PERJANJIAN KERJA SAMA

ANTARA

BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN

CABANG MALANG

DENGAN

KLINIK PRATAMA UNIVERSITAS NEGERI MALANG

TENTANG

PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT PERTAMA BAGI PESERTA

PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

Nomor : 297/KTR/VII-05/0626

Nomor : 22.06.01/UN32.40.2/PK/2026

Perjanjian Kerja Sama ini, dibuat dan ditandatangani di Malang pada hari Senin tanggal Dua Puluh Dua Bulan Juni tahun Dua Ribu Dua Puluh Enam, oleh dan antara :

I. *Hernina Agustin Arifin* selaku Kepala Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Cabang MALANG yang berkedudukan dan berkantor di Jl. Raden Tumenggung Suryo No. 44, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Keputusan Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor : 08/Peg-04/0126 tanggal 06 Januari 2026 karenanya sah bertindak untuk dan atas nama serta mewakili Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (disingkat BPJS Kesehatan), selanjutnya disebut " **PIHAK KESATU**";

II. *Ifa Mufida,* selaku Penanggung Jawab Klinik Pratama Universitas Negeri Malang (UM) berdasarkan Surat Izin Operasional Nomor 12102301483920001 tanggal 03 September 2024 berkedudukan dan berkantor di Jl. Semarang No.5 Kelurahan Sumbersari Kecamatan Lowokwaru Kota Malang, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut, karenanya sah bertindak untuk dan atas nama serta mewakili KLINIK PRATAMA UM, selanjutnya disebut "**PIHAK KEDUA**".

Selanjutnya **PIHAK KESATU** dan **PIHAK KEDUA** yang secara bersama-sama disebut **PARA PIHAK** dan masing-masing disebut **PIHAK** sepakat untuk menandatangani Perjanjian Kerja Sama tentang Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan, dengan 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 pelayanan kesehatan perorangan dengan menyediakan pelayanan medik dasar.

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

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

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 praktek 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 serangkaian kegiatan untuk mencari, mengumpulkan, mengolah data dan/atau keterangan lainnya untuk mengevaluasi efektivitas Pengendalian Internal atau untuk menguji kepatuhan pemenuhan kewajiban atau untuk tujuan lain dalam rangka menguji pelaksanaan kriteria tertentu.
4. Audit Administrasi Klaim adalah proses mencari, menemukan bukti secara sistematis terkait kebenaran, akurasi dan validitas berkas klaim.
5. Auditor Internal **PIHAK KESATU** adalah pegawai tetap **PIHAK KESATU** yang diberi tugas, tanggung jawab, wewenang, dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan audit.

6. Auditor Eksternal **PIHAK KESATU** adalah lembaga pengawas independen yang melakukan pengawasan terhadap BPJS Kesehatan sesuai ketentuan perundang-undangan.
7. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan selanjutnya disebut BPJS Kesehatan adalah badan hukum, yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
8. Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari Pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
9. Data Pribadi adalah data tentang orang perseorangan yang teridentifikasi atau dapat diidentifikasi secara tersendiri atau dikombinasi dengan informasi lainnya baik secara langsung maupun tidak langsung melalui sistem elektronik atau non elektronik.
10. 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.
11. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah tempat dan/atau alat yang digunakan untuk menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan kepada perseorangan ataupun Masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan atau paliatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
12. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama selanjutnya disebut 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.
13. *Health Facilities Information System* yang selanjutnya disebut 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.
14. *Home Visit* adalah kegiatan pelayanan kunjungan ke rumah Peserta untuk pemberian informasi/edukasi kesehatan diri dan lingkungan bagi Peserta dan keluarga.
15. 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.
16. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar

Iuran Jaminan Kesehatan atau Iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah.

17. Jejaring fasilitas pelayanan kesehatan yang selanjutnya disebut Jejaring Faskes adalah fasilitas kesehatan yang melakukan kerja sama dengan **PIHAK KEDUA** untuk meningkatkan aksesibilitas dan/atau menunjang pelayanan kesehatan di **PIHAK KEDUA**, antara lain laboratorium, apotek, bidan.
18. Kecurangan (Fraud) adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja, untuk mendapatkan keuntungan finansial dari Program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
19. Kegawatdaruratan medis adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan.
20. Kepatuhan Fasilitas Kesehatan yang selanjutnya disebut Kepatuhan Faskes terhadap Perjanjian Kerja Sama (PKS) adalah ketaatan faskes dalam melaksanakan ketentuan yang tertuang dalam PKS.
21. Kesan Pesan Setelah Layanan selanjutnya disebut KESSAN adalah suatu proses evaluasi pelayanan **PIHAK KEDUA** yang dilaksanakan melalui mekanisme survei oleh peserta (*customer feedback*) untuk memperoleh umpan balik atau kesan pengalaman Peserta setelah menerima layanan dari Fasilitas Kesehatan.
22. Klaim adalah permintaan pembayaran atau tagihan atas biaya pelayanan kesehatan oleh **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK KESATU.**
23. Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan medik dasar, spesialistik dan/atau subspesialistik secara komprehensif.
24. Klinik pratama adalah Klinik yang menyelenggarakan pelayanan medis dasar.
25. 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.
26. Laboratorium Klinik Umum Pratama adalah laboratorium yang melaksanakan pelayanan pemeriksaan specimen klinik dengan kemampuan pemeriksaan terbatas dengan Teknik sederhana.
27. Monitoring dan Evaluasi adalah kegiatan secara terus menerus untuk memantau perkembangan dalam pelaksanaan tugas dan menilai hasil yang telah dicapai serta kendala yang dihadapi.

28. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialistik meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
29. Pelayanan Non Kapitasi adalah pelayanan yang diberikan kepada Peserta dan tercakup dalam benefit yang berhak diterima oleh Peserta Program JKN dan dibayarkan sesuai dengan jenis dan jumlah pelayanan.
30. Pelayanan Obat adalah pemberian obat-obatan sesuai kebutuhan medis bagi Peserta baik pelayanan obat RJTP dan RITP termasuk obat Program Rujuk Balik.
31. 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.
32. Pengendali Data Pribadi adalah setiap orang, badan publik, dan organisasi internasional yang bertindak sendiri sendiri atau bersama-sama dalam menentukan tujuan dan melakukan kendali pemrosesan Data Pribadi.
33. Pelindungan Data Pribadi adalah keseluruhan upaya untuk melindungi Data Pribadi dalam rangkaian pemrosesan Data Pribadi guna menjamin hak konstitusional SubjekData Pribadi.
34. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar Iuran Jaminan Kesehatan.
35. Program Pengelolaan Penyakit Kronis yang selanjutnya disebut 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.
36. 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.
37. Prosesor Data Pribadi adalah setiap orang, badan publik, dan organisasi internasionalyang bertindak sendiri-sendiri atau bersama-sama dalam melakukan pemrosesan Data Pribadi atas nama Pengendali Data Pribadi.
38. Rawat Inap Tingkat Pertama yang selanjutnya disebut RITP adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialistik dan dilaksanakan pada **PIHAK KEDUA** dengan fasilitas rawat inap, untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan,

dan/atau pelayanan medis lainnya, dimana Peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari.

39. Rawat Jalan Tingkat Pertama yang selanjutnya disebut RJTP adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialistik yang dilaksanakan pada **PIHAK KEDUA** untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
40. Reviu capaian Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) adalah proses validasi data input pelayanan dalam perhitungan KBK sampai dengan proses penyesuaian perhitungan dan penyesuaian pembayaran KBK.
41. Skrining Riwayat Kesehatan adalah proses pengumpulan informasi riwayat kesehatan peserta.
42. Subjek Data Pribadi adalah orang perseorangan yang memiliki Data Pribadi yang melekat pada dirinya.
43. Supervisi, Buktikan, dan Lihat Langsung selanjutnya disebut Sibling adalah suatu aktivitas pemantauan atas pemenuhan kewajiban PIHAK KEDUA dalam dimensi mutu yang dilaksanakan melalui kegiatan kunjungan ke Fasilitas Kesehatan.
44. Sumber Daya Manusia Klinis yang selanjutnya disebut SDM Klinis adalah profesional pemberi asuhan klinis yang dimiliki **PIHAK KEDUA** yang merupakan staf klinis profesional yang langsung memberikan asuhan kepada pasien.
45. Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak yang selanjutnya disebut SPTJM adalah pernyataan yang diterbitkan/dibuat oleh **PIHAK KEDUA** yang memuat jaminan atau pernyataan bahwa seluruh dokumen/berkas pengajuan klaim telah dipastikan kebenarannya dan disertai kesanggupan untuk mengembalikan kepada **PIHAK KESATU** apabila terdapat ketidaksesuaian, ketidakbenaran dan/atau kelebihan pembayaran.
46. Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran perkapita 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.
47. Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh **PIHAK KESATU** kepada **PIHAK KEDUA** berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
48. Tindakan Medis adalah tindakan yang bersifat operatif maupun non operatif yang dilaksanakan baik untuk tujuan diagnostik maupun pengobatan.
49. 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.

50. Tim Anti Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional (Tim AK JKN) **PIHAK KESATU** adalah Tim Adhoc yang bertugas untuk melakukan fungsi pencegahan dan penanganan kecurangan dengan berkoordinasi bersama instansi terkait sesuai peraturan yang berlaku.
51. *Utilization review* adalah suatu kegiatan penyediaan data, analisis, pemantauan dan tindak lanjut terhadap pemanfaatan pelayanan Kesehatan yang diberikan oleh **PIHAK KEDUA**, sehingga pelayanan yang diterima oleh Peserta dapat terlaksana secara efektif dan efisien.
52. Verifikasi klaim adalah proses pemeriksaan administratif terhadap kelengkapan dokumen sebagai syarat dalam pembayaran klaim.
53. Verifikasi pasca klaim adalah proses pengujian secara uji petik terhadap validitas dan akurasi terhadap klaim yang sudah dibayarkan oleh **PIHAK KESATU.**
54. Verifikator adalah pegawai **PIHAK KESATU** yang diberi tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan proses verifikasi tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan yang diajukan **PIHAK KEDUA.**

Pasal 2

(1) Maksud Perjanjian ini adalah untuk melakukan kerja sama yang setara dalam penyelenggaraan layanan kesehatan tingkat pertama bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan yang bermutu dan berkualitas.
(2) Tujuan Perjanjian ini adalah mengatur syarat dan ketentuan kerja sama dalam penyelenggaraan layanan kesehatan tingkat pertama bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan.

BAB II
PELAYANAN KESEHATAN
Bagian Kesatu
Ruang Lingkup dan Prosedur Pelayanan

Pasal 3

(1) Ruang lingkup perjanjian ini yaitu pemberian Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama berupa upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat *non spesialistik* meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
(2) Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan berdasarkan prinsip kemudahan, kecepatan dan kesetaraan layanan bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan, yang diberikan oleh seluruh SDM Klinis yang dimiliki oleh **PIHAK KEDUA.**

(3) Uraian Ruang lingkup dan Prosedur Pelayanan Kesehatan bagi Peserta tercantum dalam Lampiran I Perjanjian ini.

Bagian Kedua

Hak dan Kewajiban PARA PIHAK

Pasal 4

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

1. Hak **PIHAK KESATU**
   a. Menentukan besaran tarif kapitasi dengan mempertimbangkan kriteria teknis **PIHAK KEDUA** sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
   b. Mendapatkan data dan informasi tentang Surat izin operasional/berusaha berbasis risiko, Sertifikat Akreditasi, SDM Klinis, jadwal pelayanan, sarana prasarana, data rekening pembayaran **PIHAK KEDUA** serta informasi lain tentang pelayanan kepada Peserta melalui aplikasi milik **PIHAK KESATU**;
   c. Melakukan monitoring evaluasi atas capaian kinerja pelayanan kesehatan yang diberikan kepada Peserta oleh **PIHAK KEDUA**, termasuk audit kapitasi dan non kapitasi 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 Kepemilikan, Surat izin operasional/berusaha berbasis risiko, Sertifikat Akreditasi, SDM Klinis, kelengkapan sarana prasarana, lingkup pelayanan, kinerja pelayanan, waktu dan tempat praktik yang diinput pada aplikasi milik **PIHAK KESATU** oleh **PIHAK KEDUA** paling lambat akhir bulan berjalan dan menerima pemberitahuan melalui dokumen tertulis khusus bagi FKTP non Jaringan Komunikasi Data;
   e. Menerima pemberitahuan dari **PIHAK KEDUA** perihal dokter pengganti sementara yang menggantikan dokter tetap, sesuai waktu layanan yang disepakati dan diinput pada aplikasi HFIS;
   f. Menerima Pakta Integritas jumlah tenaga medis yang diajukan oleh **PIHAK KEDUA** melalui aplikasi HFIS paling lambat setiap tanggal 4 (empat) sebagai dasar penetapan norma tarif kapitasi bulan tersebut yang digunakan dalam perhitungan pembayaran

kapitasi, kecuali bagi FKTP non Jaringan Komunikasi Data dapat diterima melalui dokumen tertulis;

