjungan dan rujukan) disampaikan dalam bentuk manual dengan format Laporan sebagaimana yang tercantum pada Lampiran IV dalam perjanjian ini;
 - s. Menyerahkan pakta integritas single login bagi setiap user **PIHAK KEDUA** yang diberikan wewenang untuk melaksanakan operasional sistem informasi milik **PIHAK KESATU** sebagaimana format pakta integritas dalam Lampiran IX dan memberitahukan secara tertulis apabila terdapat pergantian user **PIHAK KEDUA**;
 - t. Menyediakan perangkat keras (*hardware*) sesuai standar minimal dan jaringan komunikasi data yang berfungsi dengan baik;
 - u. Menggunakan aplikasi sistem informasi pelayanan primer milik **PIHAK KESATU** untuk kepentingan proses pendaftaran dan pelayanan Peserta JKN yang dapat dilakukan integrasi dengan Aplikasi Sistem Informasi **PIHAK KEDUA** dengan ketentuan sebagaimana lampiran X;
 - v. Mengajukan berkas tagihan Klaim non kapitasi dan pengajuan penggantian biaya kegiatan kelompok prolanis secara periodik dan lengkap;
 - w. Mengembalikan kompensasi pembayaran kepada **PIHAK KESATU** jika terjadi ketidaksesuaian dasar pembayaran kapitasi, klaim non kapitasi dan/atau klaim kegiatan kelompok prolanis;

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

12

- x. Memberitahukan kepada **PIHAK KESATU** apabila terdapat perubahan informasi mengenai keuangan meliputi perubahan nomor rekening, nama bank, nama rekening, dan Nomor Pokok Wajib Pajak secara tertulis dan melalui sistem pada aplikasi HFIS;
- y. Memperhatikan, mempertimbangkan dan melaksanakan rekomendasi TKMKB dan Tim Pencegahan Kecurangan;
- z. Menyediakan fungsi pelayanan informasi dan unit penanganan pengaduan di **PIHAK KEDUA**;
- aa. Melaksanakan rujukan horizontal dan/atau rujukan secara berjenjang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- bb. Menerima dan melayani peserta yang dirujuk dari Faskes lain sesuai dengan ketentuan yang peraturan perundangan;
- cc. Memastikan seluruh jajaran Sumber Daya Manusia yang dimiliki berkomitmen untuk tunduk dan taat pada aturan terkait dengan anti gratifikasi berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- dd. Memanfaatkan Sistem Antrean pendaftaran pelayanan kesehatan secara online yang terkoneksi Mobile JKN dari **PIHAK KESATU**.
- ee. Memberikan informasi laporan sisa dana kapitasi tahun anggaran 2022 dan/atau tahun 2021 yang belum selesai diperhitungkan sampai dengan bulan Desember 2022 hasil audit BPK yang disampaikan oleh PPKD selaku BUD kepada **PIHAK KESATU** sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- ff. Melakukan rekonsiliasi data pembayaran Dana Kapitasi bersama-sama dengan **PIHAK KESATU** sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- gg. Menyampaikan mekanisme *Walk Through Audit* KESSAN kepada Peserta JKN.

PASAL 5

INFORMASI DAN PENANGANAN PENGADUAN PESERTA

- (1) **PARA PIHAK** menyediakan fungsi pemberian informasi dan penanganan pengaduan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam hal Peserta JKN-KIS atau **PIHAK KEDUA** membutuhkan pelayanan pemberian informasi dan penanganan pengaduan, maka mekanisme dilakukan sebagai berikut:
 - a. Peserta JKN-KIS menyampaikan permintaan informasi dan penanganan pengaduan kepada petugas yang telah ditentukan oleh **PIHAK KESATU** maupun **PIHAK KEDUA** untuk melaksanakan fungsi pemberian informasi dan penanganan pengaduan.

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- b. **PIHAK KESATU** maupun **PIHAK KEDUA** melalui petugas yang telah ditunjuk sebagai pemberi informasi dan penanganan pengaduan, menyampaikan informasi dan penanganan pengaduan kepada Peserta baik melalui tatap muka atau tanpa tatap muka (telepon; handphone; atau aplikasi yang berlaku).
- c. **PIHAK KEDUA** melakukan pencatatan informasi dan penanganan pengaduan kedalam aplikasi Saluran Informasi dan Penanganan Pengaduan (SIPP).
- d. Dalam hal diperlukan eskalasi dan atau tindak lanjut, maka **PARA PIHAK** saling berkoordinasi melalui petugas yang telah diberikan kewenangan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di **PIHAK KESATU**. Proses eskalasi dapat dilakukan melalui aplikasi Saluran Informasi dan Penanganan Pengaduan (SIPP).

PASAL 6
JEJARING FASKES

- (1) Dalam hal **PIHAK KEDUA** tidak memiliki sarana penunjang, wajib membangun jejaring dengan Fasilitas Kesehatan penunjang untuk menjamin ketersediaan obat, bahan medis habis pakai, dan pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan;
- (2) **PIHAK KEDUA** dapat bekerja sama dengan Jejaring Faskes antara lain Apotek atau Laboratorium dan/atau praktik mandiri bidan;
- (3) Jejaring Faskes **PIHAK KEDUA** berhak mengajukan Klaim non kapitasi kepada **PIHAK KESATU** melalui **PIHAK KEDUA**;
- (4) Jejaring Faskes wajib membuat dan menyampaikan laporan bulanan dan laporan lainnya yang berkaitan dengan Program Jaminan Kesehatan kepada **PIHAK KESATU** melalui **PIHAK KEDUA**;
- (5) Biaya dan tata cara pembayaran Klaim non kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diuraikan sebagaimana pada Lampiran II Perjanjian;
- (6) Daftar Jejaring Faskes yang bekerja sama dengan **PIHAK KEDUA**, wajib menundukkan diri pada perjanjian ini dengan menandatangani pernyataan persetujuan yang tercantum pada Lampiran VI Perjanjian;
- (7) Salinan Perjanjian Kerja Sama antara **PIHAK KEDUA** dengan Jejaring Faskes menjadi lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

PASAL 7
KADALUARSA KLAIM NON KAPITASI DAN
PENGGANTIAN BIAYA KEGIATAN KELOMPOK PROLANIS

- (1) Kedaluarsa klaim non kapitasi yang diajukan **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK KESATU** adalah 6 (enam) bulan terhitung sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan dan berkas klaim diterima lengkap oleh **PIHAK KESATU**.
- (2) Kedaluarsa penggantian biaya kegiatan kelompok prolanis yang diajukan **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK KESATU** adalah 3 (tiga) bulan terhitung sejak kegiatan kelompok dilaksanakan.
- (3) Dalam hal jangka waktu pengajuan klaim non kapitasi dan penggantian biaya kegiatan kelompok prolanis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) terlampaui, klaim tidak dapat diajukan kembali.

PASAL 8
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 izin tentang hal-hal yang diperjanjikan dalam Perjanjian ini;
 - b. Informasi tersebut yang saat ini atau sewaktu-waktu di kemudian hari dapat menjadi atau tersedia untuk masyarakat umum;
 - c. Diperintahkan oleh badan peradilan atau instansi pemerintah lainnya secara tertulis dan resmi, berkaitan dengan proses penegakan hukum atas suatu perkara yang terkait dengan hal-hal yang diatur dalam Perjanjian ini;

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- 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 9

BIAYA, TATA CARA PENAGIHAN DAN TATA CARA PEMBAYARAN PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

Biaya, tata cara penagihan, dan tata cara pembayaran pelayanan kesehatan yang dilakukan dalam pelaksanaan Perjanjian ini diuraikan sebagaimana pada Lampiran II Perjanjian ini.

PASAL 10

JANGKA WAKTU PERJANJIAN

- (1) Perjanjian ini berlaku untuk jangka waktu 1 (satu) tahun terhitung sejak tanggal Satu (bulan) Januari (tahun) Dua Ribu Dua Puluh Tiga dan berakhir pada tanggal Tiga Puluh Satu (bulan) Desember (tahun) Dua Ribu Dua Puluh Tiga.
- (2) Selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan sebelum berakhirnya Jangka Waktu Perjanjian, **PARA PIHAK** sepakat untuk saling memberitahukan maksudnya apabila hendak memperpanjang Perjanjian ini.
- (3) Pada jangka waktu sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) Pasal ini **PIHAK KESATU** bersama pihak terkait, sesuai peraturan perundangan yang berlaku, akan melakukan penilaian kembali terhadap **PIHAK KEDUA** atas :
- fasilitas dan kemampuan pelayanan kesehatan;
 - penyelenggaraan pelayanan kesehatan selama jangka waktu Perjanjian;

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- c. kepatuhan dan kinerja terhadap Perjanjian.
- (4) Keputusan untuk memperpanjang Perjanjian ini atau tidak, merupakan kewenangan masing-masing PIHAK.

PASAL 11 MONITORING DAN EVALUASI

- (1) **PIHAK KESATU** akan melakukan evaluasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** secara berkala.
- (2) Hasil evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Pasal ini akan disampaikan secara tertulis dan atau melalui sistem kepada **PIHAK KEDUA** dengan disertai rekomendasi (apabila diperlukan).
- (3) Dalam rangka melakukan monitoring dan evaluasi, **PIHAK KESATU** secara langsung dan/atau bersama dengan organisasi profesi, dinas kesehatan, asosiasi faskes, berhak untuk melakukan pengawasan atas pelaksanaan Perjanjian Kerja Sama yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA**.
- (4) Evaluasi yang dilakukan antara lain : angka kunjungan, rasio rujukan, angka kontak langsung dan kontak tidak langsung, angka rujukan non spesialisistik, *review* kesesuaian rujukan spesialisistik dari FKTP yang ditegakkan sebagai kasus non spesialisistik di FKRTL, pengelolaan prolanis terkendali, Peserta Rujuk Balik Aktif, Skrining Riwayat Kesehatan *walk through audit/KESSAN*, hasil verifikasi pasca klaim dan audit administrasi klaim serta Kepatuhan **PIHAK KEDUA** terhadap Perjanjian Kerja sama.

PASAL 12 PEMBINAAN, PENGAWASAN DAN PENGENDALIAN

- (1) Dalam rangka pembinaan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** dilakukan oleh Dinas Kesehatan, TKMKB, Asosiasi Faskes dan Organisasi Profesi.
- (2) Dalam rangka melakukan pengawasan dan pengendalian, **PIHAK KESATU** secara langsung atau dengan menunjuk pihak lain berhak untuk melakukan pemeriksaan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA**.

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- (3) Untuk kepentingan pemeriksaan atau audit terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh pihak internal maupun pihak eksternal, **PIHAK KEDUA** diwajibkan untuk menyediakan bukti pelayanan lain yang dibutuhkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, sepanjang bukti yang diminta berhubungan dengan kasus yang di audit.
- (4) Selain audit yang dilakukan oleh tim audit internal BPJS Kesehatan, Tim Pencegahan Kecurangan-Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan Kantor Cabang bersama verifikator BPJS Kesehatan melakukan audit (pemeriksaan) rutin berupa:
- a. Verifikasi pasca klaim adalah proses menguji kebenaran, validitas, dan akurasi terhadap klaim yang sudah dibayarkan kepada Fasilitas Kesehatan secara berkala setiap bulan.
 - b. Audit administrasi klaim adalah proses mencari, menemukan, dan mengumpulkan bukti secara sistematis terkait ketentuan administrasi klaim secara rutin sekurang-kurangnya 2 (dua) kali dalam setahun.

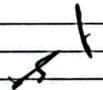
PASAL 13

SANKSI

- (1) Dalam hal **PIHAK KEDUA** terbukti secara nyata melakukan hal-hal sebagai berikut:
- a. tidak melayani Peserta sesuai dengan isi Perjanjian ini;
 - b. tidak memberikan fasilitas dan pelayanan kesehatan kepada Peserta sesuai dengan ketentuan;
 - c. Menarik biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta selama Peserta mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya sebagaimana yang tercantum dalam Lampiran I dalam Perjanjian ini;
 - d. tidak melaksanakan kewajiban serta ketentuan lain sebagaimana diatur dalam perjanjian ini namun tidak terbatas pada pasal 4 ayat (4).

maka **PIHAK KESATU** berhak memberikan teguran lisan, teguran lisan tertulis, surat peringatan kepada **PIHAK KEDUA**. Surat Peringatan yang diberikan oleh **PIHAK KESATU** kepada **PIHAK KEDUA** ditembuskan kepada Dinas Kesehatan dan Asosiasi FKTP.