g. Mendapatkan informasi tentang pelayanan kepada peserta termasuk melihat isi rekam medis yang paling sedikit terdiri atas identitas pasien, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis, pengobatan dan rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan dan nama dan tanda tangan Tenaga Kesehatan pemberi pelayanan kesehatan. Dalam hal dibutuhkan untuk menindaklanjuti hasil audit dan/atau verifikasi pasca klaim dapat melihat rekam medis pasien baik secara langsung atau mengakses rekam medik elektronik di tempat **PIHAK KEDUA** tanpa menggunakan alat dokumentasi/foto/fotocopi sesuai dengan peraturan perundang-undangan dengan didampingi **PIHAK KEDUA** yang diberi kewenangan oleh Pimpinan **PIHAK KEDUA;**
h. Menerima data pelayanan kontak langsung, telekonsultasi dan data rujukan sesuai tenaga medis yang memberikan pelayanan. Penginputan data pelayanan dilakukan setelah 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 III dalam Perjanjian ini;
i. Menerima pakta integritas *single login* sistem informasi **PIHAK KESATU** dari **PIHAK KEDUA** serta menerima informasi apabila terdapat perubahan data user sistem informasi;
j. Menerima berkas tagihan Klaim Non Kapitasi berupa *softcopy pdf atau* salinan cetak dan pengajuan penggantian biaya kegiatan kelompok prolanis secara periodik lengkap, valid, akurat dan benar;
k. Memperhitungkan kompensasi pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** jika terjadi ketidaksesuaian dasar pembayaran kapitasi termasuk KBK, klaim non kapitasi dan/atau klaim kegiatan kelompok prolanis termasuk dan tidak terbatas pada kecurangan/*moral hazard* yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA**;
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 Peserta yang dirujuk oleh **PIHAK KEDUA** melalui aplikasi P-Care milik **PIHAK KESATU**;
o. Melakukan monitoring pelayanan di **PIHAK KEDUA** melalui kegiatan Sibling;
p. Memberikan teguran dan/atau surat peringatan kepada **PIHAK KEDUA** dalam hal terjadinya penyimpangan terhadap pelaksanaan kewajiban **PIHAK KEDUA** dalam Perjanjian yang ditembuskan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Asosiasi FKTP wilayah dalam rangka upaya pembinaan;
q. Menerima pengembalian dari **PIHAK KEDUA** atau melakukan pemotongan pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** dalam hal terjadi kelebihan pembayaran berdasarkan hasil audit oleh pihak eksternal maupun internal, review pasca pembayaran kapitasi, audit administrasi klaim, dan/atau verifikasi pasca klaim yang telah disepakati oleh **PARA PIHAK;**
r. Melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan dalam pelaksanaan fungsi Pencegahan Kecurangan JKN yang ditemukan pada **PIHAK KEDUA** sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

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** dengan cara:
      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. Melakukan pembayaran Klaim non kapitasi kepada **PIHAK KEDUA** atau Jejaringnya berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi, paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak berkas Klaim dinyatakan lengkap, dalam hal pembayaran klaim non kapitasi jatuh pada hari libur maka pembayaran dilakukan pada hari kerja berikutnya;
   e. 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;
   f. 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 IX;

g. Memberikan informasi berkaitan dengan prosedur pelayanan, pembayaran dan pelaksanaan kerja sama kepada **PIHAK KEDUA**;
h. Menyampaikan hasil evaluasi kinerja pelayanan kepada **PIHAK KEDUA**;
i. Menyampaikan evaluasi hasil survei kepuasan Peserta, KESSAN, Sibling, *Utilization Review* kepada **PIHAK KEDUA**;
j. Menyediakan petugas yang memiliki fungsi pemberian informasi dan penanganan pengaduan Peserta Jaminan Kesehatan terkait pelayanan kepesertaan **PIHAK KESATU**;
k. Menyediakan Mapping Faskes rujukan horizontal tingkat pertama dan rujukan vertikal tingkat rujukan melalui aplikasi **PIHAK KESATU**;
l. Memastikan seluruh jajaran Sumber Daya Manusia yang dimiliki berkomitmen untuk tunduk dan taat pada aturan terkait dengan anti gratifikasi berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
m. Menyediakan Sistem Antrean pendaftaran pelayanan Kesehatan secara online yang terhubung dengan Mobile JKN;
n. Melakukan edukasi kepada Peserta JKN untuk menggunakan sistem antrean online pendaftaran pelayanan kesehatan yang yang terhubung dengan Mobile JKN;
o. Menyampaikan pemberitahuan pengisian KESSAN kepada Peserta JKN melalui Aplikasi Mobile JKN atau melalui *Portal Quick Response* (POROS);
p. Menjaga nama baik (reputasi) **PIHAK KEDUA** dengan melibatkan seluruh pegawai melalui pemberian informasi yang benar sesuai ketentuan yang telah diatur dalam perjanjian Kerja sama dan regulasi yang berlaku, termasuk tidak memberikan informasi yang dapat menimbulkan opini negatif terhadap **PIHAK KEDUA**;
q. Membayar kekurangan pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** dalam hal terjadinya kekurangan bayar berdasarkan hasil audit oleh pihak eksternal maupun internal, audit administrasi klaim, dan/atau verifikasi pasca klaim yang telah disepakati oleh **PARA PIHAK**;
r. Menyediakan data peserta Prolanis dan peserta rujuk balik pada sistem informasi pelayanan kesehatan **PIHAK KESATU**;
s. Menginformasikan data potensi peserta prolanis dan potensi peserta rujuk balik pada sistem informasi **PIHAK KESATU**;

t. Menyampaikan persyaratan administrasi klaim non kapitasi dan kekurangan berkas klaim kepada **PIHAK KEDUA**;
u. Memberikan klarifikasi dan informasi terhadap hasil verifikasi, verifikasi pasca klaim dan hasil audit kepada **PIHAK KEDUA;**
v. Memberikan informasi Apotek Rujuk Balik untuk peserta rujuk balik dan Laboratorium Prolanis dan skrining kesehatan tertentu untuk Peserta JKN kepada **PIHAK KEDUA**;
w. Memberikan informasi terkait pembaruan sistem informasi pelayanan kesehatan milik **PIHAK KESATU** kepada **PIHAK KEDUA;**
x. Melakukan sosialisasi Perjanjian Kerja Sama kepada **PIHAK KEDUA.**

3. Hak **PIHAK KEDUA**
a. Mendapatkan informasi data Peserta terdaftar secara berkala setiap bulan melalui aplikasi **PIHAK KESATU**;
b. Menerima pembayaran pelayanan kesehatan dari **PIHAK KESATU** 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. Menerima 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. Menerima pembayaran Klaim non kapitasi atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta sejak berkas klaim diajukan dan telah diverifikasi, paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak berkas dinyatakan lengkap oleh **PIHAK KESATU**;
e. Menerima pembayaran denda dari **PIHAK KESATU** dalam hal terdapat keterlambatan pembayaran klaim non kapitasi sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan;
f. Mendapatkan sistem informasi pelayanan Peserta dan daftar FKRTL dari **PIHAK KESATU**;
g. Memperoleh informasi berkaitan dengan prosedur pelayanan, pembayaran dan pelaksanaan kerja sama dari **PIHAK KESATU**;
h. Menerima hasil evaluasi kinerja pelayanan **PIHAK KEDUA** dari **PIHAK KESATU**;
i. Menerima evaluasi hasil survei kepuasan Peserta, *KESSAN*, *Utilization Review* dari **PIHAK KESATU**;
j. Memperoleh Sistem Antrean pendaftaran pelayanan Kesehatan secara online yang terhubung dengan Mobile JKN dari **PIHAK KESATU**;

k. Memberikan klarifikasi dan jawaban secara tertulis terhadap teguran dari **PIHAK KESATU**;
l. Menerima kekurangan pembayaran dari **PIHAK KESATU** dalam hal terjadinya kekurangan bayar berdasarkan hasil audit oleh auditor internal dan eksternal yang melakukan pengawasan terhadap **PIHAK KESATU** termasuk hasil verifikasi pasca klaim, reviu capaian KBK dan/atau audit administrasi klaim yang telah disepakati oleh **PARA PIHAK**;
m. Menerima data peserta rujuk balik pada sistem informasi pelayanan kesehatan dari **PIHAK KESATU**;
n. Menerima data peserta prolanis dan peserta rujuk balik pada sistem informasi pelayanan kesehatan dari **PIHAK KESATU**;
o. Mendapatkan informasi data potensi peserta prolanis dan potensi peserta rujuk balik pada sistem informasi dari **PIHAK KESATU;**
p. Menerima informasi persyaratan administrasi Klaim non kapitasi dan kekurangan berkas klaim dari **PIHAK KESATU;**
q. Mendapatkan klarifikasi dan informasi terhadap hasil verifikasi, verifikasi pasca klaim dan hasil audit dari **PIHAK KESATU**;
r. Menerima informasi Apotek Rujuk Balik untuk peserta rujuk balik dan Laboratorium Prolanis dan skrining kesehatan tertentu untuk Peserta JKN dari **PIHAK KESATU**;
s. Menerima informasi terkait pembaruan sistem informasi pelayanan kesehatan milik **PIHAK KESATU**.

4. **Kewajiban PIHAK KEDUA**
   a. Memberikan pelayanan prima kepada Peserta JKN sebagaimana diatur dalam Lampiran XII serta sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan kedokteran dan prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku, termasuk memberikan informasi yang jelas atas setiap tindakan dan pelayanan yang diberikan, tidak meminta biaya tambahan kepada peserta, dan memberikan pelayanan kesehatan tanpa membedakan antara Peserta JKN dengan pasien umum/lainnya;
   b. Memberikan pelayanan kesehatan dengan operasional waktu pelayanan minimal 8 jam dan memberikan kepastian waktu praktik dan kehadiran dokter;
   c. Menerima pendaftaran pelayanan Peserta yang menunjukkan Nomor Induk Kependudukan (selanjutnya disebut NIK) atau Nomor Kepesertaan BPJS Kesehatan sebagaimana diatur dalam Lampiran I pada Perjanjian ini dan tanpa meminta fotokopi

berkas atau dokumen lainnya kepada Peserta. Dalam hal **PIHAK KEDUA** membutuhkan salinan dokumen identitas Peserta atau dokumen lain maka disiapkan oleh **PIHAK KEDUA;**

d. Memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta secara kontak langsung dan telekonsultasi dan dicatat dalam rekam medik **PIHAK KEDUA** melalui sistem informasi **PIHAK KESATU** dan/atau sistem informasi lainnya yang digunakan oleh **PIHAK KEDUA** yang terintegrasi dengan sistem informasi **PIHAK KESATU** sesuai dengan ruang lingkup, jadwal praktik dan prosedur layanan kesehatan sebagaimana diatur dalam Lampiran I pada Perjanjian ini tanpa meminta biaya tambahan kepada Peserta;
e. Melakukan pelayanan promotif preventif perorangan secara intensif termasuk promosi dan edukasi kesehatan, skrining riwayat kesehatan, skrining kesehatan tertentu, tindak lanjut dan pemantauan peserta hasil skrining, PROLANIS, serta pemantauan peserta Program Rujuk Balik;
f. Menyediakan sarana prasarana sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan dan perangkat pendukung validasi biometrik untuk eligibilitas peserta JKN;
g. Memberikan pertolongan pertama dan pelayanan kesehatan kepada Peserta JKN yang mengalami kegawatdaruratan medis;
h. 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;
i. Memberikan informasi mengenai hak dan kewajiban Peserta termasuk mengenai pelayanan JKN;
j. Memasang Papan nama **PIHAK KEDUA** yang berisi lambang Puskesmas, informasi nama dan Alamat Puskesmas, dan kode Puskesmas. Papan nama **PIHAK KEDUA** dapat dipasang di dinding bangunan atau terpisah yang mudah terlihat dari jarak jauh oleh Masyarakat;
k. Memasang informasi layanan **PIHAK KEDUA** yang paling sedikit mencantumkan Jenis Klinik, Nama Klinik, jam Operasional Klinik serta mencantumkan nama, jadwal dan jam pelayanan dokter dan dokter gigi di ruang tunggu **PIHAK KEDUA** dan memberikan informasi pelayanan telekonsultasi kepada peserta sesuai dengan lampiran VII pada Perjanjian;
l. Menjamin Peserta mendapatkan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis termasuk tidak membebankan Peserta

untuk mencari/mendapatkan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai secara mandiri;

m. Memberikan data dan informasi tentang Surat Izin Operasional/berbasis risiko, Sertifikat Akreditasi, SDM, SDM Klinis, sarana prasarana, lingkup pelayanan, jadwal pelayanan, waktu dan tempat praktik serta data rekening pembayaran **PIHAK KEDUA** secara lengkap, benar dan terkini kepada **PIHAK KESATU** melalui aplikasi HFIS dan bagi FKTP non Jaringan Komunikasi Data pemberitahuan dilakukan melalui dokumen tertulis;

n. Memberikan informasi tentang pelayanan kepada peserta termasuk melihat isi rekam medis yang paling sedikit terdiri atas identitas pasien, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis, pengobatan dan rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan dan nama dan tanda tangan Tenaga Kesehatan pemberi pelayanan kesehatan. Dalam hal dibutuhkan untuk menindaklanjuti hasil audit, reviu capaian KBK dan/atau verifikasi pasca klaim dapat melihat rekam medis pasien baik secara langsung atau mengakses rekam medik elektronik di tempat **PIHAK KEDUA** tanpa menggunakan alat dokumentasi/foto/fotocopi sesuai dengan peraturan perundang-undangan dengan didampingi **PIHAK KEDUA** yang diberi kewenangan oleh Pimpinan **PIHAK KEDUA;**

o. Menyediakan dokter pengganti sementara yang memiliki Surat Izin Praktik setara dalam hal dokter tetap tidak dapat memberikan pelayanan di **PIHAK KEDUA** sesuai waktu layanan yang disepakati dalam lampiran Perjanjian 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 (empat) sebagai dasar penetapan tarif besaran kapitasi bulan tersebut yang digunakan dalam perhitungan pembayaran kapitasi, kecuali bagi FKTP non Jaringan Komunikasi Data Pakta integritas diajukan kepada **PIHAK KESATU** melalui dokumen tertulis;

q. *Meng-input* data pelayanan yang diberikan kepada peserta baik kontak langsung maupun telekonsultasi dan data rujukan secara lengkap dan tepat segera setelah pemberian pelayanan termasuk pelayanan Jejaring Faskes sesuai ketentuan yang berlaku melalui aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama yang dikembangkan oleh **PIHAK KESATU,** kecuali bagi wilayah yang tidak tersedia jaringan komunikasi data, laporan pelayanan kesehatan (kunjungan dan rujukan) bulan berjalan disampaikan dalam bentuk manual dengan format Laporan sebagaimana yang tercantum pada Lampiran III dalam perjanjian ini secara rutin pada bulan berikutnya;

r. 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 VIII dan memberitahukan secara tertulis apabila terdapat pergantian user **PIHAK KEDUA**;

s. Menyediakan perangkat keras (*hardware*), sesuai standar minimal, dan jaringan komunikasi data yang berfungsi dengan baik;

t. 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 IX;

u. Memberikan pemberitahuan kepada **PIHAK KESATU** apabila terdapat perubahan terkait Surat izin operasional berusaha berbasis risiko, Sertifikat Akreditasi, SDM, SDM Klinis, sarana prasarana, lingkup pelayanan, jadwal pelayanan, waktu dan tempat praktik serta data rekening pembayaran **PIHAK KEDUA** secara lengkap, benar dan terkini yang diinput pada aplikasi HFIS oleh **PIHAK KEDUA** paling lambat akhir bulan berjalan dan bagi FKTP non Jaringan Komunikasi Data pemberitahuan dilakukan melalui dokumen tertulis;

v. 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;

w. Melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan dalam pelaksanaan fungsi Pencegahan Kecurangan JKN dan melaksanakan upaya pencegahan kecurangan termasuk menindaklanjuti atau menyelesaikan kasus kecurangan yang ditemukan oleh **PIHAK KESATU** sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;

x. Melaksanakan rujukan horizontal dan/atau rujukan vertikal serta menerima dan melayani peserta yang dirujuk dari Faskes lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

y. Menghormati implementasi sistem manajemen anti penyuapan dan pengendalian gratifikasi di **PIHAK KESATU**;

z. Memanfaatkan sistem antrean pendaftaran pelayanan kesehatan yang terhubung dengan Mobile JKN dari **PIHAK KESATU**, serta melakukan edukasi kepada Peserta JKN untuk memanfaatkan pendaftaran antrean secara online antara lain melalui Aplikasi Mobile JKN dan/atau sistem pendaftaran antrean online yang dimiliki **PIHAK KEDUA;**

aa. Memasang Janji Layanan JKN berupa poster, spanduk, banner atau media lain sesuai ukuran standar yang ditetapkan pada Panduan Pelayanan Prima dan ditempatkan pada

lokasi yang mudah dilihat dan diakses Peserta, serta mengimplementasikan isi Janji Layanan JKN;

bb. Menyampaikan pengisian KESSAN kepada Peserta JKN yang telah mendapatkan pelayanan kesehatan melalui Aplikasi Mobile JKN atau melalui *Portal Quick Response* (POROS) dikecualikan untuk **PIHAK KEDUA** di wilayah non jarkomdat menggunakan formulir KESSAN;

cc. Menindaklanjuti hasil monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh Peserta, **PIHAK KESATU**, dan/atau pihak lain sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;

dd. Menjaga nama baik (reputasi) **PIHAK KESATU** dengan melibatkan seluruh pegawai dan afiliasi/jejaring yang bekerja sama dengan **PIHAK KEDUA** melalui pemberian informasi yang benar sesuai ketentuan yang telah diatur dalam perjanjian Kerja sama dan regulasi yang berlaku, termasuk tidak memberikan informasi yang dapat menimbulkan opini negatif terhadap **PIHAK KESATU**;

ee. Mengembalikan kelebihan pembayaran kepada **PIHAK KESATU** dalam hal terjadinya kelebihan bayar berdasarkan hasil audit oleh pihak eksternal maupun internal, audit administrasi klaim, verifikasi pasca klaim, reviu pasca pembayaran kapitasi dan/atau capaian KBK yang telah disepakati oleh **PARA PIHAK**;

ff. Melakukan internalisasi Perjanjian Kerja Sama kepada keseluruh pegawai dan afiliasi **PIHAK KEDUA.**

Bagian Ketiga

Penambahan Layanan Non Kapitasi

Pasal 5

(1) Dalam rangka perluasan akses bagi Peserta, maka dalam hal terdapat penambahan lingkup pelayanan baru dan/atau penambahan Sumber Daya Manusia Kesehatan untuk jenis pelayanan Non Kapitasi, maka **PIHAK KEDUA** dapat mengajukan permohonan secara tertulis kepada **PIHAK KESATU**.

(2) Dalam waktu selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan, **PIHAK KESATU** akan melakukan visitasi terhadap jenis pelayanan dimaksud pada ayat (1).

(3) Terhadap hasil visitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) di atas, maka **PIHAK KESATU** akan memberitahukan secara tertulis kepada **PIHAK KEDUA** maksimal 1 (satu) bulan sejak dilakukan visitasi.

(4) Dalam hal hasil visitasi telah memenuhi persyaratan, maka dituangkan dalam Berita Acara Penambahan Layanan yang menjadi bagian tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.

Bagian Keempat

Jejaring Fasilitas Kesehatan

Pasal 6

(1) Dalam hal **PIHAK KEDUA** tidak memiliki sarana penunjang, **PIHAK KEDUA** 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 dan/atau Laboratorium dan/atau praktik mandiri bidan.

(3) **PIHAK KEDUA** menjamin pelayanan yang diberikan oleh Jejaring Faskes kepada Peserta sesuai dengan Perjanjian dan ketentuan peraturan perundang-undangan, termasuk melakukan sosialisasi terkait isi pada Perjanjian dan pembinaan berkelanjutan kepada Jejaring Faskes **PIHAK KEDUA**.

(4) Bidan Jejaring **PIHAK KEDUA** berhak mengajukan Klaim non kapitasi kepada **PIHAK KESATU** melalui **PIHAK KEDUA.**

(5) **PIHAK KEDUA** bertanggung jawab secara mutlak jika terjadi kesalahan dalam klaim yang diajukan oleh Jejaring Faskes.

(6) Jejaring Faskes wajib membuat dan menyampaikan laporan bulanan dan laporan lainnya yang berkaitan dengan Program Jaminan Kesehatan kepada **PIHAK KESATU** melalui **PIHAK KEDUA**.

(7) Biaya dan tata cara pembayaran Klaim non kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diuraikan sebagaimana pada Lampiran II Perjanjian ini.

(8) Daftar Jejaring Faskes yang bekerja sama dengan **PIHAK KEDUA**, wajib menundukkan diri pada perjanjian ini dengan menandatangani pernyataan persetujuan yang tercantum pada Lampiran V Perjanjian ini.

(9) Salinan Perjanjian antara **PIHAK KEDUA** dengan Jejaring Faskes menjadi lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.

BAB III

KLAIM PELAYANAN

Bagian Kesatu

Tanggungjawab Mutlak, Biaya, Tata Cara Penagihan

Dan Pembayaran Pelayanan Kesehatan

Pasal 7

(1) **PIHAK KEDUA** mengajukan berkas tagihan Klaim Non Kapitasi dan pengajuan penggantian biaya kegiatan kelompok prolanis secara periodik lengkap, valid, akurat dan benar.

(2) Dalam rangka pembayaran klaim non kapitasi yang dilakukan oleh **PIHAK KESATU** atas biaya pelayanan Kesehatan yang diajukan oleh **PIHAK KEDUA** dan/atau jejaring **PIHAK KEDUA**, **PIHAK KEDUA** menjamin dan menyatakan bertanggung jawab secara mutlak atas kebenaran seluruh dokumen klaim non kapitasi.

(3) **PIHAK KESATU** dibebaskan dari segala akibat hukum yang timbul atas ketidaksesuaian dan/atau ketidakbenaran dokumen klaim non kapitasi yang telah dibayarkan oleh **PIHAK KESATU** kepada **PIHAK KEDUA**.

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

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

(6) Dalam hal dokter umum dan dokter gigi yang melakukan praktek di **PIHAK KEDUA** sudah memiliki SIP Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, maka tidak dihitung dalam tarif besaran kapitasi.

Bagian Kedua
Kedaluarsa Klaim Non Kapitasi Dan
Penggantian Biaya Kegiatan Kelompok Prolanis

Pasal 8

(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.

BAB IV
PEMBINAAN, PENGAWASAN DAN PENGENDALIAN
Bagian Kesatu
Umum

Pasal 9

(1) Pembinaan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan, dilakukan oleh Dinas Kesehatan, TKMKB, Asosiasi Faskes dan/atau 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**.

(3) Untuk kepentingan pemeriksaan atau audit dan/atau audit medis termasuk reviu capaian KBK terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh pihak internal maupun pihak eksternal, **PIHAK KEDUA** diwajibkan untuk menyediakan dokumen berupa data klaim, dokumen rekam medis berdasarkan sampel sesuai kebutuhan audit, audit medis dan/atau reviu capaian KBK, bukti pendukung pelayanan lain yang dibutuhkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, sepanjang bukti yang diminta berhubungan dengan kasus yang di audit dan/atau audit medis baik berupa *soft file* maupun dokumen fisik sesuai yang dibutuhkan oleh pemeriksa/auditor.

(4) Dalam rangka pengawasan dan pengendalian sebagaimana dimaksud pada ayat (2), **PIHAK KESATU** dapat melakukan:
   a. Verifikasi pasca klaim setiap bulan.
   b. Reviu capaian KBK setiap bulan.
   c. Audit administrasi klaim sekurang-kurangnya 2 (dua) kali dalam setahun.

(5) **PARA PIHAK** memperhatikan, mempertimbangkan dan melaksanakan rekomendasi TKMKB dan Tim Pencegahan Kecurangan.

Bagian Kedua
Verifikasi Pasca Klaim Dan Audit Administrasi Klaim

Pasal 10

(1) **PIHAK KESATU** melakukan Verifikasi Pasca Klaim secara berkala setiap bulan terhadap klaim non kapitasi 1 (satu) bulan pembebanan sebelumnya, dengan cara melakukan pengecekan kelengkapan dan kesesuaian berkas klaim.

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

(3) **PIHAK KESATU** melaksanakan Audit Administrasi Klaim sekurang-kurangnya 2 (dua) kali dalam setahun terhadap klaim paling lambat 12 (dua belas) bulan pembebanan sebelumnya.

(4) **PIHAK KESATU** menyampaikan hasil audit administrasi klaim kepada **PIHAK KEDUA.**

(5) Dalam hal terdapat ketidaksepakatan atas hasil verifikasi pasca klaim dan/atau audit administrasi klaim yang bukan terindikasi kecurangan, selanjutnya diselesaikan melalui mekanisme penyelesaian klaim dispute.

(6) Dalam hal dari Hasil Verifikasi Pasca Klaim dan/atau Audit Administrasi Klaim ditemukan indikasi kecurangan, maka dilakukan proses penelusuran lebih lanjut oleh Tim AK JKN sesuai ketentuan yang berlaku.

(7) Dalam hal dari Hasil Verifikasi Pasca Klaim dan/atau Audit Administrasi Klaim ditemukan indikasi kecurangan, maka dilakukan proses penelusuran lebih lanjut pada periode waktu tertentu sesuai ketentuan yang berlaku oleh Tim AK JKN dan/atau Tim PK JKN.

BAB V
KECURANGAN DAN PEMULIHAN KERUGIAN

Pasal 11

(1) Dalam hal **PIHAK KEDUA** diketahui melakukan tindakan kecurangan yang dibuktikan dari hasil pemeriksaan Tim Audit Internal maupun Eksternal atau laporan rekomendasi hasil investigasi Tim AK JKN dan/atau Tim PK JKN sehingga dapat merugikan **PIHAK KESATU** dalam Perjanjian ini, maka **PIHAK KEDUA** berkewajiban untuk memulihkan kerugian termasuk dan tidak terbatas pada pengembalian seluruh biaya kerugian yang terjadi dan **PIHAK KESATU** dapat mengakhiri Perjanjian ini secara sepihak.

(2) Tindakan kecurangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(3) Pemulihan kerugian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan mekanisme:
   a. Apabila pemulihan kerugian dilakukan selama masa Perjanjian, maka dapat dilakukan dengan memperhitungkan pembayaran kapitasi dan/atau non kapitasi pada bulan berikutnya;
   b. Apabila pemulihan kerugian dilakukan setelah perjanjian berakhir, maka dilakukan dengan pembayaran langsung ke rekening **PIHAK KESATU**.

(4) Jangka waktu pemulihan kerugian dilakukan:
   a. Paling lambat 3 (tiga) bulan sejak ditandatanganinya Berita Acara pemulihan kerugian;
   b. Dalam hal **PIHAK KEDUA** menyatakan tidak mampu memulihkan kerugian dalam jangka waktu sebagaimana dimaksud dalam huruf a, maka pemulihan kerugian dapat dilakukan untuk jangka waktu paling lama 1 (satu) tahun setelah mendapatkan persetujuan **PIHAK KESATU** dengan disertai bukti dan alasan ketidakmampuan dari **PIHAK KEDUA.**
   c. Dapat diterimanya bukti dan alasan ketidakmampuan **PIHAK KEDUA** sepenuhnya menjadi keputusan dari **PIHAK KESATU.**

(5) Pemulihan kerugian tidak menghilangkan tanggung jawab pidana atas PIHAK yang menyalahgunakan wewenang.