- (2) Apabila **PIHAK KESATU** telah 3 (tiga) kali memberikan surat peringatan kepada **PIHAK KEDUA** pada masa berlaku Perjanjian Kerja sama ini, maka **PIHAK KESATU** berhak melakukan pengakhiran perjanjian ini sebagaimana diatur pada Pasal 15 ayat (1) setelah berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten dan/atau Asosiasi Faskes dan/atau Organisasi Profesi.

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- (3) Dalam hal dokter dan dokter gigi yang melakukan praktek di **PIHAK KEDUA** sudah memiliki SIP Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis untuk pelayanan kesehatan rujukan, maka tidak dihitung dalam norma kapitasi.
- (4) Dalam hal salah satu pihak terindikasi menyalahgunakan wewenang dengan melakukan kegiatan *moral hazard* atau *fraud* sesuai ketentuan yang berlaku namun tidak terbatas pada:
- membuat Klaim fiktif;
 - tidak memberitahukan adanya perubahan ketersediaan sumber daya manusia khususnya tenaga kesehatan yaitu tenaga medis, kelengkapan sarana prasarana dan lingkup pelayanan yang mempengaruhi kapasitas layanan dan besaran kapitasi yang dibayarkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 - Dokter dan/atau dokter gigi yang tidak melakukan praktik sesuai waktu yang tercantum dalam Lampiran VIII yang mempengaruhi penetapan besaran tarif kapitasi.
 - Pemindahan peserta antar Faskes yang tidak sesuai dengan ketentuan.
 - Memberikan rujukan kepada peserta JKN ke FKRTL yang tidak sesuai ketentuan yang dibuktikan dari hasil pemeriksaan Tim Pemeriksa Internal maupun Eksternal yang merugikan pihak lainnya, maka pihak yang terbukti menyalahgunakan wewenang tersebut berkewajiban untuk memulihkan kerugian yang terjadi.
 - Dengan sengaja tidak memenuhi kewajiban sebagaimana dimaksud di dalam pasal 4 ayat (2) dan (4).
- (5) Pihak yang dirugikan akibat penyalahgunaan wewenang sebagaimana ayat (4) di atas dapat mengakhiri Perjanjian ini secara sepihak.
- (6) Pemulihan kerugian sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilakukan dengan mekanisme sebagai berikut:
- Apabila kerugian diketahui selama masa perjanjian, maka pemulihan kerugian dilakukan dengan memperhitungkan pembayaran kapitasi dan/atau non kapitasi dan/atau mekanisme lain yang disepakati dan dituangkan dalam berita acara pemulihan kerugian;
 - Apabila kerugian diketahui setelah masa perjanjian berakhir, maka pemulihan kerugian dilakukan dengan pembayaran langsung ke rekening pihak yang dirugikan yang dituangkan dalam Berita Acara Pemulihan Kerugian.
 - Dalam hal Berita Acara Pemulihan Kerugian tidak ditandatangani oleh pihak yang menyalahgunakan wewenang maka pemulihan kerugian diperhitungkan pada pembayaran kapitasi dan/atau non kapitasi pada bulan berikutnya.

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- (7) Dalam hal **PIHAK KEDUA** maupun Jejaring Faskes **PIHAK KEDUA**, tidak melakukan kewajiban sebagaimana dimaksud dalam pasal 4 ayat (4), namun tidak terbatas pada :
- Melakukan kesalahan dalam tindakan medis, seperti kekeliruan diagnosa, interpretasi hasil pemeriksaan penunjang, indikasi tindakan, tindakan tidak sesuai dengan standar pelayanan, kesalahan pemberian obat dan kesalahan lainnya;
 - Tidak melakukan hal-hal yang seharusnya dilakukan menurut asas-asas dan standar praktik kedokteran yang baik sehingga mengakibatkan terjadinya cedera pada pasien, berupa cedera fisik, psikologis, mental, cacat tetap atau meninggal, maka **PIHAK KESATU** tidak bertanggungjawab atas akibat dari tindakan tersebut.
- (8) Pengakhiran Perjanjian yang diakibatkan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan/atau ayat (4) Pasal ini dapat dilakukan tanpa harus memenuhi ketentuan Jangka Waktu Perjanjian sebagaimana tertuang pada Pasal 10 Perjanjian ini dan tidak membebaskan **PARA PIHAK** dalam menyelesaikan kewajiban masing-masing yang masih ada kepada pihak lainnya.
- (9) Dalam hal **PIHAK KESATU** tidak melakukan pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** sesuai dengan waktu yang telah disepakati dalam Perjanjian ini **PIHAK KEDUA** berhak memberikan teguran lisan, teguran lisan tertulis dan surat peringatan kepada **PIHAK KESATU**.
- (10) Dalam hal teguran lisan, teguran lisan tertulis dan surat peringatan **PIHAK KEDUA** sebagaimana dimaksud pada ayat (9) Pasal ini tidak ditanggapi oleh **PIHAK KESATU**, maka **PIHAK KEDUA** dapat menyampaikan pengaduan sesuai ketentuan yang berlaku.

PASAL 14

PENYELESAIAN PERSELISIHAN

- Setiap perselisihan dan perbedaan pendapat sehubungan dengan Perjanjian ini akan diselesaikan secara musyawarah dan mufakat oleh **PARA PIHAK**.
- Dalam hal perselisihan dan perbedaan pendapat tidak dapat diselesaikan secara musyawarah dan mufakat, maka akan diselesaikan melalui mediasi dengan menunjuk mediator sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- Apabila mediasi sebagaimana dimaksud ayat (2) tidak dapat diselesaikan, **PARA PIHAK** memilih untuk menyerahkan penyelesaian perselisihan tersebut melalui pengadilan negeri Pulang Pisau.

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

PASAL 15
PENGAKHIRAN PERJANJIAN

- (1) Perjanjian ini dapat diakhiri oleh salah satu **PIHAK** sebelum berakhirnya Jangka Waktu Perjanjian, berdasarkan hal-hal sebagai berikut:
- a. telah menerima surat peringatan secara tertulis sebanyak 3 (tiga) Kali pada periode pemberlakuan kerja sama ini.
 - b. menyalahgunakan wewenang sebagaimana diatur pada pasal 13 ayat (4);
 - c. Izin Operasional **PIHAK KEDUA** berakhir (tidak berlaku). Pengakhiran berlaku efektif pada akhir bulan sebelum habis masa berlakunya dan/atau pada saat pencabutan izin operasional oleh pemerintah. Pada kondisi ijin operasional **PIHAK KEDUA** berakhir, dikecualikan pada masa Darurat Bencana Covid-19, Surat Izin Operasional tetap dapat digunakan untuk melanjutkan kerja sama dengan membuat pernyataan komitmen penyelenggaraan/operasional dan/atau sesuai ketentuan yang berlaku.
- (2) Dalam hal **PIHAK KEDUA** bermaksud untuk mengakhiri Perjanjian ini secara sepihak sebelum berakhirnya Jangka Waktu Perjanjian dan disetujui oleh **PIHAK KESATU**, **PIHAK KEDUA** wajib memberikan pemberitahuan tertulis mengenai maksudnya tersebut sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan sebelumnya. Dalam hal pemberitahuan tertulis diterima kurang dari 3 (tiga) bulan sebelum pengakhiran, maka pengakhiran kerja sama dapat dilakukan paling cepat pada akhir bulan berikutnya sejak surat diterima oleh **PIHAK KESATU**.
- (3) Dalam hal **PIHAK KEDUA** tidak bekerjasama lagi dengan **PIHAK KESATU** sebelum masa kerjasama berakhir sebagaimana diatur dalam ayat (2) pada Pasal ini, maka Peserta yang terdaftar di **PIHAK KEDUA** akan dipindahkan ke FKTP lain oleh **PIHAK KESATU** setelah berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan setempat, asosiasi fasilitas kesehatan, dan/atau pemangku kepentingan lain.
- (4) Apabila terjadi sengketa diantara **PARA PIHAK** berkaitan dengan Perjanjian ini, dimana salah satu **PIHAK** menerima relaas gugatan perdata, maka Perjanjian ini dinyatakan berakhir pada tanggal terakhir bulan saat relaas gugatan tersebut diterima. Terkait dengan terjadinya pemindahan Peserta menjadi kewenangan dari **PIHAK KESATU**.
- (5) **PARA PIHAK** dengan ini sepakat untuk mengesampingkan berlakunya ketentuan dalam Pasal 1266 dan Pasal 1267 Kitab Undang-undang Hukum Perdata, sejauh yang mensyaratkan diperlukannya suatu putusan atau penetapan Hakim/Pengadilan terlebih dahulu untuk membatalkan/ mengakhiri suatu Perjanjian.

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

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

PASAL 16

KEADAAN MEMAKSA (*FORCE MAJEURE*)

- (1) Yang dimaksud dengan keadaan memaksa (selanjutnya disebut *Force Majeure*) adalah suatu keadaan yang terjadinya diluar kemampuan, kesalahan, atau kekuasaan **PARA PIHAK** dan yang menyebabkan Pihak yang mengalaminya tidak dapat melaksanakan atau terpaksa menunda pelaksanaan kewajibannya dalam Perjanjian ini.
- (2) *Force Majeure* tersebut meliputi bencana alam (gempa bumi, tsunami, banjir bandang, angin topan, tanah longsor, sambaran petir, kebakaran, ledakan benda-benda angkasa), 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.
- (3) 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.
- (4) 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.
- (5) 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.
- (6) Semua kerugian dan biaya yang diderita oleh salah satu Pihak sebagai akibat terjadinya peristiwa *Force Majeure* bukan merupakan tanggung jawab pihak yang lain.

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

PASAL 17
PEMBERITAHUAN

- (1) Semua 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, pos, ekspedisi, faksimili atau email dialamatkan kepada:

PIHAK KESATU: BPJS Kesehatan
Cabang Palangka Raya
Jl. Diponegoro No.21 Palangka Raya
Up. : Kepala Cabang
PIC : Kepala Bidang PMP
Faksimili: 0536 - 3230331
E-mail: kc-palangkaraya@bpjs-kesehatan.go.id

PIHAK KEDUA: Dinas Kesehatan Kabupaten Pulang Pisau
Jl.W.A.D. Duha Komplek Perkantoran Pulang Pisau
Telp : 082156442134
Up. : Kepala Dinas

Waktu Pelayanan : Rawat Jalan
Hari : Senin sd Kamis Jam : 08.00 sd 14.00 WIB
Hari : Jumat Jam : 09.00 sd 11.00 WIB
Hari : Sabtu Jam : 08.00 sd 13.00 WIB
Rawat Inap buka setiap hari 24 jam

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

- (2) Surat-menyurat atau pemberitahuan-pemberitahuan atau pernyataan-pernyataan atau persetujuan-persetujuan secara tertulis dianggap telah diterima oleh para PIHAK apabila:
- a. Diserahkan secara langsung dianggap telah diterima pada hari penyerahan dengan bukti tanda tangan penerimaan pada buku ekspedisi atau buku tanda terima pengiriman;
 - b. Dilakukan melalui pos atau ekspedisi maka dianggap diterima sejak ditandatanganinya tanda terima atau maksimal 5 (lima) hari kerja sejak dikirimkannya surat tersebut;
 - c. Melalui *email* dianggap telah diterima apabila telah dilakukan konfirmasi oleh PIC dengan menggunakan sarana telekomunikasi.

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- d. Melalui media sosial resmi, dianggap telah diterima apabila telah dilakukan konfirmasi oleh PIC dengan menggunakan sarana telekomunikasi.

PASAL 18 LAIN-LAIN

(1) Pengalihan Hak dan Kewajiban

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

(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 keabsahan, dapat berlakunya, dan dapat dilaksanakannya ketentuan lainnya dalam Perjanjian ini tidak akan terpengaruh olehnya.

(3) Perubahan

Perjanjian ini tidak dapat diubah atau ditambah, termasuk dalam hal terdapat perubahan atas informasi keuangan sebagaimana yang tercantum pada Pasal 4 ayat (1) huruf k dan ayat (4) huruf (t) kecuali dibuat dengan suatu Perjanjian perubahan atau tambahan (addendum/amandemen) yang ditandatangani oleh **PARA PIHAK** dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.

(4) Batasan Tanggung Jawab

- a. **PIHAK KESATU** tidak bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas dan pelayanan kesehatan dari **PIHAK KEDUA** kepada Peserta dan terhadap kerugian maupun tuntutan yang diajukan oleh Peserta kepada **PIHAK KEDUA** yang disebabkan karena kesalahan atau pelanggaran yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** dalam menjalankan tanggung jawab profesinya seperti, termasuk tetapi tidak terbatas pada, kesalahan dalam melakukan pemeriksaan dan pengobatan, kesalahan dalam memberikan indikasi medis atau kesalahan dalam memberikan tindakan medis sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 13 ayat (7).
- b. Salah satu **PIHAK** tidak bertanggung jawab apabila terdapat permasalahan internal di Pihak lainnya, tidak terbatas pada kewenangan Pihak lainnya tersebut dalam menandatangani perjanjian yang dipermasalahkan oleh pihak ketiga.

Hukum Yang Berlaku

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

Interpretasi dan pelaksanaan dari syarat dan ketentuan dalam Perjanjian ini adalah menurut hukum Republik Indonesia.

(5) Kesatuan

Setiap dan semua lampiran yang disebut dan/atau 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

**KEPALA BPJS KESEHATAN
CABANG PALANGKA RAYA**



MUHAMMAD MASRUR RIDWAN, M. Kes, AAK

**PIHAK KEDUA
KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN PULANG PISAU**



dr. PANDE PUTU GINA

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

RUANG LINGKUP DAN PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN

I. RUANG LINGKUP

A. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

1. Jenis pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
 - a. administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran Peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke FKRTL untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di **PIHAK KEDUA**;
 - b. pelayanan promotif preventif, meliputi kegiatan penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi rutin, keluarga berencana, skrining riwayat kesehatan dan pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu dan peningkatan kesehatan bagi Peserta penderita penyakit kronis;
 - c. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis melalui kontak langsung maupun kontak tidak langsung;
 - d. tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
 - e. pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai;
 - f. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama;
 - g. Pelayanan Program Rujuk Balik;
 - h. Pelayanan Program Pengelolaan Penyakit Kronis;
 - i. *Home visit*.
2. Cakupan pelayanan medis rawat jalan tingkat pertama
 - a. kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama;
 - b. kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan;
 - c. kasus medis rujuk balik;
 - d. pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama;
 - e. pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita oleh bidan atau dokter;
 - f. pemberian imunisasi rutin terdiri atas imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- g. pelayanan keluarga berencana meliputi pemasangan dan/atau pencabutan IUD/implant, pelayanan suntik KB, penanganan komplikasi KB, Vasektomi.
 - h. Rehabilitasi medik dasar
 - i. Pelayanan laboratorium tingkat pratama
3. Jenis pemeriksaan, pengobatan, konsultasi medis, tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai serta pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama yang dilakukan di **PIHAK KEDUA** sesuai dengan Panduan Praktik Klinis (PPK) bagi Dokter di Fasilitas pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama yang berlaku.
4. Kuratif-Rehabilitatif
- a. Pelayanan Penunjang Rujuk Balik bagi Peserta Penyandang Penyakit Kronis yang terdaftar sebagai Peserta Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis), meliputi:
 - 1) pemeriksaan gula darah puasa (GDP);
 - 2) pemeriksaan HbA1c; dan
 - 3) pemeriksaan kimia darah, meliputi:
 - a) *microalbuminuria*;
 - b) *ureum*;
 - c) *kreatinin*;
 - d) kolesterol total;
 - e) kolesterol LDL;
 - f) kolesterol HDL; dan
 - g) *trigliserida*
 - b. Pelayanan kegiatan kelompok bagi peserta Prolanis, meliputi:
 - 1) Aktifitas fisik Prolanis
 - 2) Edukasi kesehatan Prolanis
5. Promotif Preventif
- a. Skrining Riwayat Kesehatan wajib bagi Peserta JKN yang pertama kali mengakses pelayanan Kesehatan di **PIHAK KEDUA**.
 - b. Skirining sekunder, meliputi:
 - 1) pemeriksaan gula darah puasa (GDP); dan pemeriksaan gula darah post prandial (GDPP)
 - 2) pemeriksaan IVA atau Papsmear
 - 3) pemeriksaan tekanan darah
 - 4) pemeriksaan payudara secara klinis (Sadanis)

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

5) terapi Krio

Pelayanan skrining kesehatan pemeriksaan gula darah puasa (GDP), pemeriksaan gula darah post prandial (GDPP) dan pemeriksaan IVA tidak dibiayai oleh BPJS Kesehatan melainkan sudah masuk dalam Pembiayaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pemerintah Daerah sedangkan untuk pemeriksaan tekanan darah dan Sadanis masuk dalam penjaminan manfaat kapitasi.

6. Pelayanan gigi

- a. administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran Peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke FKRTL untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di **PIHAK KEDUA**
- b. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
- c. premedikasi
- d. kegawatdaruratan oro-dental
- e. pencabutan gigi sulung (topikal, infiltrasi)
- f. pencabutan gigi permanen tanpa penyulit
- g. obat pasca ekstraksi
- h. tumpatan komposit/GIC
- i. Skeling Gigi atas indikasi medis

B. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) ** bagi Puskesmas dengan fasilitas rawat inap

1. Jenis pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)

- a. administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran Peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke FKRTL untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di **PIHAK KEDUA**;
- b. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
- c. perawatan dan akomodasi di ruang perawatan;
- d. tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif selama masa perawatan;
- e. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai selama masa perawatan;
- f. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama selama masa perawatan;

2. Cakupan pelayanan medis rawat inap tingkat pertama

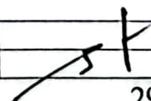
PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- a. rawat inap pada pengobatan/perawatan kasus yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama;
 - b. pertolongan persalinan pervaginam bukan risiko tinggi;
 - c. pertolongan persalinan dengan komplikasi dan/atau penyulit pervaginam bagi Puskesmas PONED; dan
 - d. pertolongan neonatal dengan komplikasi
3. Jenis pemeriksaan, pengobatan, konsultasi medis, tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai serta pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama yang dilakukan di **PIHAK KEDUA** sesuai dengan Panduan Praktik Klinis (PPK) bagi Dokter di Fasilitas pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama yang berlaku.

II. PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

- a. Peserta melakukan pendaftaran pelayanan secara online melalui Mobile JKN yang terintegrasi dengan antrean pelayanan di **PIHAK KEDUA** atau melakukan pendaftaran secara langsung dengan sistem antrean di **PIHAK KEDUA** yang terkoneksi dengan Mobile JKN.
- b. Peserta menunjukkan Nomor Induk Kependudukan (selanjutnya disebut NIK) atau Nomor Kepesertaan BPJS Kesehatan. Dalam hal peserta berusia dibawah 17 tahun maka identitas lain yang dapat digunakan adalah Kartu Identitas Anak atau Kartu Keluarga (Peserta tidak perlu menyertakan fotokopi identitas).
- c. **PIHAK KEDUA** melakukan pengecekan keabsahan eligibilitas peserta melalui aplikasi **PIHAK KESATU**.
- d. Dalam hal Peserta JKN terdaftar dengan NIK yang tidak ditemukan pada data aplikasi **PIHAK KESATU** maka dalam mengakses pelayanan kesehatan wajib menunjukkan Kartu Indonesia Sehat/KIS Digital dan Kartu Tanda Penduduk/Elektronik (KTP-el). **PIHAK KEDUA** menginformasikan kepada Peserta JKN untuk melakukan pemutakhiran data Peserta ke **PIHAK KESATU**.
- e. **PIHAK KEDUA** melakukan pemeriksaan kesehatan/pelayanan penunjang/ pemberian tindakan/obat.
- f. Setelah mendapatkan pelayanan yang termasuk dalam non kapitasi, Peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

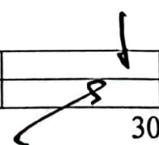
pelayanan disediakan oleh **PIHAK KEDUA** dan/atau jejaring **PIHAK KEDUA** sesuai lampiran VII.

- g. **PIHAK KEDUA** melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan pada rekam medis peserta serta wajib menginput ke dalam aplikasi BPJS Kesehatan secara lengkap dan tuntas.
- h. Apabila Peserta membutuhkan pelayanan KB, pemeriksaan kehamilan dan pasca melahirkan, imunisasi rutin, maka pelayanan dapat dilakukan oleh bidan atau dokter umum.
- i. Bila berdasarkan hasil pemeriksaan dokter ternyata Peserta memerlukan pemeriksaan ataupun tindakan spesialis/sub-spesialis sesuai dengan indikasi medis, maka FKTP akan memberikan surat rujukan ke FKRTL yang bekerjasama dengan **PIHAK KESATU** sesuai dengan sistem rujukan yang berlaku.
- j. Surat rujukan merupakan luaran aplikasi sesuai ketentuan **PIHAK KESATU**.

2. Kuratif-Rehabilitatif

a. Pelayanan Penunjang Rujuk Balik:

- 1) Peserta menunjukkan Nomor Induk Kependudukan (selanjutnya disebut NIK) atau Nomor Kepesertaan BPJS Kesehatan (Peserta tidak perlu menyertakan fotokopi identitas).
- 2) **PIHAK KEDUA** melakukan pengecekan keabsahan eligibilitas peserta melalui aplikasi **PIHAK KESATU**.
- 3) Dalam hal Peserta JKN terdaftar dengan NIK yang tidak ditemukan pada data aplikasi **PIHAK KESATU** maka dalam mengakses pelayanan kesehatan wajib menunjukkan Kartu Indonesia Sehat/KIS Digital dan Kartu Tanda Penduduk/Elektronik (KTP-el). **PIHAK KEDUA** menginformasikan kepada Peserta JKN untuk melakukan pemutakhiran data Peserta ke **PIHAK KESATU**.
- 4) Petugas FKTP melakukan verifikasi pelayanan penunjang rujuk balik.
- 5) Peserta mendapatkan pelayanan penunjang rujuk balik.
- 6) Peserta harus menandatangani bukti hasil pemeriksaan laboratorium penunjang rujuk balik.
- 7) **PIHAK KEDUA** melakukan pencatatan pelayanan ke dalam aplikasi BPJS Kesehatan.
- 8) **PIHAK KEDUA** wajib menyimpan bukti hasil pemeriksaan laboratorium sebagai salah satu kelengkapan berkas penagihan kepada **PIHAK KESATU**.

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

b. Pelayanan kegiatan kelompok bagi peserta Prolanis:

- 1) Kegiatan kelompok ini merupakan kegiatan penunjang yang tidak wajib dilaksanakan oleh FKTP atau Peserta Prolanis. Kegiatan ini dilakukan dalam bentuk Klub Prolanis dan dilaksanakan secara periodik oleh FKTP secara langsung atau tidak langsung (melalui media komunikasi online).
- 2) Peserta menunjukkan Nomor Induk Kependudukan (selanjutnya disebut NIK) atau Nomor Kepesertaan BPJS Kesehatan (Peserta tidak perlu menyertakan fotocopy kartu JKN).
- 3) PIHAK KEDUA melakukan pengecekan keabsahan eligibilitas peserta melalui aplikasi BPJS Kesehatan.
- 4) Dalam hal Peserta JKN terdaftar dengan NIK yang tidak ditemukan pada data aplikasi PIHAK KESATU maka dalam mengakses pelayanan kesehatan wajib menunjukkan Kartu Indonesia Sehat/KIS Digital dan Kartu Tanda Penduduk/Elektronik (KTP-el). PIHAK KEDUA menginformasikan kepada Peserta JKN untuk melakukan pemutakhiran data Peserta ke PIHAK KESATU.
- 5) Peserta bersama dengan petugas FKTP melakukan kegiatan kelompok Prolanis.
- 6) Peserta harus menandatangani daftar hadir kegiatan kelompok Prolanis.
- 7) Faskes melakukan pencatatan pelayanan ke dalam aplikasi BPJS Kesehatan.
- 8) Faskes wajib menyimpan daftar hadir kegiatan kelompok sebagai salah satu kelengkapan berkas penagihan kepada PIHAK KESATU.

c. Promotif Preventif melalui Pelayanan Skrining Kesehatan:

- 1) Peserta menunjukkan Nomor Induk Kependudukan (selanjutnya disebut NIK) atau Nomor Kepesertaan BPJS Kesehatan (Peserta tidak perlu menyertakan fotocopy kartu JKN).
- 2) PIHAK KEDUA melakukan pengecekan keabsahan eligibilitas peserta melalui aplikasi BPJS Kesehatan.
- 3) Dalam hal Peserta JKN terdaftar dengan NIK yang tidak ditemukan pada data aplikasi PIHAK KESATU maka dalam mengakses pelayanan kesehatan wajib menunjukkan Kartu Indonesia Sehat/KIS Digital dan Kartu Tanda Penduduk/Elektronik (KTP-el). PIHAK KEDUA menginformasikan kepada Peserta JKN untuk melakukan pemutakhiran data Peserta ke PIHAK KESATU.