BAB VI
SANKSI

Pasal 12

(1) Dalam hal **PIHAK KEDUA** ditemukan dan/atau terbukti 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 pada Perjanjian ini;
   d. tidak melaksanakan kewajiban serta ketentuan lain sebagaimana diatur dalam perjanjian ini namun tidak terbatas dalam pasal 4 ayat (4);
   e. terindikasi menyalahgunakan wewenang dengan melakukan tindakan kecurangan (*fraud)* sesuai ketentuan yang berlaku.

Maka **PIHAK KESATU** menyampaikan permintaan klarifikasi atas dugaan tersebut kepada **PIHAK KEDUA**.

(2) **PIHAK KEDUA** memberikan tanggapan dan klarifikasi secara tertulis atas permintaan klarifikasi dari **PIHAK KESATU** selambat-lambatnya 3 (tiga) hari setelah diterima oleh **PIHAK KEDUA.**

(3) Dalam hal **PIHAK KEDUA** ditemukan dan/atau terbukti melakukan pelanggaran pada ayat (1) tersebut diatas maka **PIHAK KESATU** berhak memberikan teguran lisan dan/atau teguran tertulis kepada **PIHAK KEDUA**.

(4) Teguran Tertulis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan paling banyak 3 (tiga) kali dengan waktu pengenaan untuk teguran tertulis berikutnya paling cepat setelah 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal teguran tertulis sebelumnya.

(5) Apabila **PIHAK KEDUA** diberikan Surat Peringatan sebanyak 3 (tiga) kali, maka **PIHAK KESATU** dapat mengakhiri Perjanjian dengan memberikan Surat Pengakhiran Kerja Sama.

(6) Ketentuan waktu pengenaan untuk teguran tertulis paling cepat setelah 30 (tiga puluh) hari kalender sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dikecualikan terhadap temuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e dan terhadap tindakan tersebut dapat langsung dikenakan teguran tertulis.

(7) Teguran Tertulis yang diberikan oleh **PIHAK KESATU** kepada **PIHAK KEDUA** sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2) dan ayat (3) ditembuskan kepada Dinas Kesehatan dan Asosiasi FKTP setempat.

(8) Dalam hal tindakan Kecurangan JKN dilakukan oleh salah satu **PIHAK**, maka diberlakukan sanksi administrasi, sanksi tambahan berupa denda dan/atau pengakhiran Perjanjian sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Sanksi administrasi sebagaimana dimaksud tidak menghapus sanksi pidana sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(9) Dalam hal **PIHAK KEDUA** terbukti melakukan tindakan kecurangan (fraud), maka **PIHAK KESATU** memberikan sanksi berupa pengakhiran Perjanjian dan dapat bekerja sama kembali dalam jangka waktu paling cepat 12 (dua belas) bulan.

BAB VII

PENGAKHIRAN & PENYELESAIAN PERSELISIHAN

Bagian Kesatu

Pengakhiran Perjanjian

Pasal 13

(1) Perjanjian ini dapat diakhiri berdasarkan persetujuan **PARA PIHAK** dan/atau diakhiri oleh salah satu **PIHAK** sebelum habis Jangka Waktu Perjanjian, berdasarkan hal-hal sebagai berikut:

a. **PIHAK KEDUA** telah menerima surat peringatan maksimal sebanyak 3 (tiga) kali. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal surat pemberitahuan pengakhiran Perjanjian ini dari **PIHAK** yang dirugikan.

b. **PIHAK KEDUA** diketahui melakukan tindakan kecurangan namun tidak terbatas pada:

1) membuat klaim fiktif;
2) 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.
3) Dokter dan/atau dokter gigi yang tidak melakukan praktik sesuai waktu yang tercantum dalam Lampiran VII yang mempengaruhi penetapan besaran tarif kapitasi.
4) Pemindahan peserta antar Faskes yang tidak sesuai dengan ketentuan.
5) Memberikan rujukan kepada peserta JKN ke FKRTL yang tidak sesuai dengan ketentuan yang dibuktikan dari hasil pemeriksaan Tim Pemeriksa Internal maupun Eksternal dan/atau reviu capaian KBK yang merugikan pihak lainnya, maka pihak yang terbukti menyalahgunakan wewenang tersebut berkewajiban untuk memulihkan kerugian yang terjadi.

Pengakhiran Perjanjian berlaku efektif sejak diterimanya surat pengakhiran Perjanjian oleh **PIHAK KESATU**;

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

d. 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.

e. Masa berlaku Sertifikat Akreditasi **PIHAK KEDUA** berakhir (tidak berlaku). Pengakhiran berlaku efektif pada akhir bulan sebelum habis masa berlakunya dan/atau pada saat pencabutan Akreditasi oleh pemerintah.

f. Seluruh Surat Izin Praktik (SIP) Dokter Umum pada **PIHAK KEDUA** habis masa berlaku. Pengakhiran berlaku efektif pada akhir bulan sebelum seluruh SIP Dokter Umum habis masa berlaku.

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

h. Salah satu PIHAK menerima relaas gugatan atas sengketa yang terjadi berkaitan dengan perjanjian ini, pengakhiran berlaku sejak tanggal terakhir bulan pada saat relaas gugatan tersebut diterima.

(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**. Dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan sebelum pengakhiran kerja sama **PIHAK KEDUA** wajib memberikan informasi kepada Peserta terkait rencana pengakhiran kerja sama dengan **PIHAK KESATU**;

(3) Dalam hal **PIHAK KEDUA** tidak bekerjasama lagi dengan **PIHAK KESATU** sebelum masa kerja sama 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) Pengakhiran Perjanjian sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dituangkan ke dalam Berita Acara Kesepakatan Pengakhiran Perjanjian yang berlaku efektif sejak ditandatangani oleh **PARA PIHAK.**

(5) **PARA PIHAK** dengan ini sepakat untuk mengesampingkan berlakunya ketentuan dalam Pasal 1266 Kitab Undang-undang Hukum Perdata, sejauh yang mensyaratkan diperlukannya suatu putusan atau penetapan Hakim/ Pengadilan terlebih dahulu untuk membatalkan/ mengakhiri suatu Perjanjian.

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

(7) Dalam hal terjadi pengakhiran Perjanjian yang disebabkan karena kecurangan maka kerja sama dengan **PARA PIHAK** dapat dilaksanakan kembali paling cepat dalam jangka waktu 12 (dua belas) bulan sejak pengakhiran Perjanjian.

(8) Dalam hal terjadi pengakhiran Perjanjian, maka **PARA PIHAK** wajib menyampaikan pemberitahuan tertulis/pengumuman kepada Peserta, mengenai rencana pengakhiran kerja sama.

Bagian Kedua

Penyelesaian Perselisihan

Pasal 14

(1) Setiap perselisihan dan perbedaan pendapat sehubungan dengan Perjanjian ini akan diselesaikan secara musyawarah dan mufakat oleh **PARA PIHAK**.

(2) Dalam upaya penyelesaian perselisihan, pertentangan dan perbedaan pendapat, **PARA PIHAK** sepakat menggunakan jalur secara berjenjang melalui Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB), Dewan Pertimbangan Medik (DPM) dan atau Tim Pertimbangan Klinis (TPK) hingga Dewan Pertimbangan Klinis (DPK) sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(3) 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.

(4) Apabila mediasi sebagaimana dimaksud ayat (3) tidak dapat diselesaikan, **PARA PIHAK** memilih untuk menyerahkan penyelesaian perselisihan tersebut melalui pengadilan negeri Negeri Malang.

BAB VIII

MEKANISME PEMBERIAN INFORMASI DAN PENANGANAN PENGADUAN

Pasal 15

(1) **PARA PIHAK** menyediakan fungsi pemberian informasi dan penanganan pengaduan termasuk pada media sosial sesuai ketentuan perundang-undangan.

(2) **PIHAK KEDUA** menyediakan dan menetapkan petugas yang memiliki fungsi pelayanan informasi dan unit penanganan pengaduan Peserta dan menyampaikan secara tertulis kepada **PIHAK KESATU.**

(3) **PIHAK KEDUA** menyediakan dan mengelola secara aktif akun media sosial resmi milik **PIHAK KEDUA** sesuai peraturan perundang-undangan.

(4) **PIHAK KEDUA** melakukan pemantauan dan tindak lanjut atas setiap permintaan informasi dan penanganan pengaduan dari Peserta.

(5) Dalam hal Peserta JKN membutuhkan pelayanan pemberian informasi dan penanganan pengaduan, maka mekanisme dilakukan sebagai berikut:

a. Peserta JKN menyampaikan permintaan informasi dan penanganan pengaduan kepada petugas yang telah ditentukan oleh **PIHAK KESATU** maupun **PIHAK KEDUA** untuk melaksanakan fungsi pemberian informasi dan penanganan pengaduan.

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

c. Dalam hal diperlukan eskalasi dan atau tindak lanjut, maka **PARA PIHAK** saling berkoordinasi melalui petugas yang telah diberikan kewenangan sesuai dengan SLA penyelesaian yang telah ditetapkan.

(6) **PIHAK KEDUA** melakukan penginputan pelayanan informasi dan penanganan pengaduan melalui aplikasi SIPP, baik yang telah diselesaikan oleh **PIHAK KEDUA** maupun yang masih diperlukan koordinasi kepada **PIHAK KESATU.**

(7) **PIHAK KESATU** memberikan edukasi dan menindaklanjuti pengaduan yang dieskalasikan oleh **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK KESATU.**

(8) Dalam hal **PIHAK KEDUA** membutuhkan pemberian informasi dan ingin menyampaikan pengaduan kepada **PIHAK KESATU** disampaikan melalui aplikasi Saluran Informasi dan Penanganan Pengaduan (SIPP).

(9) **PARA PIHAK** memastikan hal yang disampaikan kepada Peserta sehubungan dengan pemberian informasi dan penanganan pengaduan telah sesuai dengan norma-norma dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB IX
KERAHASIAAN INFORMASI DAN KEAMANAN DATA
Bagian Kesatu
Kerahasiaan Informasi

Pasal 16

(1) **PARA PIHAK** dengan ini menyatakan sepakat melaksanakan kewajibannya sehubungan dengan informasi rahasia yang diungkapkan, selama berlangsungnya dan setelah berakhirnya jangka waktu Perjanjian ini dan Adendumnya (jika ada), tidak akan membuka, mengungkapkan, menyiarkan dan/atau menyebarluaskan semua data, termasuk namun tidak terbatas pada informasi, keterangan dan dokumen-dokumen penting lainnya baik *hardcopy* maupun *softcopy*, tertulis ataupun lisan yang diterima oleh **PARA PIHAK** kepada pihak lain, baik secara langsung atau tidak langsung, selama pelaksanaan Perjanjian ini dan Adendumnya (jika ada).

(2) Pengetahuan dan informasi rahasia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi;
   a. Informasi mengenai pasien
   b. Informasi mengenai alasan penolakan klaim
   c. Informasi mengenai rincian klaim
   d. Informasi rahasia lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(3) **PARA PIHAK** termasuk pegawai dan afiliasi/jejaringnya termasuk pihak lain yang bekerja sama dengan **PARA PIHAK** 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 pegawai dan afiliasi/jejaringnya termasuk pihak lain yang bekerja sama dengan **PARA PIHAK** melakukan hal tersebut.

(4) **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;

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.

Bagian Kedua

Pelindungan Data Pribadi

Pasal 17

(1) **PARA PIHAK** memiliki kedudukan yang sama sebagai Pengendali Data Pribadi yang bertanggung jawab dan berkewajiban untuk mematuhi prinsip-prinsip Pelindungan Data Pribadi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku terkait Pelindungan Data Pribadi, antara lain:
   a. Memiliki ketentuan dan pedoman terkait implementasi Pelindungan Data Pribadi yang paling sedikit mengatur tentang tujuan, mekanisme pengumpulan data, pemanfaatan data, penyimpanan data, dan penghapusan/pemusnahan data.
   b. Menerapkan standar dan Sistem Keamanan Data dan Informasi.
   c. Menunjuk dan melaksanakan tugas Pejabat Pelindungan Data Pribadi.

(2) Jangka Waktu Pemrosesan Data Pribadi yang dilakukan oleh **PARA PIHAK** mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(3) Dalam hal **PIHAK KEDUA** melibatkan Pihak lain sebagai Prosesor Data Pribadi yang berhubungan dengan Perjanjian Kerja Sama ini, maka wajib dilakukan hal- hal sebagai berikut:
   a. **PIHAK KEDUA** menginformasikan secara tertulis kepada dari **PIHAK KESATU**;
   b. **PIHAK KEDUA** membuat kontrak kerja dengan Prosesor Data Pribadi yang memuat ketentuan Pelindungan Data Pribadi sesuai peraturan perundang- undangan yang berlaku;

(4) **PIHAK KESATU** berhak melakukan pengawasan, *assessment* dan/atau memberikan rekomendasi terhadap sistem keamanan informasi kepada **PIHAK KEDUA.**

(5) Apabila dalam pelaksanaan Perjanjian Kerja Sama ini, salah satu **PIHAK** menemukan adanya celah keamanan pada sistem **PIHAK** lain dan atau salah satu **PIHAK** tidak memenuhi ketentuan yang berlaku, maka **PIHAK** lainnya dapat menangguhkan transfer Data Pribadi hingga permasalahan diselesaikan dan ketentuan dipatuhi kembali yang dibuktikan dengan hasil *assessment* yang dilakukan oleh **PIHAK** lainnya. Penangguhan

tersebut tidak berdampak kepada penjaminan layanan peserta JKN.