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- 4) PIHAK KEDUA melakukan Skrining Riwayat Kesehatan melalui anamnesis riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
- 5) Peserta yang telah melakukan skrining riwayat kesehatan oleh FKTP dan hasilnya berisiko Diabetes Mellitus selanjutnya FKTP dapat melakukan pemeriksaan gula darah puasa (GDP) dan pemeriksaan gula darah post prandial (GDPP) yang masuk dalam pembiayaan SPM.
- 6) Bagi PIHAK KEDUA yang memberikan pelayanan Skrining Kesehatan yang melalui pengerahan massa yang terorganisir atau penjangkaran tidak dapat ditagihkan kepada PIHAK KESATU.
- 7) Bagi FKTP yang tidak mampu melakukan pelayanan Skrining Kesehatan, maka dapat memberikan Surat Pengantar Skrining kepada FKTP lain atau Laboratorium yang ditunjuk.

3. Pelayanan Kontak Tidak Langsung

- a. Pelayanan kontak tidak langsung diprioritaskan untuk digunakan sebagai bentuk pelayanan kesehatan di FKTP kepada peserta dalam masa Pandemi Covid-19.
- b. Bentuk media komunikasi tidak langsung antara lain:
 - 1) Aplikasi Mobile JKN dan Aplikasi Mobile JKN Faskes;
 - 2) Media komunikasi yang dimiliki dokter dan peserta antara lain telepon, layanan pesan singkat (*Short Message Service/SMS*), aplikasi pesan lintas platform atau media sosial lain;
- c. Jenis Pelayanan kontak tidak langsung:
 - 1) Pelayanan kontak tidak langsung sehat (kontak sehat) adalah kontak yang dilakukan secara 2 (dua) arah antara FKTP dan peserta dalam pemberian informasi dan disertai dengan konsultasi tentang promotif preventif. Penyampaian pesan secara masif/*broadcast* dan/atau tidak terdapat komunikasi 2 (dua) arah antara FKTP dan peserta, maka tidak termasuk ke dalam kategori Kontak tidak langsung.
 - 2) Pelayanan kontak tidak langsung sakit (kontak sakit) merupakan kontak antara FKTP dan Peserta untuk konsultasi atas kondisi keluhan sakit Peserta.
- d. Pelayanan Kontak Tidak Langsung adalah sebagai berikut:
 - 1) Pelayanan konsultasi upaya promotif dan preventif individual kepada peserta program JKN.
 - 2) Pelayanan konsultasi upaya promotif preventif untuk pencegahan penyebaran Covid-19, seperti:

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- a) 3 Disiplin Plusl, yaitu:
 - (1) Disiplin pakai masker yang benar
 - (2) Disiplin menjaga jarak yang benar
 - (3) Disiplin mencuci tangan dengan sabun yang benar, Plus
 - (4) Menjaga pola hidup bersih dan sehat
- b) membiasakan diri makan makanan sehat seperti buah dan sayuran, minum air putih, olah raga dan istirahat cukup, dan lainnya
- 3) Pelayanan konsultasi medis kepada peserta sesuai indikasi medis, dengan fokus peserta yang memiliki riwayat penyakit kronis, seperti peserta PRB dan Prolanis (baik kontak sehat maupun sakit).

4. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) ** bagi Puskesmas dengan fasilitas rawat inap

- a. Peserta datang ke **PIHAK KEDUA** yang memiliki fasilitas rawat inap.
- b. **PIHAK KEDUA** dapat melayani Peserta yang terdaftar maupun Peserta yang dirujuk dari Faskes lain.
- c. Peserta menunjukkan Nomor Induk Kependudukan (selanjutnya disebut NIK) atau Nomor Kepesertaan BPJS Kesehatan. Dalam hal peserta berusia dibawah 17 tahun maka identitas lain yang dapat digunakan adalah Kartu Identitas Anak atau Kartu Keluarga (Peserta tidak perlu menyertakan fotokopi identitas).
- d. **PIHAK KEDUA** melakukan pengecekan keabsahan eligibilitas peserta melalui aplikasi **PIHAK KESATU**.
- e. Dalam hal Peserta JKN terdaftar dengan NIK yang tidak ditemukan pada data aplikasi **PIHAK KESATU** maka dalam mengakses pelayanan kesehatan wajib menunjukkan Kartu Indonesia Sehat/KIS Digital dan Kartu Tanda Penduduk/Elektronik (KTP-el). **PIHAK KEDUA** menginformasikan kepada Peserta JKN untuk melakukan pemutakhiran data Peserta ke **PIHAK KESATU**.
- f. **PIHAK KEDUA** melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan BMHP.
- g. Setelah mendapatkan pelayanan yang termasuk dalam klaim non kapitasi, Peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing Faskes sesuai lampiran VII.

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- h. **PIHAK KEDUA** melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan pada rekam medis peserta dan menginputnya ke dalam aplikasi **PIHAK KESATU**.
- i. Peserta dapat dirujuk ke FKRTL bila berdasarkan indikasi medis diperlukan.

PIHAK KESATU
KEPALA BPJS KESEHATAN
CABANG PALANGKA RAYA



MUHAMMAD MASRUR RIDWAN, M. Kes, AAK

PIHAK KEDUA
KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN PULANG PISAU



dr. PANDE PUTU GINA

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

**BIAYA, TATA CARA PENAGIHAN DAN TATA CARA PEMBAYARAN
PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT PERTAMA**

I. BIAYA PELAYANAN KESEHATAN

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

- a. Pelayanan RJTP dibayarkan berdasarkan kapitasi perjiwa perbulan sudah termasuk pajak.
- b. Besaran tarif Kapitasi per FKTP ditetapkan berdasarkan kesepakatan BPJS Kesehatan bersama dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan tingkat wilayah dengan standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.
- c. Norma penetapan besaran tarif kapitasi berdasarkan data jumlah dokter dan dokter gigi sesuai dengan Surat Izin Praktik Dokter yang berlaku.
- d. Pembayaran kapitasi per bulan berdasarkan masa berlaku Surat Izin Praktik dokter dan/atau dokter gigi.
- e. Dalam hal **PIHAK KEDUA** mengajukan perpanjangan SIP Dokter/Dokter Gigi yang sama tanpa jeda masa berlaku SIP dan dilakukan pemutakhiran pada aplikasi HFIS selambat-lambatnya 1 (satu) hari setelah tanggal terbit SIP maka pemutakhiran data SIP tersebut akan diperhitungkan pada koreksi pembayaran kapitasi bulan berikutnya oleh **PIHAK KESATU**.
- f. Dokter/Dokter Gigi yang memiliki SIP di **PIHAK KEDUA** melakukan praktik sesuai jadwal praktik dokter pada lampiran VII dan atau pada aplikasi HFIS.
- g. Pakta Integritas yang telah disetujui oleh **PIHAK KEDUA** merupakan persyaratan untuk menentukan tarif kapitasi.
- h. Dalam keadaan tertentu untuk kepentingan pemenuhan kebutuhan pelayanan, apabila dokter atau dokter gigi berhalangan melaksanakan praktik, maka **PIHAK KEDUA** dapat menunjuk dokter atau dokter gigi pengganti.

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- i. **PIHAK KESATU** melakukan pembayaran kapitasi kepada **PIHAK KEDUA** dengan memperhitungkan sisa pengelolaan dana kapitasi tahun anggaran 2022 dan/atau Silpa Kapitasi tahun 2021 yang belum selesai diperhitungkan sampai dengan bulan Desember 2022 sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- j. **PIHAK KESATU** akan melakukan pembayaran klaim non kapitasi berdasarkan SIP Dokter/tenaga Kesehatan yang masih berlaku pada saat memberikan pelayanan non kapitasi.

Tarif Kapitasi

No	Norma Kapitasi	Puskesmas						Praktik Dokter	Klinik Pratama		RS D Pratama
		3.000	3.500	4.500	5.000	5.500	6.000	8.000	9.000	10.000	10.000
	Ketersediaan										
1	Dokter										
	a. tidak ada	√	√								
	b. 1 Orang			√	√			√			
	c. minimal 2 orang					√	√		√	√	√
2	Dokter Gigi										
	a. tidak ada	√		√		√			√		
	b. ada		√		√		√			√	√
3	Bidan/perawat	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
4	Laboratorium Pratama	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
5	Apotek/Pelayanan Obat	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√

Tarif non kapitasi pada RJTP

No	Pemeriksaan	Tarif	Keterangan
1	Pelayanan Penunjang Prolanis		
	Pemeriksaan GDP	Rp. 15.000,- (Lima Belas Ribu Rupiah)	1 bulan 1 kali bagi peserta Prolanis DM
	Pemeriksaan HbA1c	Rp160.000,00 (Seratus Enam Puluh Ribu Rupiah)	6 bulan 1 kali bagi peserta Prolanis DM
	Pemeriksaan Microalbuminuria	Rp120.000,00 (seratus dua puluh ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun bagi seluruh peserta Prolanis
	Pemeriksaan Ureum	Rp30.000, (tiga puluh ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun bagi seluruh peserta Prolanis

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

No	Pemeriksaan	Tarif	Keterangan
	Pemeriksaan Kreatinin	Rp30.000,00 (tiga puluh ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun bagi seluruh peserta Prolanis
	Pemeriksaan Kolesterol Total	Rp45.000,00 (empat puluh lima ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun bagi seluruh peserta Prolanis
	Pemeriksaan Kolesterol LDL	Rp60.000,00 (enam puluh ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun bagi seluruh peserta Prolanis
	Pemeriksaan Kolesterol HDL	Rp45.000,00 (empat puluh lima ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun bagi seluruh peserta Prolanis
	Pemeriksaan Trigliserida	Rp50.000,00 (lima puluh ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun bagi seluruh peserta Prolanis
2	Pelayanan Skrining Kesehatan		
	Pemeriksaan IVA	-	Masuk dalam Pembiayaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pemerintah Daerah
	Pemeriksaan papsmear	Rp125.000,00 (seratus dua puluh lima ribu rupiah)	1 kali dalam setahun.
	Pemeriksaan GDS, GDP dan GDPP	-	Masuk dalam Pembiayaan Standar Pelayanan Minimal

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

No	Pemeriksaan	Tarif	Keterangan
			(SPM) Pemerintah Daerah
	Terapi Krio	Rp150.000,00 (seratus lima puluh ribu rupiah)	Untuk kasus IVA Positif
3	Jasa Kebidanan, Neonatal dan KB		
	Paket ANC	Rp 200.000,00 (dua ratus ribu rupiah)	<ul style="list-style-type: none"> - diberikan dalam bentuk paket paling sedikit 4 (empat) kali pemeriksaan - jenis pemeriksaan sesuai dengan ketentuan yang berlaku - dalam hal pemeriksaan ANC tidak dilakukan di satu tempat maka dibayarkan perkunjungan sebesar Rp50.000,00 (lima puluh ribu rupiah)
	Pemeriksaan PNC	Rp25.000,00 (dua puluh lima ribu rupiah)/ kunjungan	diberikan dalam kurun waktu kunjungan dengan ketentuan 2 (dua) kali kunjungan ibu nifas dan neonatus pertama dan kedua (KF1-KN1 dan KF2-KN2), 1 (satu) kali kunjungan neonatus ketiga (KN3), serta 1 (satu) kali kunjungan ibu nifas ketiga (KF3).
	Pemasangan dan/atau	Rp100.000,00	

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

No	Pemeriksaan	Tarif	Keterangan
	pencabutan IUD/implant	(seratus ribu rupiah)	
	Pelayanan suntik KB	Rp15.000,00 (lima belas ribu rupiah)	Per kali suntik
	Penanganan komplikasi KB	Rp125.000,00 (seratus dua puluh lima ribu)	
	Pelayanan Keluarga Berencana metode Operasi Pria (KBMOP)/vasektomi	Rp350.000,00 (tiga ratus lima puluh ribu rupiah)	
4	Protesa Gigi	Maksimal Rp1.000.000,00 (satu juta rupiah)	Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis untuk gigi yang sama - Full protesa gigi maksimal Rp1.000.000,00 - Masing-masing rahang maksimal Rp500.000,00
5	Ambulance	Sesuai dengan tarif Perda	- Penggantian biaya pelayanan ambulan diberikan pada pelayanan ambulan darat dan ambulan air. - Dalam hal belum terdapat tarif Perda maka mengacu pada standar yang berlaku pada daerah dengan karakteristik geografis yang setara pada satu wilayah

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

Pembiayaan Kegiatan Kelompok Prolanis, meliputi:

No	Pelayanan	Biaya (Rp)	Ketentuan
1	Edukasi Kesehatan Prolanis	<p>a. Paling banyak Rp890.000,00 (delapan ratus sembilan puluh ribu rupiah) per kegiatan per klub untuk pertemuan tatap muka secara langsung (<i>offline</i>). Dengan rincian:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Honor narasumber: Rp.500.000,00 (lima ratus ribu rupiah) per kegiatan 2) <i>Unit Cost</i> konsumsi peserta Prolanis maksimal Rp13.000,00 (tiga belas ribu rupiah) per peserta per kegiatan <p>b. Rp500.000,00 (lima ratus ribu rupiah) per kegiatan per klub untuk pertemuan secara daring (<i>online</i>).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dilaksanakan paling banyak 1 (satu) kali per Klub per bulan oleh FKTP kepada Peserta Prolanis. 2. Jumlah minimal Peserta Prolanis yang mengikuti edukasi kesehatan sebanyak 15 (lima belas) peserta dan maksimal sebanyak 30 (tiga puluh) peserta. 3. Biaya pertemuan secara daring (<i>online</i>) sebesar Rp500.000 (lima ratus ribu rupiah) merupakan honor narasumber. 4. Biaya dikenakan pajak penghasilan sesuai ketentuan perpajakan yang berlaku.
2	Aktivitas Fisik Prolanis	<p>a. Paling banyak Rp590.000,00 (lima ratus sembilan puluh ribu rupiah) per kegiatan per klub untuk pertemuan tatap muka secara langsung (<i>offline</i>). Dengan rincian:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Honor instruktur: Rp200.000,00 (dua ratus ribu rupiah) per kegiatan 2) <i>Unit Cost</i> konsumsi peserta Prolanis maksimal Rp13.000,00 (tiga belas ribu rupiah) per peserta per kegiatan <p>b. Rp.200.000,00 (dua ratus ribu rupiah) per kegiatan per klub untuk pertemuan secara daring (<i>online</i>).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diberikan paling banyak 1 (satu) kali per Klub per minggu oleh FKTP kepada Peserta Prolanis. 2. Jumlah minimal Peserta Prolanis yang mengikuti aktifitas fisik sebanyak 15 (lima belas) peserta dan maksimal sebanyak 30 (tiga puluh) peserta. 3. Biaya pertemuan secara daring (<i>online</i>) sebesar Rp200.000 (dua ratus ribu rupiah) merupakan honor nara sumber. 4. Biaya dikenakan pajak penghasilan sesuai ketentuan perpajakan yang berlaku.

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

2. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) ** bagi Puskesmas dengan fasilitas rawat inap

No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)
1	Paket Rawat Inap per hari	150.000

NO	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)
1	Paket Persalinan pervaginam normal oleh Bidan	Rp 700.000
2	Paket Persalinan pervaginam normal oleh Dokter	Rp 800.000
3	Paket Persalinan pervaginam dengan tindakan emergency dasar di Puskesmas PONED	Rp 950.000
4	Pelayanan tindakan paska persalinan di Puskesmas PONED (mis. placenta manual)	Rp 175.000
5	Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan atau neonatal	Rp 125.000

Mekanisme pengenaan pajak terhadap jenis pelayanan diatas mengacu pada peraturan perundangan yang berlaku.

3. Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja* (Bagi FKTP yang menjalankan KBK)**

- a. Penilaian capaian kinerja dan penyesuaian kapitasi dilakukan setiap bulan berdasarkan data luaran sistem informasi BPJS Kesehatan.
- b. Penyesuaian kapitasi berdasarkan capaian kinerja diberlakukan pada FKTP yang menerapkan Pembayaran KBK dan memenuhi kriteria sebagai berikut:
 - 1) telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan minimal 1 (satu) tahun; dan/atau
 - 2) minimal Peserta terdaftar 5.000 (lima ribu) Peserta.

c. Penilaian Capaian Kinerja

1) Indikator Kinerja

a) Angka Kontak (AK)

(1) Indikator Angka Kontak (AK) dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut:

$$\text{Angka Kontak} = \frac{\text{jumlah peserta yang melakukan kontak}}{\text{jumlah Peserta terdaftar di FKTP}} \times 1000$$

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

Perhitungan Angka Kontak merupakan perbandingan antara jumlah Peserta terdaftar yang melakukan kontak dengan FKTP dengan total jumlah peserta terdaftar di FKTP dikali 1000 (seribu).

- (2) Jumlah peserta yang melakukan kontak adalah jumlah peserta JKN (per nomor identitas peserta) yang terdaftar di 1 (satu) FKTP dan mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam 1 (satu) bulan.
- (3) Jumlah peserta terdaftar adalah jumlah peserta JKN yang terdaftar di suatu FKTP per bulan.
- (4) Bentuk Kontak yang menjadi catatan penilaian adalah:
 - (a) Tempat kontak
 - (b) Jenis Pelayanan
 - i. Kunjungan Sakit
 - ii. Kunjungan Sehat
 - (c) Pelayanan Kontak Langsung
 - (d) Pelayanan Kontak Tidak Langsung
- (5) Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan kontak FKTP dengan kondisi di tempat dan jenis pelayanan sebagaimana huruf d) yang dicatatkan pada aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan.

b) Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS)

- (1) Indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS) dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut:

$$RRNS = \frac{\text{jumlah rujukan kasus non spesialistik}}{\text{jumlah rujukan FKTP}} \times 100$$

Perhitungan RRNS merupakan perbandingan antara jumlah rujukan kasus non spesialistik dengan jumlah seluruh rujukan oleh FKTP dikali 100% (seratus persen).

- (2) Jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialistik adalah jumlah rujukan dengan diagnosa yang termasuk dalam jenis penyakit yang

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

menjadi kompetensi dokter di FKTP sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (3) Rujukan kasus non spesialisik dengan kriteria *Time, Age, Complication* dan *Comorbidity* (TACC) tidak diperhitungkan dalam jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialisik.
- (4) Jumlah rujukan FKTP adalah total jumlah rujukan FKTP ke FKRTL.
- (5) Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan rujukan peserta ke FKRTL pada Sistem Informasi BPJS Kesehatan.

c) Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)

- (1) Indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut:

RPPT

$$= \frac{\text{Rasio Prolanis DM terkontrol} + \text{Rasio Prolanis HT terkontrol}}{2}$$

Perhitungan Rasio Peserta Prolanis Terkendali merupakan capaian Rasio Peserta Prolanis DM Terkendali ditambah capaian Rasio Peserta Prolanis HT Terkendali dibagi 2.

RPPT DM

$$= \frac{\text{jumlah peserta Prolanis DM terkontrol}}{\text{jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM}} \times 100\%$$

Perhitungan Rasio Peserta Prolanis DM Terkendali merupakan perbandingan antara jumlah pasien DM yang terdaftar sebagai peserta Prolanis dengan kadar gula darah puasa terkontrol dengan jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM dikali 100% (seratus persen).

$$\text{RPPT HT} = \frac{\text{jumlah peserta Prolanis HT terkontrol}}{\text{jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa HT}} \times 100\%$$

Perhitungan Rasio Peserta Prolanis HT Terkendali merupakan perbandingan antara jumlah pasien HT yang terdaftar sebagai

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

peserta Prolanis dengan tekanan darah terkendali dengan jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa HT dikali 100% (seratus persen).

- (2) Jumlah Peserta Prolanis terkendali adalah peserta dengan diagnosa penyakit DM atau HT yang terdaftar sebagai peserta Prolanis dengan kadar gula darah puasa bagi pasien DM atau tekanan darah bagi pasien HT terkendali.
- (3) Jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM atau HT adalah peserta terdaftar di FKTP yang telah ditegakkan diagnosa penyakit DM atau HT.
- (4) Kriteria terkendali adalah:
 - (a) pasien DM dengan capaian kadar gula darah puasa; dan
 - (b) pasien HT dengan capaian tekanan darah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh Organisasi Profesi.
- (5) Penjaminan pelayanan pemeriksaan kadar gula darah puasa sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (6) Ketentuan mengenai pengelolaan Peserta Prolanis mengacu pada Pedoman Program Pengelolaan Penyakit Kronis yang berlaku.
- (7) Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan pemantauan kadar gula darah puasa dan tekanan darah pasien pada Sistem Informasi BPJS Kesehatan.

2) Perhitungan capaian Pembayaran KBK

- a) Bobot indikator kinerja Pembayaran KBK adalah sebagai berikut:
 - (1) Indikator angka kontak adalah sebesar 40% (empat puluh persen)
 - (2) Indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik adalah sebesar 50% (lima puluh persen)
 - (3) Indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali adalah sebesar 10% (sepuluh persen)

b) Target Indikator Kinerja

Target indikator kinerja adalah nilai dari perhitungan pencapaian indikator Pembayaran KBK dengan ketentuan sebagai berikut:

- (1) Target indikator angka kontak adalah paling sedikit 150‰ (seratus lima puluh permil)

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- (2) Target indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik adalah paling banyak 2% (dua persen)
- (3) Target indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali adalah paling sedikit 5% (lima persen)
- c) Kriteria penilaian
- Kriteria penilaian Pembayaran KBK dibagi dalam 4 kriteria rating berdasarkan target indikator kinerja, dengan ketentuan sebagai berikut:
- (1) Kriteria penilaian angka kontak:
- (a) Kriteria rating 1 apabila capaian angka kontak $\leq 140\%$
 - (b) Kriteria rating 2 apabila capaian angka kontak $> 140\% - 145\%$
 - (c) Kriteria rating 3 apabila capaian angka kontak $> 145\% - < 150\%$
 - (d) Kriteria rating 4 apabila capaian angka kontak $\geq 150\%$
- (2) Kriteria penilaian Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik
- (a) Kriteria rating 1 apabila capaian RRNS $> 3\%$
 - (b) Kriteria rating 2 apabila capaian RRNS $> 2,5\% - 3\%$
 - (c) Kriteria rating 3 apabila capaian RRNS $> 2\% - 2,5\%$
 - (d) Kriteria rating 4 apabila capaian RRNS $\leq 2\%$
- (3) Kriteria penilaian Rasio Peserta Prolanis Terkendali
- (a) Kriteria rating 1 apabila capaian RPPT $< 3\%$
 - (b) Kriteria rating 2 apabila capaian RPPT $3\% - < 4\%$
 - (c) Kriteria rating 3 apabila capaian RPPT $4\% - < 5\%$
 - (d) Kriteria rating 4 apabila capaian RPPT $\geq 5\%$
- d) Penilaian capaian Pembayaran KBK
- (1) Penilaian capaian Pembayaran KBK dilakukan atas perhitungan antara bobot indikator kinerja dikalikan dengan rating dari kriteria penilaian capaian kinerja.
- (2) Besaran pembayaran kapitasi per FKTP berdasarkan penjumlahan nilai capaian Pembayaran KBK per masing-masing indikator, dengan ketentuan sebagai berikut:
- FKTP Puskesmas
- (a) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 4 (empat), maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 100% (seratus persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.