(6) Dalam hal terjadi pelanggaran prinsip-prinsip Pelindungan Data Pribadi oleh salah satu **PIHAK**, maka **PIHAK** dimaksud bertanggung jawab penuh terhadap seluruh konsekuensi yang terjadi sesuai peraturan perundangan-undangan yang berlaku sebagaimana Lampiran X perjanjian ini.

Bagian Ketiga

Keamanan Dan Integrasi Sistem

Pasal 18

(1) **PIHAK KESATU** memberikan akun sistem informasi kepada **PIHAK KEDUA**, dalam hal **PARA PIHAK** telah melaksanakan integrasi sistem sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat 4 huruf t, **PIHAK KESATU** memberikan izin penggunaan akun sistem informasi, *consID, userKey dan secretKey* dalam bentuk file terenkripsi kepada **PIHAK KEDUA** melalui media surat elektronik (email);

(2) Dalam hal **PARA PIHAK** telah melaksanakan integrasi sistem sebagaimana dimaksud ayat (1), **PIHAK KEDUA** memastikan penggunaan *consID, userKey dan secretKey* sesuai dengan kebutuhan integrasi sistem yang tercantum pada Pakta Integritas pengunan *consID* yang telah ditandatangani oleh Pejabat Struktural **PIHAK KEDUA** sebagaimana tertuang pada lampiran XI;

(3) Dalam hal pengembangan sistem informasi milik **PIHAK KEDUA** yang diintegrasikan dengan sistem milik **PIHAK KESATU**, maka **PIHAK KEDUA** dapat bekerja sama dengan pihak lain;

(4) Dalam hal terjadi perubahan atau pemutusan kerja sama pengembangan sistem informasi dengan pihak ketiga, maka **PIHAK KEDUA** wajib melaporkan kepada **PIHAK KESATU** secara tertulis sekurang-kurangnya 7 hari sebelum terjadi perubahan atau pemutusan kerja sama dengan pihak ketiga untuk mendapatkan izin penggunaan *consID, userKey dan secretKey* baru;

(5) **PIHAK KEDUA** bertanggungjawab memastikan keamanan dan kerahasiaan akun user, *consID, userKey dan secretKey* selama masa kontrak maupun setelah kontrak berakhir termasuk dalam hal **PIHAK KEDUA** memerlukan bantuan pihak lain dalam pengembangan SIM-Faskes yang akan diintegrasikan dengan sistem informasi milik **PIHAK KESATU;**

(6) Pelaksanaan integrasi Aplikasi **PIHAK KESATU** dan **PIHAK KEDUA** sebagaimana dimaksud pada ayat (1), yang menyebabkan terjadinya pertukaran data **PARA PIHAK**, maka penggunaan data yang dipertukarkan tersebut dilaksanakan terbatas untuk kepentingan **PARA PIHAK** dan sepakat untuk menjaga keamanan data;

(7) Adapun yang dimaksud dengan keamanan data sebagaimana ayat (1) diatas adalah pelindungan data dan informasi pribadi peserta JKN yang menjadi pasien di FKTP dan data Sumber Daya Manusia pada **PIHAK KEDUA** yang memberikan layanan kepada peserta JKN;

(8) Apabila terdapat pelanggaran/ penyalahgunaan/ peminjaman/ pemberian/ pemberitahuan akun sistem informasi, *consID, userKey,* dan *secretKey* oleh **PIHAK KEDUA** kepada pihak lain yang tidak berkepentingan, maka :

a. **PIHAK KESATU** berhak menonaktifkan dan mengganti akun user, *consID, userKey dan secretKey* yang digunakan oleh **PIHAK KEDUA** secara tertulis.
b. **PIHAK KESATU** melakukan evaluasi kepada **PIHAK KEDUA** sebagaimana komitmen terhadap keamanan data terkait dengan integrasi sistem dan **PIHAK KEDUA** wajib melakukan perbaikan keamanan dan kerahasiaan akun user, *consID, userKey dan secretKey* yang diberikan oleh **PIHAK KESATU.**
c. Dalam hal terjadi pelanggaran maksimal 3 kali oleh **PIHAK KEDUA** maka **PIHAK KESATU** dapat menolak pengajuan user atau menghentikan integrasi sistem dengan **PIHAK KEDUA.**

(9) Dalam hal pelanggaran yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** menyebabkan kerugian financial/berdampak negatif pada reputasi **PIHAK KESATU**, maka **PIHAK KESATU** berhak untuk melaporkan **PIHAK KEDUA** kepada pihak berwenang untuk diproses sesuai dengan ketentuan perundangan yang berlaku.

BAB X
JANGKA WAKTU PERJANJIAN
Pasal 19

(1) Perjanjian ini berlaku untuk jangka waktu 1 (Satu) tahun terhitung sejak tanggal 22 Juni 2026 dan berakhir pada tanggal 21 Juni 2027.

(2) Selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan sebelum berakhirnya Jangka Waktu Perjanjian, **PARA PIHAK** sepakat untuk saling memberitahukan maksudnya apabila hendak melanjutkan kerja sama.

(3) Pada jangka waktu sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) Pasal ini **PIHAK KESATU** akan melakukan penilaian kembali terhadap **PIHAK KEDUA** atas:

a. fasilitas dan kemampuan pelayanan kesehatan
b. penyelenggaraan pelayanan kesehatan selama jangka waktu Perjanjian; dan
c. kepatuhan dan komitmen terhadap Perjanjian

(4) Keputusan untuk melanjutkan kerja sama, merupakan kewenangan masing-masing **PIHAK.**

BAB XI
MONITORING & EVALUASI

Pasal 20

(1) **PIHAK KESATU** dapat melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh **PIHAK KEDUA** secara berkala sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

(2) Monitoring dan Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan antara lain melalui:

a. Kapitasi Berbasis Komitmen;
b. *Utilization Review (UR);*
c. *reviu* kesesuaian rujukan spesialistik dari FKTP yang ditegakkan sebagai kasus non spesialistik di FKRTL;
d. pengelolaan prolanis terkendali*;*
e. Peserta Rujuk Balik Aktif;
f. Skrining Riwayat Kesehatan dan tindak lanjut skrining;
g. Survei kepuasan peserta dan KESSAN serta *rating* FKTP;
h. Sibling;
i. hasil verifikasi pasca klaim;
j. audit administrasi klaim; dan
k. Kepatuhan **PIHAK KEDUA** terhadap Perjanjian.

(3) Hasil monitoring dan 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. Selanjutnya **PIHAK KEDUA** menindaklanjuti hasil monitoring dan evaluasi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

(4) Dalam rangka melakukan monitoring dan evaluasi, **PIHAK KESATU** dapat secara langsung dan/atau bersama-sama dengan organisasi profesi, dinas kesehatan, asosiasi faskes, berhak untuk melakukan pengawasan atas pelaksanaan Perjanjian.

(5) **PARA PIHAK** melakukan monitoring dan evaluasi atas pelaksanaan Perjanjian, sekurang-kurangnya 2 (dua) kali dalam satu jangka waktu Perjanjian.

(6) Untuk kepentingan pemeriksaan atau audit yang dilaksanakan oleh Pihak Internal maupun pihak eksternal, disamping bukti pendukung klaim, **PIHAK KEDUA** juga wajib untuk menyediakan bukti pelayanan lain yang dibutuhkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, sepanjang bukti yang diminta berhubungan dengan kasus yang diaudit.

BAB XII

KEADAAN MEMAKSA (*FORCE MAJEURE*)

Pasal 21

(1) Yang dimaksud dengan keadaan memaksa (selanjutnya disebut *"Force Majeure"*) adalah suatu keadaan yang terjadinya di luar kemampuan, kesalahan atau kekuasaan **PARA PIHAK** dan yang menyebabkan **PIHAK** yang mengalaminya tidak dapat melaksanakan atau terpaksa menunda pelaksanaan kewajibannya dalam Perjanjian ini. *Force Majeure* tersebut meliputi bencana alam, banjir, wabah, perang (yang dinyatakan maupun yang tidak dinyatakan), pemberontakan, huru-hara, pemogokan umum, kebakaran, dan kebijaksanaan Pemerintah yang berpengaruh secara langsung terhadap pelaksanaan Perjanjian ini.

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

(3) Apabila peristiwa *Force Majeure* tersebut berlangsung terus hingga melebihi atau diduga oleh **PIHAK** yang mengalami *Force Majeure* akan melebihi jangka waktu 30 (tiga puluh)

hari kalender, maka **PARA PIHAK** sepakat untuk meninjau kembali Jangka Waktu Perjanjian ini.

(4) Semua kerugian dan biaya yang diderita oleh salah satu **PIHAK** sebagai akibat terjadinya peristiwa *Force Majeure* bukan merupakan tanggung jawab **PIHAK** yang lain.

BAB XIII
KORESPONDENSI

Pasal 22

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

PIHAK KESATU: BPJS Kesehatan Cabang MALANG
u.p. : Kepala Cabang MALANG
Telepon : (0341) 493026
Email : kc-malang@bpjs-kesehatan.go.id

PIHAK KEDUA: KLINIK PRATAMA UM
u.p. : Kepala/Direktur KLINIK PRATAMA UM
Telepon : 0822-2529324
Email : poliklinik@um.ac.id

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

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

BAB XIV

LAIN-LAIN

PASAL 23

(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 **PARA PIHAK**.

(2) Keterpisahan

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

(3) Perubahan

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

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

c. Perjanjian perubahan atau tambahan (Adendum/amandemen) yang dilakukan termasuk dan tidak terkecuali pada penerapan peraturan **PIHAK KESATU** yang bersinggungan dengan **PIHAK KEDUA;**

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

e. Dalam hal terdapat perubahan pejabat yang berwenang pada **PARA PIHAK**, maka:

1) **PIHAK KESATU** akan memberitahukan secara tertulis kepada PIHAK KEDUA selambat-lambatnya 7 hari kerja sejak terjadinya pergantian Pejabat yang berwenang di **PIHAK KESATU**.

2) **PIHAK KEDUA** akan memberitahukan secara tertulis kepada **PIHAK KESATU** dan menuangkannya di dalam Berita Acara Perubahan Pejabat **PIHAK KEDUA** yang merupakan 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** termasuk Jejaring Faskes **PIHAK KEDUA** yang disebabkan, namun tidak terbatas pada:

1) kesalahan atau pelanggaran yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** dalam menjalankan tanggung jawab profesinya seperti, termasuk tetapi tidak terbatas pada, kesalahan dalam melakukan pemeriksaan, 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.
2) 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.

Dan oleh karenanya **PIHAK KEDUA** membebaskan **PIHAK KESATU** dari segala tuntutan ataupun tanggung jawab hukum yang timbul.

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

(5) Hukum Yang Berlaku

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

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

PIHAK KESATU	**PIHAK KEDUA**
BPJS KESEHATAN CABANG MALANG	**KLINIK PRATAMA UM**
Hernina Agustin Arifin	**Ifa Mufida**

Lampiran I Perjanjian
Nomor : 297/KTR/VII-05/0626
Nomor : 22.06.01/UN32.40.2/PK/2026

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;
   b. pelayanan promotif dan preventif perorangan meliputi pemberian pelayanan:
      1) penyeluhan kesehatan perorangan;
      2) imunisasi rutin;
      3) keluarga berencana, meliputi konseling dan pelayanan kontrasepsi, termasuk vasektomi dan tubektomi yang bekerja sama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
      4) skrining Riwayat kesehatan dan pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu; dan
      5) peningkatan kesehatan bagi Peserta Penderita penyakit kronis.
   c. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
   d. tindakan medis nonspesialistik baik bedah maupun nonbedah;
   e. pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai;
   f. kesehatan gigi non spesialistik;
   g. pemeriksaan penunjang diagnostik tingkat pratama;
   h. pelayanan kesehatan melalui pemanfaatan teknologi komunikasi dan informasi, meliputi tele konsultasi, promotif, dan preventif antara FKTP dan peserta terdaftar dan;
   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;
g. pelayanan keluarga berencana meliputi konseling dan pelayanan kontrasepsi, termasuk vasektomi dan tubektomi yang bekerja sama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
h. Rehabilitasi medik dasar;
i. Pemeriksaan penunjang diagnostik.

3. Jenis pemeriksaan, pengobatan, konsultasi medis, tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai serta pemeriksaan penunjang diagnostik tingkat pertama yang dilakukan di **PIHAK KEDUA** sesuai dengan Panduan Praktik Klinis (PPK) bagi Dokter di Fasilitas pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama yang berlaku.
4. Kesehatan gigi non spesialistik mencakup:
   a. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
   b. premedikasi;
   c. kegawatdaruratan oro-dental;
   d. pencabutan gigi sulung melalui metode topical atau infiltrasi;
   e. pencabutan gigi permanen tanpa penyulit;
   f. obat pascaekstraksi;
   g. tumpatan gigi; dan
   h. scaling gigi pada gingivitis akut.
5. Pelayanan pemeriksaan penunjang pada program pengelolaan penyakit kronis
   a. Pelayanan pemeriksaan penunjang program pengelolaan penyakit kronis (PROLANIS), meliputi:
      1) pemeriksaan gula darah sewaktu;
      2) pemeriksaan gula darah puasa (GDP);
      3) pemeriksaan gula darah *Post Prandial* (GDPP);
      4) pemeriksaan HbA1c; dan
      5) pemeriksaan kimia darah, meliputi:
         a) *ureum*;
         b) *kreatinin*;

c) kolesterol total;
d) kolesterol LDL;
e) kolesterol HDL; dan
f) trigliserida

6) pemeriksaan urin analisis *microalbuminuria*.

b. Pelayanan kegiatan kelompok bagi peserta Prolanis, meliputi:
1) Aktifitas fisik Prolanis
2) Edukasi kesehatan Prolanis

6. Skrining Kesehatan:
a. Skrining Riwayat Kesehatan wajib dilakukan bagi Peserta JKN satu tahun sekali sesuai ketentuan.
b. Skirining Kesehatan Tertentu, meliputi:
1) pemeriksaan tekanan darah untuk penyakit stroke, *ischemic heart disease,* dan hipertensi;
2) pemeriksaan payudara klinis untuk penyakit kanker payudara;
3) pemeriksaan kadar haemoglobin (Hb) untuk penyakit anemia pada remaja putri;
4) pemeriksaan fisik paru untuk penyakit tuberkulosis, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), dan kanker paru;
5) pemeriksaan rapid antigen hepatitis B dan C untuk penyakit hepatitis;
6) pemeriksaan gula darah sewaktu, pemeriksaan gula darah puasa (GDP); dan pemeriksaan gula darah post prandial (GDPP) untuk penyakit diabetes mellitus;
7) pemeriksaan visual asam asetat (IVA-test) atau Papsmear untuk penyakit kanker leher Rahim;
8) pemeriksaan darah lengkap dan apus darah tepi untuk skrining *thallasemia;*
9) pemeriksaan *rectal touche* dan darah samar feses untuk skrining kanker usus.