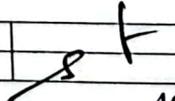
PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- (b) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 3-<4, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 95% (sembilan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- (c) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 2-<3, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 90% (sembilan puluh persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- (d) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 1-<2, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 85% (delapan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- e) Dalam hal pemenuhan target capaian kinerja menyebabkan besaran tarif kapitasi lebih rendah dari standar tarif kapitasi minimal yang telah ditetapkan oleh menteri, maka besaran kapitasi yang dibayarkan adalah sebesar tarif kapitasi minimal.

Tabel 1

Penilaian PKBK

No	Indikator Kinerja a	Bobot b	Target c	Kriteria Penilaian		Nilai Capaian f=bxd
				Rating d	Deskripsi e	
1	Angka Kontak	40%	≥ 150 ‰	4	≥ 150 ‰	1,6
				3	> 145 - < 150 ‰	1,2
				2	> 140 - 145 ‰	0,8
				1	≤ 140 ‰	0,4
2	Rasio Rujukan Non Spesialistik	50%	≤ 2%	4	≤ 2%	2
				3	> 2 - 2,5 %	1,5
				2	> 2,5 - 3%	1
				1	> 3 %	0,5
3	Rasio Peserta Prolanis Terkendali	10%	≥ 5 %	4	≥ 5%	0,4
				3	< 5 - 4%	0,3
				2	< 4 - 3%	0,2
				1	< 3 %	0,1

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

Tabel 2

Penyesuaian Pembayaran Kapitasi Berdasarkan Nilai Capaian PKBK

Nilai Capaian	% Pembayaran Kapitasi
	Puskesmas
4	100%
3 - < 4	95%
2 - < 3	90%
1 - < 2	85%

4. Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dalam Masa Bencana *Corona Virus Disease* 2019

- a. Pelayanan Kontak Tidak Langsung akan diperhitungkan sebagai salah satu bentuk kontak yang menjadi catatan penilaian dalam perhitungan indikator Angka Kontak pada Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK).
- b. Perhitungan Pelayanan Kontak Tidak Langsung sebagai capaian indikator Angka Kontak pada KBK berakhir pada saat ditetapkannya Keputusan Presiden tentang Penetapan Berakhirnya Status Bencana Nonalam *Corona Virus Disease* 2019 (Covid-19) Sebagai Bencana Nasional atau adanya kebijakan lain yang mengatur tentang Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja.
- c. Ketentuan perhitungan Pelayanan Kontak Tidak Langsung dalam capaian indikator Angka Kontak pada KBK, adalah sebagai berikut:
 - 1) Pelayanan Kontak Tidak Langsung yang diperhitungkan sebagai Angka Kontak pada KBK adalah Pelayanan Kontak Tidak Langsung yang telah ter-*input* pada aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan.
 - 2) Jenis Pelayanan Kontak Tidak Langsung meliputi:
 - (a) Kontak sehat merupakan kontak antara FKTP dan Peserta dalam pemberian informasi disertai dengan konsultasi tentang promotif preventif.
 - (b) Kontak sakit merupakan kontak antara FKTP dan Peserta untuk konsultasi atas kondisi keluhan sakit Peserta.
 - 3) Penentuan Jenis Pelayanan Kontak Tidak Langsung dilakukan oleh Dokter atau tenaga kesehatan di FKTP berdasarkan hasil konsultasi yang dilakukan.

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- 4) **PIHAK KEDUA** wajib melakukan *input* Pelayanan Kontak Tidak Langsung pada aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama yang dikembangkan oleh **PIHAK KESATU**.
- 5) Selain melakukan Input pada aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama sebagaimana dimaksud pada angka 4), **PIHAK KEDUA** melakukan:
- a) pencatatan dalam dokumen pendukung (*log book*), yang paling sedikit berisi informasi:
 - (1) nama Peserta;
 - (2) nomor kartu JKN;
 - (3) sistem informasi yang digunakan untuk Pelayanan Kontak Tidak Langsung;
 - (4) nomor telepon/kontak Peserta; dan
 - (5) jenis layanan (kontak sehat/kontak sakit).
 - b) pencatatan dalam rekam medik sesuai ketentuan peraturan perundangan.
 - c) pendokumentasian bentuk Pelayanan Kontak Tidak Langsung pada media penyimpanan yang dimiliki oleh FKTP.
 - d) Sumber data yang digunakan dalam perhitungan capaian indikator Angka Kontak adalah hasil input data pelayanan Kontak Langsung dan Kontak Tidak Langsung pada aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama yang dikembangkan oleh **PIHAK KESATU**.
 - e) Dalam pelaksanaan monitoring evaluasi pembayaran KBK khususnya indikator Angka Kontak, **PIHAK KESATU** bersama Tim Monev KBK dapat melakukan *sampling* kesesuaian kontak berdasarkan dokumen pendukung sesuai angka 5).

II. TATA CARA PENGAJUAN KLAIM

1. **PIHAK KEDUA** mengajukan klaim pelayanan kesehatan secara kolektif kepada Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota **PIHAK KESATU** secara periodik dan lengkap dengan dilengkapi dokumen pengajuan klaim.

Langkah-langkah pengajuan klaim diantaranya sebagai berikut:

- a. **PIHAK KEDUA** melakukan input data pelayanan pada sistem informasi (aplikasi)
- b. **PIHAK KEDUA** melakukan input data penagihan klaim pelayanan non kapitasi pada sistem informasi (aplikasi) segera setelah pelayanan selesai diberikan

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- c. PIHAK KEDUA mempersiapkan dokumen pendukung tagihan klaim sesuai ketentuan yang berlaku.
 - d. Jejaring PIHAK KEDUA dapat melakukan entri data pelayanan pada sistem informasi (aplikasi), kemudian melalui persetujuan PIHAK KEDUA disampaikan kepada PIHAK KESATU.
 - e. Jejaring PIHAK KEDUA menyiapkan dokumen pendukung tagihan klaim sesuai ketentuan yang berlaku untuk disampaikan kepada PIHAK KESATU melalui PIHAK KEDUA
 - f. PIHAK KEDUA melengkapi dokumen kelengkapan administrasi klaim sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 - g. PIHAK KEDUA berkewajiban memeriksa kesesuaian dan kelengkapan berkas pengajuan klaim oleh jejaringnya.
 - h. PIHAK KEDUA menyampaikan dokumen kelengkapan administrasi klaim kepada PIHAK KESATU.
 - i. PIHAK KEDUA dan jejaring dapat melakukan monitoring tahapan proses penyelesaian klaim melalui sistem informasi (aplikasi)
 - j. PIHAK KEDUA melakukan pengelolaan klaim dengan baik dengan mempertimbangkan tahapan proses pengajuan klaim agar tidak melampaui batas waktu pengajuan klaim yang terhitung sejak pelayanan non kapitasi diberikan sampai dengan pengajuan klaim (formulir pengajuan klaim/FPK) melalui sistem informasi (aplikasi) dan penerimaan dokumen klaim oleh PIHAK KESATU.
 - k. PIHAK KEDUA wajib mendokumentasikan pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai prinsip tata kelola rekam medis.
2. PIHAK KESATU melakukan proses pengelolaan klaim yang disampaikan oleh PIHAK KEDUA diantaranya sebagai berikut:
- a. Menerima dan melakukan pemeriksaan kesesuaian jumlah dokumen tagihan klaim sesuai ketentuan yang berlaku melalui format digital serah terima pada aplikasi verifikasi.
 - b. Apabila dokumen tagihan klaim yang disampaikan oleh PIHAK KEDUA terdapat ketidaksesuaian jumlah, maka pengajuan klaim tersebut akan dikembalikan untuk dilakukan perbaikan oleh PIHAK KEDUA dan menyampaikan kembali ke PIHAK KESATU apabila telah diperbaiki dengan tetap mempertimbangkan batas waktu kedaluarsa klaim.

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- c. Menyatakan dokumen lengkap apabila telah sesuai melalui format digital berkas lengkap pada aplikasi verifikasi
- d. PIHAK KESATU melakukan proses verifikasi sejak dokumen tagihan klaim dinyatakan lengkap melalui format digital berkas lengkap pada aplikasi verifikasi.
- e. PIHAK KESATU menyampaikan persetujuan hasil verifikasi kepada PIHAK KEDUA berupa dokumen umpan balik (*hardfile*) dan/ atau dokumen umpan balik secara elektronik melalui sistem informasi yang dikembangkan oleh PIHAK KESATU
- f. PIHAK KEDUA berkewajiban untuk segera memberikan persetujuan atas dokumen umpan balik hasil verifikasi dalam waktu 1 (satu) hari kerja.
- g. Dalam hal PIHAK KEDUA 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 melakukan proses tindak lanjut pembayaran klaim kepada PIHAK KEDUA.
- i. Tahapan proses penyelesaian klaim mulai dari pengajuan klaim sampai dengan selesai verifikasi dapat dimonitor melalui aplikasi.

III. TATA CARA PEMBAYARAN

1. Biaya pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dibayar dengan kapitasi, yaitu berdasarkan besaran tarif kapitasi dan hasil pencapaian penilaian kinerja **PIHAK KEDUA** dan jumlah Peserta terdaftar di **PIHAK KEDUA** sesuai ketentuan pendaftaran Peserta di **PIHAK KEDUA** yang berlaku.
2. Pemilihan fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar berdasarkan pilihan Peserta.
3. Ketentuan mutasi tambah kurang Peserta
 - a. Peserta lama yang melakukan pergantian FKTP;

Apabila Peserta melakukan perpindahan (mutasi) dari FKTP sebelumnya ke FKTP lainnya pada bulan berjalan, maka perhitungan kapitasi pada FKTP yang baru akan dihitung pada bulan berikutnya.

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- b. Peserta baru
- 1) Peserta baru yang masuk pada tanggal 1 sd 31 bulan berjalan, dapat langsung dilayani meskipun kapitasi belum dibayarkan.
 - 2) Perhitungan kapitasi dengan penambahan Peserta baru yang masuk pada tanggal 1 sd 31 bulan berjalan, maka kapitasi pada bulan berjalan tersebut akan dibayarkan dengan menambahkan pada pembayaran kapitasi pada bulan berikutnya.
4. Pembayaran biaya kapitasi kepada **PIHAK KEDUA** paling lambat tanggal 15 (lima belas) pada bulan berjalan, dalam hal pembayaran kapitasi jatuh pada hari libur maka pembayaran dilakukan pada hari kerja berikutnya.
 5. Jika **PIHAK KEDUA** belum membuat dan menyetujui Pakta Integritas sampai dengan tanggal 4 setiap bulan, maka persetujuan Pakta Integritas akan dilakukan secara otomatis melalui aplikasi sesuai data SDM yang ada. Ketidaksesuaian SDM karena **PIHAK KEDUA** tidak melakukan persetujuan Pakta Integritas sepenuhnya menjadi tanggungjawab **PIHAK KEDUA**.
 6. Dalam hal terjadi kelebihan atau kekurangan atas pembayaran kapitasi, maka akan dilakukan koreksi terhadap pembayaran kapitasi.
 7. Kelebihan atau kekurangan yang dimaksud dapat disebabkan oleh:
 - a. Hasil rekonsiliasi jumlah kepesertaan
 - b. Perhitungan Silpa dana kapitasi tahun sebelumnya
 - c. Hasil audit baik oleh auditor internal maupun eksternal
 - d. Hal lain yang menyebabkan terjadinya kelebihan atau kekurangan pembayaran kapitasi
 8. Penyesuaian norma penetapan besaran tarif kapitasi dalam hal terjadi penambahan ketersediaan sumber daya manusia khususnya tenaga kesehatan, kelengkapan sarana prasarana dan lingkup pelayanan yang mempengaruhi kapasitas layanan dan besaran kapitasi yang dibayarkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, diberlakukan pada bulan berikutnya setelah **PIHAK KEDUA** melakukan *update* melalui aplikasi HFIS dikecualikan untuk FKTP non jarkomdat melakukan pemberitahuan secara tertulis.
 9. Apabila terjadi keterlambatan pemberitahuan dan/atau tidak ada *update* pada aplikasi HFIS **PIHAK KEDUA**, terhadap terjadinya pengurangan ketersediaan sumber daya manusia khususnya tenaga kesehatan yang berhenti melakukan praktik, seperti Surat Izin Praktik habis masa berlaku, dokter pindah tempat tugas,

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

- dokter meninggal dunia, dll maka penyesuaian norma penetapan besaran tarif kapitasi diberlakukan sejak terjadinya pengurangan.
10. Kelebihan pembayaran kapitasi akibat kejadian sebagaimana angka 8 diatas, akan dikompensasikan pada pembayaran kapitasi bulan berikutnya.
 11. Kelebihan pembayaran non kapitasi karena *incorrect claim* (ketidaksesuaian Klaim) atau hasil audit akan dikompensasikan pada pembayaran non kapitasi bulan berikutnya dan atau melalui mekanisme lain yang disepakati oleh para pihak.
 12. Kompensasi kelebihan atau kekurangan pembayaran kapitasi dan non kapitasi dituangkan dalam berita acara yang disepakati oleh para pihak.
 13. Kelebihan atau kekurangan yang disebabkan oleh Hasil rekonsiliasi jumlah kepesertaan PBI JK dan PBPU BP Pemda sesuai dengan ketentuan yang berlaku dilakukan kompensasi dan diinformasikan secara tertulis oleh **PIHAK KESATU** kepada **PIHAK KEDUA**.
 14. **PIHAK KESATU** melakukan pembayaran kapitasi kepada **PIHAK KEDUA** dengan memperhitungkan sisa pengelolaan dana kapitasi tahun anggaran sebelumnya yang telah ditetapkan sesuai Perundangan yang berlaku.
 15. Pembayaran Dana Kapitasi memperhitungkan sisa pengelolaan Dana Kapitasi tahun sebelumnya sesuai ketentuan sebagai berikut:
 - a. Silpa lebih besar dari Dana Kapitasi bulan berjalan maka **PIHAK KESATU** tidak melakukan pembayaran dana kapitasi kepada **PIHAK KEDUA**;
 - b. Silpa lebih kecil dari Dana Kapitasi bulan berjalan, **PIHAK KESATU** membayar kapitasi kepada **PIHAK KEDUA** dengan memperhitungkan Dana Kapitasi bulan berjalan dikurangi oleh SiLPA atau saldo sisa pengelolaan Dana Kapitasi; dan
 - c. nihil, **PIHAK KESATU** melakukan pembayaran Dana Kapitasi bulan berjalan kepada **PIHAK KEDUA** sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 16. Apabila terdapat saldo SiLPA setelah dilakukan pembayaran sesuai angka 15 huruf a maka akan menjadi saldo SiLPA Dana Kapitasi untuk digunakan sebagai kompensasi Dana Kapitasi bulan berikutnya.
 17. Kompensasi kelebihan atau kekurangan pembayaran kapitasi dan non kapitasi dituangkan dalam berita acara yang disepakati oleh para pihak.
 18. Biaya pelayanan kesehatan yang dibayar dengan tarif non kapitasi untuk pelayanan yang telah dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** maupun jejaringnya,

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

diajukan secara kolektif oleh **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK KESATU** dengan kelengkapan administrasi berdasarkan pada ketentuan yang berlaku.

19. Dalam hal **PIHAK KESATU** terlambat dalam melakukan pembayaran klaim non kapitasi, maka **PIHAK KESATU** akan melakukan pembayaran denda kepada **PIHAK KEDUA** sebesar 1 % (satu persen) dari jumlah pembayaran klaim non kapitasi yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan dengan mekanisme sebagai berikut:
- PIHAK KESATU** dan **PIHAK KEDUA** melakukan rekonsiliasi perhitungan dan pembuatan Berita Acara Kesepakatan Denda.
 - Berita Acara Kesepakatan Denda untuk klaim Bidan Jejaring ditandatangani oleh **PIHAK KEDUA** yang menaungi.
 - Berita Acara Kesepakatan Denda meliputi kesepakatan atas jumlah hari keterlambatan, besaran nilai denda, serta kesediaan kedua belah pihak untuk patuh dan tunduk terhadap kesepakatan yang telah dibuat tanpa mengajukan upaya hukum.
 - Denda keterlambatan pembayaran non kapitasi dihitung secara proporsional secara harian menggunakan hari kalender dengan perhitungan besaran jumlah denda untuk keterlambatan sebagai berikut:

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

365 Hari

Keterangan:

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

20. **PIHAK KEDUA** tidak diperkenankan menarik biaya apapun terhadap Peserta sepanjang pelayanan kesehatan yang diberikan masih tercakup dalam ruang lingkup Perjanjian ini;
21. Pembayaran dana kapitasi dan non kapitasi termasuk promotif preventif untuk kegiatan kelompok Prolanis dari **PIHAK KESATU** melalui rekening yang telah ditetapkan dalam Keputusan Kepala Puskesmas sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
22. Rekening dana kapitasi JKN dan non kapitasi termasuk promotif preventif sebagaimana dimaksud pada angka 20 disampaikan oleh Kepala Puskesmas kepada **PIHAK KESATU**;

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

53

23. Nomor rekening pembayaran dana kapitasi JKN dan tagihan non kapitasi termasuk promotif preventif dari **PIHAK KESATU** kepada **PIHAK KEDUA**, sebagai berikut: (Apabila nomor rekening hanya satu dan digabung, maka cukup dicantumkan satu nomor rekening).

Rekening Kapitasi

Nama Puskesmas	Rekening Atas Nama	Nama Bank	Nomor Rekening JKN	Nama Bendahara JKN
Pulang Pisau	Bendahara Dana Kapitasi JKN Puskesmas Pulang Pisau	Bank Pembangunan Kalteng	601-002-000000359-5	Carolina I. S. Suling, A.Md. Kep
Bereng	Bendahara Kapitasi JKN Puskesmas Bereng	Bank Pembangunan Kalteng	601-002-000000358-7	Aprilianita Supatmi, Amd.G
Jabiren	Bendahara Kapitasi JKN Puskesmas Jabiren	Bank Pembangunan Kalteng	601-002-000000366-8	Eliskaderatama, A.Md.Keb
Bukit Rawi	Bendahara Dana Kapitasi JKN Puskesmas Bukit Rawi	Bank Pembangunan Kalteng	601-002-000000362-5	M. Khalil Ramadhan, A. Md. Farm
Bawan	Bendahara Dana Kapitasi JKN Puskesmas Bawan	Bank Pembangunan Kalteng	601-002-000000361-7	Cahaya Siahhaan, S.Tr.Keb
Tangkahen	Bendahara Dana Kapitasi JKN Puskesmas Tangkahen	Bank Pembangunan Kalteng	601-0102000699	Roy Meliana Eka Putri. S, A. Md. Farm
Maliku	Bendahara Kapitasi JKN Puskesmas Maliku	Bank Pembangunan Kalteng	601-002-000000364-1	Nofiani Harnawati A. Md. Kep
Pangkoh	Bendahara Dana Kapitasi JKN Puskesmas Pangkoh	Bank Pembangunan Kalteng	601-002-000000360-9	Yance Tutupoly, A. Md.Kep
Bahaur Hilir	Bendahara Kapitasi JKN Puskesmas Bahaur Hilir	Bank Pembangunan Kalteng	601-002-000000357-9	Laily Indah Suryar A. Md. Kep

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

Sebangau	Bendahara Kapitasi JKN Puskesmas Sebangau	Bank Pembangunan Kalteng	601-002- 000000363-3	Muhammad Rudini, A. Md. Kep
Bahaur Tengah	Bendahara Dana Kapitasi JKN Puskesmas Bahaur Tengah	Bank Pembangunan Kalteng	601-002- 000000365-0	Norhalisah, A. Md. KG
Tahai	Pengelolaan JKN Puskesmas Tahai	Bank Pembangunan Kalteng	601- 0102001188	Yuli Nadya Putri, A.Md. Keb

Rekening Non Kapitasi

Atas nama : REKENING KAS UMUM DAERAH KABUPATEN PULANG PISAU

Rekening Bank : BPK CABANG PULANG PISAU

Nomor Rekening : 0601.001.000000003.3

Rekening Promotif Preventif

Nama Puskesmas	Rekening Atas Nama	Nama Bank	Nomor Rekening JKN
Bahaur Tengah	Puskesmas Bahaur Tengah	BRI	799701004901535
Bereng	Puskesmas Bereng	BRI	360501033455538
Maliku	Puskesmas Kec. Maliku	BRI	452301002299534
Pangkoh	Puskesmas Pangkoh	BRI	452301016653534
Pulang Pisau	Puskesmas Pulang Pisau	BRI	360501001807523
Sebangau	Puskesmas Sebangau	BRI	360501033032534
Bahaur Hilir	Puskesmas Bahaur Hilir	BRI	799701019228532
Bawan	Prolanis Bawan Bahagia	BRI	760001015118532
Tahai	Puskesmas Tahai	BRI	360501035417536

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

24. Pembayaran dari **PIHAK KESATU** kepada Jejaring Faskes melalui mekanisme transfer bank ke nomor rekening masing-masing Jejaring Faskes sebagaimana pada Lampiran V Perjanjian ini.
25. Dalam hal terdapat perubahan nomor rekening pembayaran dan NPWP yang diajukan oleh **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK KESATU**, maka **PIHAK KESATU** akan melakukan pembayaran kapitasi dan non kapitasi setelah dilakukan penandatanganan Addendum PKS dan telah dilakukan *updating* pada aplikasi HFIS.
26. Biaya administrasi bank yang timbul akibat adanya transfer (kliring) dibebankan kepada masing-masing rekening **PIHAK KEDUA** dan Jejaring Faskes (non kapitasi).
27. Nilai pembayaran klaim non kapitasi kepada **PIHAK KEDUA** dan Jejaring Faskes serta nilai pembayaran kegiatan kelompok prolanis adalah sebesar Netto, yaitu nilai tersebut telah dikurangi dengan pajak sesuai ketentuan yang berlaku dan biaya administrasi bank.

PIHAK KESATU

**KEPALA BPJS KESEHATAN
CABANG PALANGKA RAYA**

MUHAMMAD MASRUR RIDWAN, M. Kes, AAK

**PIHAK KEDUA
KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN PULANG PISAU**

dr. PANDE PUTU GINA

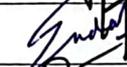
PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

Lampiran III Perjanjian

Nomor : 60/KTR/VIII-06/1122

Nomor :

Daftar Puskesmas
di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pulang Pisau

Nama Puskesmas	Kode Puskesmas	Kepala Puskesmas*	Tanda tangan
BERENG	02550001		
BAHAUR TENGAH	02550002		
PULANG PISAU	14110101		
JABIREN	14110102		
PANGKOH	14110103		
SEBANGAU	14110104		
BUKIT RAWI	14110105		
MALIKU	14110106		
BAHAUR HILIR	14110107		
TANGKAHEN	14110108		
BAWAN	14110109		
TAHAI	02551001		

Ket:*) Kepala Puskesmas pada saat PKS ditandatangani, dalam hal terjadi perubahan mengacu kepada data update terakhir pada Aplikasi HFIS

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

Lampiran IV Perjanjian

Nomor : 60/KTR/VIII-06/1122

Nomor :

LAPORAN PELAYANAN
RAWAT JALAN TINGKAT PERTAMA (RJTP)
BULAN TAHUN

Nama Faskes :

Alamat :

NO	TANGGAL	NO KARTU PESERTA	NAMA PESERTA	DIAGNOSA	DI RUJUK	TANDA TANGAN PESERTA

Total Peserta yang berkunjung =

Total Peserta yang dirujuk =

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

Lampiran V Perjanjian
Nomor : 60/KTR/VIII-06/1122
Nomor :

LAPORAN PELAYANAN
RAWAT INAP TINGKAT PERTAMA (RITP)
BULAN TAHUN

Nama Faskes :
Alamat :

NO	TANGGAL	NO KARTU PESERTA	NAMA PESERTA	DIAGNOSA	LOS	DI RUJUK	TANDA TANGAN PESERTA

Total Peserta yang berkunjung =
Total Peserta yang dirujuk =
.....