7. terapi Krio untuk kanker leher Rahim
8. pelayanan kebidanan dan neonatal, termasuk pengambilan sampel Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, sesuai kompetensi dan kewenangannya
9. Pelayanan protesa gigi.

B. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) ** bagi Klinik Pratama 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 spesialistik, baik operatif maupun non operatif selama masa perawatan;
   e. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai selama masa perawatan;
   f. pemeriksaan penunjang diagnostik tingkat pratama selama masa perawatan;
2. Cakupan pelayanan medis rawat inap tingkat pertama
   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 FKTP PONED; dan
   d. pertolongan neonatal dengan komplikasi
3. Jenis pemeriksaan, pengobatan, konsultasi medis, tindakan medis non spesialistik, 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 terhubung dengan antrean pelayanan di **PIHAK KEDUA** atau melakukan pendaftaran secara langsung dengan sistem antrean di **PIHAK KEDUA** yang terhubung 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. Seluruh proses administrasi dan pelayanan kesehatan dilakukan di lokasi **PIHAK KEDUA** dan/atau jejaringnya.
f. **PIHAK KEDUA** melakukan edukasi kepada peserta untuk melakukan skrining riwayat kesehatan sesuai notifikasi aplikasi **PIHAK KESATU.**
g. **PIHAK KEDUA** melakukan pemeriksaan kesehatan/pelayanan penunjang/ pemberian tindakan/obat.
h. Setelah mendapatkan pelayanan yang termasuk dalam non kapitasi, Peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh **PIHAK KEDUA** dan/atau jejaring **PIHAK KEDUA** sesuai lampiran VI.
i. **PIHAK KEDUA** melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan pada rekam medis peserta serta wajib menginput ke dalam aplikasi **PIHAK KESATU** secara lengkap dan tuntas.
j. Apabila Peserta membutuhkan pelayanan KB, pemeriksaan kehamilan dan pasca melahirkan, imunisasi rutin, maka pelayanan dapat dilakukan oleh bidan atau dokter umum.
k. Bila berdasarkan hasil pemeriksaan dokter ternyata Peserta memerlukan pemeriksaan ataupun tindakan spesialis/sub-spesialis sesuai dengan indikasi medis dan memenuhi kriteria rujukan sesuai Panduan Praktek Klinis yang berlaku, maka FKTP akan memberikan surat rujukan/rujukan online ke FKRTL yang bekerjasama dengan **PIHAK KESATU** sesuai dengan sistem rujukan yang berlaku.
l. Surat rujukan/rujukan online merupakan luaran aplikasi sesuai ketentuan **PIHAK KESATU**.

2. Pengelolaan Penyakit Kronis
   a. Pelayanan penunjang pemeriksaan program pengelolaan penyakit kronis (PROLANIS)
      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 prolanis.
      5) Peserta mendapatkan pelayanan penunjang prolanis.
      6) Peserta harus menandatangani bukti hasil pemeriksaan laboratorium penunjang prolanis.
      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**.
   b. Pelayanan kegiatan kelompok bagi peserta Prolanis:
      1) 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.**

3. Promotif Preventif melalui Pelayanan Skrining Kesehatan:
   a. Peserta menunjukkan Nomor Induk Kependudukan (selanjutnya disebut NIK) atau Nomor Kepesertaan BPJS Kesehatan (Peserta tidak perlu menyertakan fotocopy kartu JKN).
   b. **PIHAK KEDUA** melakukan pengecekan keabsahan eligibilitas peserta melalui aplikasi BPJS Kesehatan.
   c. 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.**
   d. **PIHAK KEDUA** melakukan edukasi kepada peserta untuk melakukan Skrining Riwayat Kesehatan melalui aplikasi **PIHAK KESATU.**
   e. Dalam hal Peserta belum melakukan Skrining Riwayat Kesehatan, namun hasil pemeriksaan dokter di FKTP menyatakan perlu dilakukan skrining kesehatan, Peserta melakukan Skrining Riwayat Kesehatan sebelum dilakukan Pelayanan Penapisan atau Skrining Kesehatan Tertentu.
   f. Peserta yang telah melakukan skrining riwayat kesehatan, dikonsultasikan kepada dokter FKTP, dilakukan pemeriksaan oleh dokter FKTP dan hasilnya berisiko maka FKTP melakukan pelayanan Penapisan atau Skrining Kesehatan Tertentu.
   g. Peserta mendapatkan pelayanan skrining kesehatan.
   h. Peserta harus menandatangani bukti hasil pemeriksaan skrining kesehatan.

i. Faskes melakukan pencatatan pelayanan ke dalam aplikasi BPJS Kesehatan.
j. Faskes wajib menyimpan bukti hasil skrining kesehatan serta Surat Pengantar Skrining (apabila peserta yang dilayani bukan peserta terdaftar) sebagai salah satu kelengkapan berkas penagihan kepada **PIHAK KESATU.**
k. Bagi **PIHAK KEDUA** yang memberikan Pelayanan Penapisan atau Skrining Kesehatan Tertentu yang diselenggarakan dalam rangka bakti sosial maka tidak dapat ditagihkan kepada **PIHAK KESATU**.
l. Dalam hal Peserta dengan hasil Skrining Riwayat Kesehatan menunjukkan berisiko penyakit belum melakukan konsultasi ke **PIHAK KEDUA, PIHAK KEDUA** mengirimkan pemberitahuan kepada Peserta untuk mendapatkan Pelayanan Penapisan atau Skrining Kesehatan Tertentu.
m. Peserta dengan hasil Skrining Riwayat Kesehatan menunjukkan tidak berisiko penyakit, maka diberikan panduan oleh **PIHAK KEDUA** untuk melakukan perubahan perilaku hidup sehat sebagaimana yang tertera dalam sistem informasi **PIHAK KESATU.**
n. **PIHAK KEDUA** yang tidak mampu melakukan pelayanan Skrining Kesehatan, maka dapat memberikan Surat Pengantar Skrining kepada FKTP lain atau Laboratorium yang ditunjuk melalui mekanisme rujukan horizontal sesuai ketentuan yang berlaku.

4. Pelayanan Program Rujuk Balik
   a. Peserta menunjukkan Nomor Induk Kependudukan (selanjutnya disebut NIK) atau Nomor Kepesertaan BPJS Kesehatan (Peserta tidak perlu menyertakan fotocopy kartu JKN) dan membawa/menunjukkan Surat Rujuk Balik dari dokter Spesialis atau melalui notifikasi pada aplikasi **PIHAK KESATU.**
   b. **PIHAK KEDUA** melakukan pengecekan keabsahan eligibilitas peserta PRB peserta melalui aplikasi BPJS Kesehatan.
   c. Dokter **PIHAK KEDUA** menerima Surat Rujuk Balik, melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan BMHP kepada Peserta PRB serta tindakan lainnya sesuai advis dari Dokter Spesialis/Sub Spesialis yang tertuang di dalam SRB.
   d. Untuk menjaga kontinuitas serta komprehensivitas tatalaksana perawatan dan pengobatan, **PIHAK KEDUA** sebagai *care coordinator* wajib melakukan edukasi kepada Peserta PRB untuk rutin dalam pengobatan termasuk mendorong Peserta

PRB dengan diagnosa Diabetes Mellitus dan Hipertensi untuk bergabung menjadi Peserta Prolanis.

e. Dokter **PIHAK KEDUA** akan memberikan resep obat PRB sesuai dengan resep yang diberikan oleh Dokter Spesialis/Sub Spesialis, untuk dilakukan pengambilan obat di ruang farmasi/instalasi farmasi/Apotek yang ditunjuk.

f. **PIHAK KEDUA** melakukan pemantauan terhadap peserta PRB terdaftar termasuk melakukan *reminder* untuk kontrol rutin tiap bulan.

5. Pelayanan Telekonsultasi

a. Pelayanan Telekonsultasi diprioritaskan untuk digunakan sebagai bentuk pelayanan kesehatan di FKTP kepada peserta.

b. Bentuk media telekonsultasi 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 Telekonsultasi:

1) Pelayanan telekonsultasi 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 telekonsultasi.

2) Pelayanan telekonsultasi (kontak sakit) merupakan kontak antara FKTP dan Peserta untuk konsultasi atas kondisi keluhan sakit Peserta.

d. Pelayanan Telekonsultasi adalah sebagai berikut:

1) Pelayanan konsultasi upaya promotif dan preventif individual kepada peserta program JKN.

2) 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).

3) **PIHAK KEDUA** wajib melakukan *input* Pelayanan telekonsultasi pada aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama yang dikembangkan oleh **PIHAK KESATU dan melakukan** pencatatan dalam dokumen pendukung (*log book*).

6. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) ** bagi Klinik 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 VI.
   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	**PIHAK KEDUA**
BPJS KESEHATAN CABANG MALANG	**KLINIK PRATAMA UM**
Hernina Agustin Arifin	**Ifa Mufida**

Lampiran II Perjanjian
Nomor : 297/KTR/VII-05/0626
Nomor : 22.06.01/UN32.40.2/PK/2026

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

I. BIAYA PELAYANAN KESEHATAN

A. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

1. Ketentuan Biaya RJTP
   a. Besaran tarif Kapitasi per FKTP ditetapkan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan kesepakatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan tingkat wilayah mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.
   b. Besaran tarif kapitasi mempertimbangkan kriteria teknis yang meliputi:
      1) Sumber daya manusia, ditentukan berdasarkan:
         a) ketersediaan dokter atau rasio dokter dengan jumlah peserta terdaftar; dan/atau
         b) ketersediaan dokter gigi.
      2) Kriteria teknis kelengkapan sarana prasarana ditentukan berdasarkan ketersediaan sarana prasarana yang diperlukan dalam pemberian pelayanan oleh dokter dan dokter gigi.
      3) Kriteria teknis lingkup pelayanan ditentukan berdasarkan risiko peserta terdaftar.
      4) Kriteria teknis komitmen pelayanan ditentukan berdasarkan kinerja FKTP.
   c. Besaran kapitasi yang diterima oleh FKTP adalah besaran tarif sesuai ketersediaan SDM dan sarana prasarana dikalikan dengan koefisien risiko peserta terdaftar berdasarkan umur dan jenis kelamin dan capaian kinerja.
   d. Jumlah peserta terdaftar yang terdiri dari:
      1) Data peserta segmen PBI JK diperoleh **PIHAK KESATU** dari kementerian kesehatan yang bersumber dari Kementerian Sosial.
      2) Data peserta segmen PBPU BP pemda diperoleh **PIHAK KESATU** dari Pemerintah Daerah.

3) Data peserta segmen PPU diperoleh **PIHAK KESATU** dari pemberi kerja/kementerian/lembaga.
4) Data peserta segmen PBPU/BP Perorangan atau Kolektif diperoleh **PIHAK KESATU** dari peserta perorangan atau badan hukum.

e. Persyaratan ketersediaan jumlah dokter diantaranya berdasarkan masa berlaku Surat Izin Praktik dokter dan/atau dokter gigi serta Pakta Integritas yang disetujui oleh **PIHAK KEDUA.**
f. Pembayaran kapitasi per bulan berdasarkan masa berlaku SIP Dokter dan/atau Dokter Gigi yang berlaku selama 1 (satu) bulan penuh.
g. Dalam hal **PIHAK KEDUA** memiliki dokter dengan SIP yang berlaku dan terdapat dokter lainnya yang mengajukan perpanjangan SIP Dokter/Dokter Gigi tanpa jeda masa berlaku SIP dan dilakukan pemutakhiran pada aplikasi HFIS selambat-lambatnya 1 (satu) hari setelah tanggal terbit SIP atau 1 (satu) hari setelah masa berakhir SIP lama maka pemutakhiran data SIP tersebut dapat diperhitungkan pada koreksi pembayaran kapitasi bulan berikutnya oleh **PIHAK KESATU.**
h. Dokter/Dokter Gigi yang memiliki SIP di **PIHAK KEDUA** melakukan praktik sesuai jadwal praktik dokter pada lampiran VII dan atau pada aplikasi HFIS.
i. 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.
j. **PIHAK KESATU** akan melakukan pembayaran klaim non kapitasi berdasarkan SIP Dokter/tenaga Kesehatan yang masih berlaku pada saat memberikan pelayanan non kapitasi.