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

**PERNYATAAN PERSETUJUAN JEJARING PUSKESMASUNTUK
MENUNDUKKAN DIRI PADA PERJANJIAN KERJASAMA**

Yang bertandatangan dibawah ini :

Rumah Bersalin (RB)/Bidan/Laboratorium/Apotek/

- Nama Penanggungjawab:
 - Alamat praktik :
 - Surat Izin Operasional :
 - Nomor telepon :
 - Nama Bank* :
 - Nomor rekening* :
 - Rekening Atas Nama* :
 - NPWP* :
 - Email :
 - Masa berlaku PKS jejaring:
- Ket* : Hanya untuk RB/Bidan jejaring

Lampiran dibuat per jejaring

Dengan mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut :

- i. Pasal 4 ayat (4) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional sebagaimana diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional, mengatur sebagai berikut:

"Dalam hal perjanjian kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan yang membentuk jejaring harus ditandatangani oleh unsur Fasilitas Kesehatan dan semua jejaringnya."

- ii. Pasal 32A Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional sebagaimana diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional, mengatur sebagai berikut:

"Terhadap pelayanan nonkapitasi yang diberikan oleh jejaring Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan membayarkan langsung klaim pembiayaan pelayanan tersebut kepada jejaring Fasilitas Kesehatan."

Menyatakan dengan ini :

1. Setuju dan Sepakat serta menundukkan diri terhadap seluruh isi perjanjian;
2. Melaksanakan dan bertanggung jawab terhadap hak dan kewajiban sebagai jejaring **PIHAK KEDUA** sebagaimana diatur dalam perjanjian; dan

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

3. Pernyataan ini tidak dapat dicabut atau diubah tanpa adanya persetujuan dari **PIHAK KESATU** dan **PIHAK KEDUA**.

Demikian pernyataan persetujuan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

.....,20

Yang menyatakan persetujuan,

Tanda tangan

PIHAK PERTAMA	
PIHAK KEDUA	

Lampiran VII Perjanjian
 Nomor : 60/KTR/VIII-06/1122
 Nomor :



Surat Pernyataan Pelayanan di FKTP

Kode Faskes :

Nama FKTP :

Nomor Rekam Medis	:	Tanggal Lahir	:/...../.... (Tg/Bln/Thn)
Nomor Kartu Peserta	:	Umur	: Tahun Bulan Hari
NIK	:	Tanggal Pelayanan	:/...../.... (Tg/Bln/Thn)
Nama	:	Jenis Pelayanan	: RITP/RJTP*)
		Alamat	:
Jenis Kelamin	: Laki-laki/Perempuan*)		
Nomor HP	:		

Pelayanan :

Pelayanan RJTP**)

1. Pelayanan KB
 - a. Suntik
 - b. Pasang/cabut implant*)
 - c. Vasektomi/MOP
2. Pelayanan ANC
3. Pelayanan Pra Rujukan
4. Pelayanan PNC
5. Pelayanan Ambulance

Pelayanan RITP **)

1. RITP
2. Komplikasi KB Pasca Persalinan
3. Pelayanan Persalinan Normal
4. Pelayanan Persalinan Normal dengan Emergensi Dasar
5. Pelayanan Tindakan Pasca Persalinan

Pelayanan Promprev**)

- | | | |
|--|---|---|
| 1. GDP <input type="checkbox"/> | 6. Kimia Darah | 6. Kimia Darah |
| 2. IVA <input type="checkbox"/> | a. <i>microalbuminuria</i> <input type="checkbox"/> | e. kolesterol LDL <input type="checkbox"/> |
| 3. Papsmear <input type="checkbox"/> | b. <i>ureum</i> <input type="checkbox"/> | f. kolesterol HDL <input type="checkbox"/> |
| 4. Krioterapi <input type="checkbox"/> | c. <i>kreatinin</i> <input type="checkbox"/> | g. <i>trigliserida</i> <input type="checkbox"/> |
| 5. HbA1c <input type="checkbox"/> | d. kolesterol total <input type="checkbox"/> | |

Pasien/Keluarga menyatakan bahwa benar, pasien telah mendapatkan pelayanan tanpa dikenakan iur biaya serta memberikan persetujuan kepada BPJS Kesehatan untuk menggunakan informasi medis yang tertera di status kesehatan pasien sebagai salah satu syarat pengajuan klaim pelayanan program JKN

Pasien/Keluarga

.....
 (Nama Pasien)
 No telp yang dapat dihubungi:

PIHAK KEDUA _____

*) Pilih salah satu

JADWAL OPERASIONAL PUSKESMAS

JADWAL OPERASIONAL PUSKESMAS

Pelayanan	Hari	Jam
Poli Umum		
Poli Gigi		
Dst		

JADWAL PRAKTIK DOKTER*

No.	Nama Dokter	Hari Praktik	Jam Praktik

Ket:*) Jadwal Operasional dan Jadwal Praktik dokter pada saat PKS ditandatangani, dalam hal terjadi perubahan mengacu kepada data update terakhir pada Aplikasi HFIS

**PAKTA INTEGRITAS
USER LOGIN APLIKASI PELAYANAN PRIMER**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
NIK :
Jabatan : Pimpinan/ pemilik FKTP
Email :
Nama FKTP :

Dengan ini menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Petugas entri pelayanan pada aplikasi P-Care/ LUPIS/HFIS/MOBILE JKN FASKES/SIPP adalah sebagai berikut:

No	Nama	NIK	NoKa BPJS Kesehatan	Alamat Email yang Valid	Masa Penugasan	
					TMT	TAT

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

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

Jakarta,
Yang Menandatangani

Meterai

(Nama Lengkap Pimpinan/Pemilik FKTP)

KOMITMEN TERHADAP INTEGRASI SISTEM

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

- b. **Komitmen PIHAK KEDUA:**
- 1) Menyediakan Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan yang secara fungsional telah memenuhi persyaratan yang ditentukan **PIHAK KESATU** dan dibuktikan dengan *User Acceptance Test* (UAT) atas hasil pengujian fungsional Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan.
 - 2) Melakukan penyesuaian sistem informasi fasilitas kesehatan milik **PIHAK KEDUA** apabila terdapat rilis web service terbaru yang dikembangkan oleh **PIHAK KESATU**.
 - 3) Memenuhi ketentuan sebagai Pengguna Sistem Elektronik (PSE) sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 - 4) Mengimplementasikan sistem keamanan yang menjamin keamanan data dan informasi sesuai ketentuan yang berlaku, serta melakukan *Security Test* terkait sistem yang diintegrasikan.
 - 5) Menjaga kerahasiaan data yang diterima dari **PIHAK KESATU** serta tidak melanggar batas hak akses sistem dan database yang dimiliki **PARA PIHAK**.
 - 6) Menjamin perlindungan data pribadi terhadap data atau informasi yang diperoleh dan disimpan.
 - 7) Memastikan Pihak Ketiga (jika terdapat Pihak Ketiga pengelola Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan milik **PIHAK KEDUA**) tidak menyimpan dan/atau mendistribusikan informasi Consumer ID dan Password *Production* beserta hak akses yang diberikan oleh **PIHAK KESATU**, kepada pihak lain yang tidak berhak baik melalui lisan, media cetak, maupun *platform* digital.
 - 8) Melaporkan kepada **PIHAK KESATU** secara tertulis, apabila terdapat pergantian Pihak Ketiga pengelola Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan milik **PIHAK KEDUA** yang terintegrasi dengan sistem **PIHAK KESATU**, dalam jangka waktu maksimal 30 hari sebelum dilakukan pergantian Pihak Ketiga.
 - 9) Menginformasikan perubahan sistem informasi **PIHAK KEDUA** apabila berpotensi menyebabkan gangguan pertukaran data antara Aplikasi **PARA PIHAK** dalam jangka waktu paling lambat 7 hari sebelumnya.
4. Untuk kemudahan implementasi komitmen ini, maka **PARA PIHAK** menunjuk *Person in Charge* (PIC) yang bertanggungjawab terhadap implementasi integrasi sistem (*web service*) serta akan memberitahukan apabila terjadi perubahan PIC yang dituangkan ke dalam Berita Acara.
- a. Tugas dan kewenangan PIC dari **PIHAK KESATU:**
- 1) Melakukan koordinasi teknis maupun non-teknis dengan PIC dari **PIHAK KEDUA** dalam rangka implementasi integrasi sistem.
 - 2) Memberikan informasi Consumer ID dan Password *Production* beserta hak akses kepada PIC dari **PIHAK KEDUA** untuk dapat menggunakan *service* yang tersedia di dalam katalog *service* sistem informasi pelayanan kesehatan rujukan/primer* *production* sesuai ketentuan persyaratan yang telah ditentukan oleh **PIHAK KESATU**.
 - 3) Menginformasikan perubahan sistem informasi **PIHAK KESATU** apabila berpotensi menyebabkan gangguan pertukaran data antara Aplikasi **PARA PIHAK**.
 - 4) Melakukan sosialisasi katalog *service* dan *checklist* pengujian yang terbaru.
- b. Tugas dan kewenangan PIC dari **PIHAK KEDUA:**

- 1) Melakukan koordinasi teknis maupun non-teknis dengan PIC dari **PIHAK KESATU** dalam rangka implementasi integrasi sistem
 - 2) Memastikan pengembangan integrasi Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan telah memenuhi persyaratan yang ditentukan **PIHAK KESATU** dan dibuktikan dengan *User Acceptance Test (UAT)*.
 - 3) Memastikan ketersediaan jaringan komunikasi data yang menunjang implementasi integrasi sistem telah memadai sesuai ketentuan.
- c. Dalam hal ada pengalihan atau pergantian PIC dari **PARA PIHAK**, maka dilaksanakan sebagai berikut:
- 1) Pergantian PIC akibat dari melaksanakan cuti tahunan dan/atau keperluan lain yang telah diatur sesuai dengan peraturan yang berlaku, maka pemberitahuan pergantian PIC dilakukan paling lambat 1 (satu) hari sebelumnya dan dituangkan dalam Berita Acara.
 - 2) Pergantian PIC akibat dari adanya mutasi/rotasi pegawai yang berhubungan dengan aktivitas integrasi sistem, maka pemberitahuan pergantian PIC dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari sebelumnya dan dituangkan dalam Berita Acara.
5. **PIHAK KEDUA** wajib melakukan pengembangan integrasi Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan dalam jangka waktu selama 120 Hari Kalender sejak penandatanganan Lembar Komitmen ini.
6. Dalam hal terjadi kondisi dan situasi yang menyebabkan terganggunya koneksi Sistem Informasi **PARA PIHAK**, maka *contingency plan* yang harus dilakukan adalah sebagai berikut:
- a. **PARA PIHAK** melakukan upaya pemulihan koneksi sistem informasi sesuai ketentuan yang berlaku.
 - b. Menjalankan *business contingency plan (BCP)* yang telah disepakati oleh **PARA PIHAK** sambil menunggu pemulihan koneksi sistem informasi selesai dilakukan.
 - c. Masing-masing **PARA PIHAK** melakukan evaluasi gangguan koneksi sistem yang terjadi mengacu pada arsitektur aplikasi, database dan infrastruktur yang ada.
 - d. Melakukan rekonsiliasi data **PARA PIHAK** apabila terjadi adanya selisih.
7. Untuk meyakini keamanan data **PARA PIHAK**, maka pelaksanaan *security test* dilaksanakan sebagai berikut:
- a. Masing-masing **PARA PIHAK** saling melengkapi keamanan data dengan melakukan enkripsi pada sistem informasi masing-masing serta pada jalur koneksi integrasi data menggunakan alat bantu teknologi keamanan informasi sesuai standar yang berlaku.
 - b. Masing-masing **PARA PIHAK** melakukan pemantauan dan pengelolaan *Security Log* pada masing-masing sistem keamanan informasi.

Apabila dalam pelaksanaan integrasi sistem, **PIHAK KESATU** menemukan adanya celah keamanan pada sistem **PIHAK KEDUA** dan atau **PIHAK KEDUA** tidak memenuhi ketentuan yang berlaku, maka **PIHAK KESATU** berhak menghentikan integrasi sistem tanpa pemberitahuan kepada **PIHAK KEDUA**.

Demikian pernyataan komitmen ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pulang Pisau, 01 Desember 2022

Yang menyatakan persetujuan

PIHAK KESATU
KEPALA BPJS KESEHATAN
CABANG PALANGKA RAYA



g. **MUHAMMAD MASRUR RIDWAN, M. Kes, AAK**

PIHAK KEDUA
KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN PULANG PISAU



dr. **PANDE PUTU GINA**