2. Tarif Kapitasi
   a. Standar tarif kapitasi di klinik pratama atau fasilitas Kesehatan yang setara minimal sebesar Rp9.000,00 (Sembilan ribu rupiah) sampai dengan maksimal Rp16.000,00 (enam belas ribu rupiah) per peserta per bulan.
   b. Besaran tarif kapitasi berdasarkan ketersediaan dokter atau rasio dokter dengan jumlah peserta terdaftar dan/atau ketersediaan dokter gigi termasuk ketersediaan sarana dan prasarana sebagai berikut:

Ketersediaan dokter atau rasio dokter terhadap jumlah peserta	Ketersediaan dokter gigi	Besaran Tarif
Tersedia dokter dengan rasio 1:≤5000	Tersedia dokter gigi	Rp12.000,00 (dua belas ribu rupiah)

Ketersediaan dokter atau rasio dokter terhadap jumlah peserta	Ketersediaan dokter gigi	Besaran Tarif
Tersedia dokter dengan rasio 1:≤5000	Tidak tersedia dokter gigi	Rp10.000,00 (sepuluh ribu rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1:>5000	Tersedia dokter gigi	Rp11.000,00 (sebelas ribu rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1:>5000	Tidak tersedia dokter gigi	Rp9.000,00 (sembilan ribu rupiah)

c. Besaran tarif kapitasi berdasarkan risiko peserta terdaftar:

1) Ditetapkan berdasarkan koefisien yang mewakili risiko yang timbul karena jenis kelamin dan usia peserta terdaftar. Penentuan risiko peserta terdaftar hanya berlaku bagi Klinik yang memiliki peserta lebih dari 100 (seratus) peserta.
2) Koefisien yang mewakili risiko yang timbul karena jenis kelamin dan usia sebagai berikut:

Kelompok Usia (Tahun)	Koefisien	
	Laki-Laki	Perempuan
0 – 5	1,16	1,12
6 – 20	0,78	0,83
21 – 60	0,84	1,18
60 +	1,46	1,57

3) Koefisien risiko peserta terdaftar digunakan untuk mengalikan besaran tarif berdasarkan ketersediaan dokter atau rasio dokter dengan jumlah peserta terdaftar dan/atau ketersediaan dokter gigi.

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

1) Penilaian capaian kinerja dan penyesuaian kapitasi dilakukan setiap bulan berdasarkan data luaran sistem informasi BPJS Kesehatan.
2) Penyesuaian kapitasi berdasarkan capaian kinerja diberlakukan pada FKTP yang menerapakan Pembayaran KBK dan memenuhi kriteria sebagai berikut:

a) telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan minimal 1 (satu) tahun; dan/atau.
b) minimal Peserta terdaftar 5.000 (lima ribu) Peserta.

3) Penilaian Capaian Kinerja
   a) Indikator Kinerja
      (1) Angka Kontak (AK)
         (a) Indikator Angka Kontak (AK) dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut:

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

         Perhitungan Angka Kontak merupakan perbandingan antara jumlah Peserta terdaftar yang melakukan kontak dengan FKTP dengan total jumlah peserta terdaftar di FKTP dikali 1000 (seribu).
         (b) 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.
         (c) Jumlah peserta terdaftar adalah jumlah peserta JKN yang terdaftar di suatu FKTP per bulan.
            i. Bentuk Kontak yang menjadi catatan penilaian adalah:
            ii. Tempat kontak
            iii. Jenis Pelayanan
               - Kunjungan Sakit
               - Kunjungan Sehat
               - Pelayanan Kontak Langsung
               - Pelayanan Telekonsultasi
         (d) Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan kontak FKTP dengan kondisi di tempat dan jenis pelayanan sebagaimana huruf (c) yang dicatatkan pada aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan.
      (2) Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS)

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

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

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

(b) Jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialistik adalah jumlah rujukan dengan diagnosa yang termasuk dalam jenis penyakit yang menjadi kompetensi dokter di FKTP sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

(c) Rujukan kasus non spesialistik dengan kriteria *Time, Age, Complication* dan *Comorbidity* (TACC) tidak diperhitungkan dalam jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialistik.

(d) Jumlah rujukan FKTP adalah total jumlah rujukan FKTP ke FKRTL.

(e) Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan rujukan peserta ke FKRTL pada Sistem Informasi BPJS Kesehatan.

(3) Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)

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

$$\textbf{RPPT} = \frac{\text{Rasio Prolanis DM terkendali} + \text{Rasio Prolanis HT terkendali}}{2}$$

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

$$\textbf{RPPT DM} = \frac{\text{jumlah peserta Prolanis DM terkendali}}{\text{jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM}}\ \text{x}\ 100\%$$

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

$$\textbf{RPPT HT} = \frac{jumlah\ peserta\ Prolanis\ HT\ terkendali}{jumlah\ peserta\ terdaftar\ di\ FKTP\ dengan\ diagnosa\ HT}\ x\ 100\%$$

Perhitungan Rasio Peserta Prolanis HT Terkendali merupakan perbandingan antara jumlah pasien HT yang terdaftar sebagai peserta Prolanis dengan tekanan darah terkendali dengan jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa HT dikali 100% (seratus persen).

(b) 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.

(c) Jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM atau HT adalah peserta terdaftar di FKTP yang telah ditegakkan diagnosa penyakit DM atau HT.

(d) 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.

(e) Penjaminan pelayanan pemeriksaan kadar gula darah puasa sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

(f) Ketentuan mengenai pengelolaan Peserta Prolanis mengacu pada Pedoman Program Pengelolaan Penyakit Kronis yang berlaku.

(g) Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan pemantauan kadar gula darah puasa dan tekanan darah pasien pada Sistem Informasi BPJS Kesehatan.

4) 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)
   (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 ≤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 ≥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 ≤ 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 ≥ 5%

Tabel 1
Penilaian PKBK

No	Indikator Kinerja	Bobot	Target	Kriteria Penilaian		Nilai Capaian
				Rating	Deskripsi	
	a	b	c	d	e	f=bxd
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

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:

(a) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 4 (empat), maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 100% (seratus persen) dari tarif besaran kapitasi yang ditetapkan.

(b) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 3-<4, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 97% (sembilan puluh tujuh persen) dari tarif besaran kapitasi yang ditetapkan.

(c) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 2-<3, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 96% (sembilan puluh enam persen) dari tarif besaran kapitasi yang ditetapkan.

(d) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 1-<2, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 95% (sembilan puluh lima persen) dari tarif besaran kapitasi yang ditetapkan.

Tabel 2
Penyesuaian Pembayaran Kapitasi Berdasarkan Nilai Capaian PKBK

Nilai Capaian	% Pembayaran Kapitasi
	Klinik Pratama
4	100%
3 - < 4	97%
2 - < 3	96%
1 - < 2	95%

e. Ketentuan besaran pembayaran kapitasi:

1) Apabila berdasarkan perhitungan besaran tarif pelayanan kesehatan, besaran tarif kapitasi di bawah standar minimal tarif kapitasi maka yang dibayarkan tetap sesuai dengan standar minimal tarif kapitasi sebagaimana dimaksud pada angka 2 huruf a.
2) Apabila berdasarkan perhitungan besaran tarif pelayanan kesehatan diperoleh besaran tarif di atas standar maksimal maka tetap dibayarkan sesuai dengan standar maksimal tarif kapitasi angka 2 huruf a.

3. Tarif non kapitasi pada RJTP

No	Pemeriksaan	Tarif	Keterangan
1	Pemeriksaan penunjang pada program pengelolaan penyakit kronis		
	Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu (GDS)	Rp10.000,00 (Sepuluh Ribu Rupiah) sampai dengan Rp20.000,00 (Dua Puluh Ribu Rupiah)	Sesuai indikasi medis (tarif sesuai kesepakatan dengan Asosiasi FKTP)
	Pemeriksaan Gula Darah Puasa (GDP).	Rp10.000,00 (Sepuluh Ribu Rupiah) sampai dengan Rp20.000,00 (Dua Puluh Ribu Rupiah)	1 bulan 1 kali (tarif sesuai kesepakatan dengan Asosiasi FKTP)
	Pemeriksaan gula darah Post Prandial (GDPP)	Rp10.000,00 (Sepuluh Ribu Rupiah) sampai dengan Rp20.000,00 (Dua Puluh Ribu Rupiah)	1 bulan 1 kali (tarif sesuai kesepakatan dengan Asosiasi FKTP)

No	Pemeriksaan	Tarif	Keterangan
		sesuai kesepakatan dengan Asosiasi FKTP	
	Pemeriksaan HbA1c	Rp160.000,00 (Seratus Enam Puluh Ribu Rupiah) sampai dengan Rp200.000,00 (Dua Ratus Ribu Rupiah)	3 (tiga) sampai dengan 6 (enam) bulan 1 (satu) kali (tarif sesuai kesepakatan dengan Asosiasi FKTP)
	Pemeriksaan Ureum	Rp30.000,00 (tiga puluh ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun
	Pemeriksaan Kreatinin	Rp30.000,00 (tiga puluh ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun
	Pemeriksaan Kolesterol Total	Rp45.000,00 (empat puluh lima ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun
	Pemeriksaan Kolesterol LDL	Rp60.000,00 (enam puluh ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun
	Pemeriksaan Kolesterol HDL	Rp45.000,00 (empat puluh lima ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun
	Pemeriksaan Trigliserida	Rp50.000,00 (lima puluh ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun
	Pemeriksaan Microalbuminuria	Rp120.000,00 (seratus dua puluh ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun
2	Tarif Pelayanan skrining kesehatan tertentu		
	Pemeriksaan IVA	paling tinggi sebesar Rp25.000,00 (dua puluh lima ribu rupiah);	1 kali dalam setahun.
	Pemeriksaan papsmear	paling tinggi sebesar Rp125.000,00 (seratus dua puluh lima ribu rupiah);	1 kali dalam setahun.
	Pemeriksaan gula darah sewaktu (GDS). gula darah puasa (GDP), dan gula darah *Post Prandial* (GDPP)	Rp10.000,00 (Sepuluh Ribu Rupiah) sampai dengan Rp20.000,00 (Dua Puluh Ribu Rupiah)	Pemeriksaan diberikan kepada peserta yang telah melakukan Skrining Riwayat Kesehatan oleh FKTP.

No	Pemeriksaan	Tarif	Keterangan
	pemeriksaan darah lengkap dan apus darah tepi untuk skrining *thallasemia*	Rp55.000,00 (lima puluh lima ribu rupiah)	1 kali seumur hidup
	pemeriksaan *rectal touche* dan darah samar feses untuk skrining kanker usus	Rp45.000,00 (empat puluh lima ribu rupiah).	1 kali dalam setahun.
	Terapi Krio	Rp150.000,00 (seratus lima puluh ribu rupiah)	Untuk kasus IVA Positif
3	Pelayanan Kesehatan masa hamil (*ante natal care*) a. 1 (satu) kali pada trimester pertama yang dilakukan oleh dokter beserta pemeriksaan ultrasonografi (USG); b. 2 (dua) kali pada trimester kedua yang dapat dilakukan oleh dokter atau bidan; dan c. 3 (tiga) kali pada trimester ketiga yang dilakukan oleh dokter atau bidan, dengan kunjungan kelima dilakukan oleh dokter beserta pemeriksaan USG.		
	Paket ANC	Rp160.000,00 (seratus enam puluh ribu rupiah)	ANC dilakukan oleh dokter disertai USG.
		Rp90.000,00 (sembilan puluh ribu rupiah)	ANC dilakukan oleh dokter
		Rp70.000,00 (tujuh puluh ribu rupiah)	ANC dilakukan oleh bidan di Klinik
		Rp70.000,00 (tujuh puluh ribu rupiah)	ANC dilakukan oleh bidan jejaring
	Dalam kondisi tertentu karena tidak ada dokter atau sarana pemeriksaan ultrasonografi (USG) dalam fasilitas kesehatan, pelayanan masa hamil *(ante natal care*) pada kunjungan trimester pertama dan kunjungan kelima di trimester ketiga dapat dilakukan oleh : a. dokter tanpa pemeriksaan USG: atau b. dilakukan oleh bidan.		
4	Pelayanan Kesehatan masa sesudah melahirkan (*Post Natal Care*) Ibu dan bayi baru lahir. Tarif pelayanan untuk pemeriksaan masa sesudah melahirkan dilaksanakan dengan 3 (tiga) kali kunjungan ibu nifas dan bayi baru lahir serta 1 (satu) kali kunjungan ibu nifas keempat, yang meliputi: a. 1 (satu) kali pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 2 (dua) hari pascapersalinan untuk Ibu dan bayi; b. 1 (satu) kali pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari pascapersalinan untuk ibu dan bayi c. 1 (satu) kali pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari pascapersalinan untuk ibu dan bayi dan d. 1 (satu) kali pada periode 29 (dua puluh sembilan) hari sampai dengan 42		

No	Pemeriksaan	Tarif	Keterangan
	(empat puluh dua) hari pascapersalinan untuk ibu.		
	Pemeriksaan PNC	Rp50.000,00 (lima puluh ribu rupiah) untuk setiap kunjungan	Maksimal PNC ibu 4 kali Dan bayi baru lahir 3 kali
		Rp50.000,00 (lima puluh ribu rupiah) untuk setiap kunjungan.	Untuk bidan jejaring Maksimal PNC ibu 4 kali dan bayi baru lahir 3 kali.
5	Pra rujukan pada komplikasi kehamilan	Rp200.000,00 (dua ratus ribu rupiah)	
6	Pelayanan Kontrasepsi Tarif Non Kapitasi pelayanan kontrasepsi meliputi: a. prapelayanan kontrasepsi; b. tindakan pemberian pelayanan kontrasepsi; dan c. pasca pelayanan kontrasepsi.		
	pemasangan dan/atau pencabutan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)	Rp105.000,00 (seratus lima ribu ribu rupiah)	
	pemasangan dan/atau pencabutan implan	Rp105.000,00 (seratus lima ribu ribu rupiah)	
	Pelayanan suntik KB	Rp20.000,00 (dua puluh ribu rupiah)	setiap kali suntik
	Penanganan komplikasi KB	Rp125.000,00 (seratus dua puluh lima ribu)	
	Pelayanan Keluarga Berencana metode Operasi Pria (KBMOP)/vasektomi	Rp370.000,00 (tiga ratus tujuh puluh ribu rupiah)	
7	Protesa Gigi	Maksimal Rp1.000.000,00 (satu juta rupiah)	Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali sesuai indikasi medis untuk rahang gigi yang sama - 2 (dua) rahang gigi, maksimal sebesar Rp.1.000.000,00 (satu juta rupiah) - 1 (satu) rahang gigi, maksimal sebesar

No	Pemeriksaan	Tarif	Keterangan
			Rp.500.000,00 (lima ratus ribu rupiah).
8	Ambulans	Sesuai dengan tarif Pemerintah Daerah	- Diberikan pada pelayanan ambulans darat atau air untuk pasien rujukan dengan kondisi tertentu dari FKTP ke FKTP lain atau ke FKRTL disertai dengan upaya menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien. - Dalam hal belum terdapat standar tarif ambulans yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah setempat, biaya ambulans dibayarkan mengacu pada standar biaya yang berlaku pada Pemerintah Daerah terdekat dengan karakteristik geografis yang setara.

Pembiayaan Kegiatan Kelompok Prolanis, meliputi:

No	Pelayanan	Biaya (Rp)	Ketentuan
1	Edukasi Kesehatan Prolanis	a. Paling banyak Rp890.000,00 (delapan ratus sembilan puluh ribu rupiah) per kegiatan per klub untuk pertemuan tatap muka secara langsung (*offline*). Dengan rincian: 1) Honor narasumber: Rp.500.000,00 (lima ratus ribu rupiah) per kegiatan 2) *Unit Cost* konsumsi peserta Prolanis maksimal Rp13.000,00 (tiga belas ribu rupiah) per peserta per kegiatan b. Rp500.000,00 (lima ratus ribu rupiah) per kegiatan per klub untuk pertemuan secara daring (*online*).	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 (*online*) sebesar Rp500.000 (lima ratus ribu rupiah) merupakan honor narasumber. 4. Biaya dikenakan pajak penghasilan sesuai ketentuan perpajakan yang berlaku.

2	Aktivitas Fisik Prolanis	a. Paling banyak Rp590.000,00 (lima ratus sembilan puluh ribu rupiah) per kegiatan per klub untuk pertemuan tatap muka secara langsung (*offline*). Dengan rincian: 1) Honor instruktur: Rp200.000,00 (dua ratus ribu rupiah) per kegiatan 2) *Unit Cost* konsumsi peserta Prolanis maksimal Rp13.000,00 (tiga belas ribu rupiah) per peserta per kegiatan b. Rp.200.000,00 (dua ratus ribu rupiah) per kegiatan per klub untuk pertemuan secara daring (*online*).	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 (*online*) sebesar Rp200.000 (dua ratus ribu rupiah) merupakan honor nara sumber. 4. Biaya dikenakan pajak penghasilan sesuai ketentuan perpajakan yang berlaku.

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

No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)
1	Paket Rawat Inap per hari	Rp200.000,00 (dua ratus ribu rupiah) sampai dengan Rp300.000,00 (tiga ratus ribu rupiah) per hari (sesuai kesepakatan dengan Asosiasi FKTP).

No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)
1	persalinan dilakukan oleh tim paling sedikit 1 (satu) orang dokter dan 2 (dua) orang tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan. Termasuk pengambilan sampel Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) yang dilakukan oleh bidan atau dokter	Rp 1.200.000,00
2	persalinan tanpa komplikasi dilakukan oleh tim paling sedikit 2 (dua) orang tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan dalam kondisi tertentu, termasuk pengambilan sampel Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK).	Rp 800.000,00
3	persalinan dengan tindakan emergensi dasar di FKTP PONED, termasuk pengambilan sampel Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK). Lama perawatan 2 (dua) hari	Rp 1.250.000,00
4	persalinan dengan tindakan emergensi dasar di FKTP PONED, termasuk pengambilan sampel Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK). Lama perawatan 3 (tiga) hari	Rp 1.500.000,00
5	tindakan pasca persalinan di FKTP PONED	Rp 180.000,00

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

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 meliputi Formulir Pengajuan Klaim (FPK) yang disetujui oleh Pimpinan atau Pejabat yang berwenang, Surat Tanggung Jawab Mutlak yang dibubuhi materai dan ditandatangani oleh Pimpinan atau Pejabat yang berwenang, serta dokumen administrasi khusus sesuai dengan jenis klaim non kapitasi.

   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
   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 ketidaksesuian 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.
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. Pemilihan fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar berdasarkan pilihan Peserta.
2. 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.
   b. Peserta baru
      1) Peserta baru yang masuk pada tanggal 1 s.d 31 bulan berjalan, dapat langsung dilayani meskipun kapitasi belum dibayarkan.
      2) Perhitungan kapitasi dengan penambahan Peserta baru yang masuk pada tanggal 1 s.d 31 bulan berjalan, maka kapitasi pada bulan berjalan tersebut

akan dibayarkan dengan menambahkan pada pembayaran kapitasi pada bulan berikutnya.

3. 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.
4. Jika **PIHAK KEDUA** belum membuat dan menyetujui Pakta Integritas sampai dengan tanggal 4 (empat) setiap bulan, maka persetujuan Pakta Integritas akan dilakukan secara otomasi melalui aplikasi sesuai data SDM yang ada. Ketidaksesuaian SDM karena **PIHAK KEDUA** tidak melakukan persetujuan Pakta Integritas sepenuhnya menjadi tanggungjawab **PIHAK KEDUA**.
5. Pembayaran kapitasi dilakukan berdasarkan besaran tarif kapitasi perjiwa perbulan sebesar Netto, yaitu nilai tersebut telah dikurangi dengan pajak sesuai peraturan perundang-undangan dan biaya administrasi bank.
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. Hasil audit baik oleh auditor internal maupun eksternal
   c. Hal lain yang menyebabkan terjadinya kelebihan atau kekurangan pembayaran kapitasi termasuk hasil reviu capaian KBK.
8. Penyesuaian penetapan besaran tarif kapitasi dalam hal terjadi penambahan ketersediaan sumber daya manusia khususnya tenaga kesehatan, lingkup pelayanan dan/atau komitmen pelayanan yang mempengaruhi kapasitas layanan dan besaran kapitasi 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 oleh **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, dokter meninggal dunia dan lain-lain dan/atau pengurangan lingkup pelayanan dan/atau komitmen pelayanan, maka penyesuaian besaran tarif kapitasi diberlakukan sejak terjadinya pengurangan.

10. Kelebihan pembayaran kapitasi akibat kejadian sebagaimana angka 8 diatas, akan dikompensasikan setelah perhitungan kapitasi susulan atas bulan tersebut selesai dan dibayarkan.
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. Kelebihan atau kekurangan yang disebabkan oleh hasil rekonsiliasi jumlah kepesertaan PBI JK dan PBPU BP Pemda sesuai dengan ketentuan yang berlaku akan dikompensasikan dan diinformasikan secara tertulis oleh **PIHAK KESATU** kepada **PIHAK KEDUA.**
13. Kompensasi kelebihan atau kekurangan pembayaran kapitasi dan non kapitasi dituangkan dalam berita acara yang disepakati oleh PARA PIHAK.
14. Biaya pelayanan kesehatan yang dibayar dengan tarif non kapitasi untuk pelayanan yang telah dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** maupun jejaringnya, diajukan secara kolektif oleh **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK KESATU** dengan kelengkapan administrasi berdasarkan pada ketentuan yang berlaku.
15. 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:
    a. **PIHAK KESATU** dan **PIHAK KEDUA** melakukan rekonsiliasi perhitungan dan pembuatan Berita Acara Kesepakatan Denda.
    b. Berita Acara Kesepakatan Denda untuk klaim Bidan Jejaring ditandatangani oleh **PIHAK KEDUA** yang menaungi.
    c. Berita Acara Kesepakatan Denda meliputi kesepakatan atas jumlah hari keterlambatan, besaran nilai denda, serta kesediaan PARA PIHAK untuk patuh dan tunduk terhadap kesepakatan yang telah dibuat tanpa mengajukan upaya hukum.
    d. Denda keterlambatan pembayaran non kapitasi dihitung secara proporsional secara harian menggunakan hari kalender dengan perhitungan besaran jumlah denda untuk keterlambatan sebagai berikut:

= Jumlah hari keterlambatan x (1% x 12 Bulan) x jumlah yang harus dibayarkan

365 Hari

Keterangan:

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

16. Dalam hal keterlambatan pembayaran tagihan klaim pelayanan kesehatan disebabkan oleh **PIHAK KEDUA** atau permasalahan sistem dari bank, maka P**IHAK KESATU** tidak berkewajiban untuk membayarkan denda keterlambatan pembayaran tagihan klaim pelayanan kesehatan.
17. **PIHAK KEDUA** tidak diperkenankan menarik biaya apapun terhadap Peserta sepanjang pelayanan kesehatan yang diberikan masih tercakup dalam ruang lingkup Perjanjian ini;
18. Rekening dana kapitasi JKN dan non kapitasi termasuk promotif preventif disampaikan oleh **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK KESATU**;
19. Nomor rekening pembayaran dana kapitasi JKN dan tagihan non kapitasi termasuk promotif preventif dari **PIHAK KESATU** kepada **PIHAK KEDUA**, sebagai berikut: (Nomor rekening bisa sama).

    Rekening Kapitasi

    Rekening Atas Nama : KAPITASI BPJS KLINIK PRATAMA
    Nama Bank : BANK NEGARA INDONESIA
    Nomor Rekening : VA 9888855531270001
    No. NPWP : 63.263.661.9-652.000 a.n UNIVERSITAS NEGERI MALANG

    Rekening Non Kapitasi

    Rekening Atas Nama : KAPITASI BPJS KLINIK PRATAMA
    Nama Bank : BANK NEGARA INDONESIA
    Nomor Rekening : VA 9888855531270001
    No. NPWP : 63.263.661.9-652.000 a.n UNIVERSITAS NEGERI MALANG

    Rekening Promotif Preventif

    Rekening Atas Nama : KAPITASI BPJS KLINIK PRATAMA
    Nama Bank : BANK NEGARA INDONESIA
    Nomor Rekening : VA 9888855531270001

No. NPWP : 63.263.661.9-652.000 a.n UNIVERSITAS NEGERI MALANG

REKENING CADANGAN:

Rekening Atas Nama :……

Nama Bank :……

Nomor Rekening :……

Keterangan = Rekening Cadangan harus berbeda Bank

20. Pembayaran dari **PIHAK KESATU** kepada Jejaring Faskes melalui mekanisme transfer bank ke nomor rekening masing-masing Jejaring Faskes sebagaimana pada Lampiran V Perjanjian ini.
21. 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 Adendum PKS dan telah dilakukan *updating* pada aplikasi HFIS.
22. Dalam hal **PIHAK KEDUA** melaksanakan sistem pembayaran kapitasi dan/atau non kapitasi dengan *Virtual Account*, **PIHAK KEDUA** menetapkan *Virtual Account* yang akan digunakan dan menggunakan skema *Open Payment*.
23. Biaya administrasi bank yang timbul akibat adanya transfer (kliring) dibebankan kepada masing-masing rekening **PIHAK KEDUA** dan Jejaring Faskes (non kapitasi).
24. 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 peraturan perundang-undangan dan biaya administrasi bank.

PIHAK KESATU	**PIHAK KEDUA**
BPJS KESEHATAN CABANG MALANG	**KLINIK PRATAMA UM**
Hernina Agustin Arifin	**Ifa Mufida**

Lampiran III Perjanjian
Nomor : 297/KTR/VII-05/0626
Nomor: 22.06.01/UN32.40.2/PK/2026

TEMPLATE 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 = ...

Lampiran IV Perjanjian
Nomor : 297/KTR/VII-05/0626
Nomor : 22.06.01/UN32.40.2/PK/2026

TEMPLATE 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 =
.....

Lampiran V Perjanjian
Nomor : 297/KTR/VII-05/0626
Nomor : 22.06.01/UN32.40.2/PK/2026

PERNYATAAN PERSETUJUAN JEJARING PERSALINAN UNTUK MENUNDUKKAN DIRI PADA PERJANJIAN KERJASAMA

Kami yang bertanda tangan di bawah ini:

a. **Klinik Daqu Sehat**
   - Nama Penanggungjawab: dr. Laili Maghfiroh
   - Alamat praktik : Jl Sunan Muria No 2, Dinoyo, Kota Malang
   - SIOP : 12670002100470001
   - Nomor telepon : 02933286989
   - Nama Bank : Mandiri
   - Nomor rekening : 5526739090
   - Rekening Atas Nama : Daarul Quran Sehat Indonesia
   - NPWP : 81.095.229.1-416.000
   - Masa berlaku PKS jejaring:31 Juli 2027

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:

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
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.

Malang, 22 Juni 2026

Yang menyatakan persetujuan,

Penanggungjawab Klinik Daqu Sehat

Klinik DAQU Sehat

dr. Laili Maghfiroh

PERNYATAAN PERSETUJUAN JEJARING LABORATORIUM UNTUK MENUNDUKKAN DIRI PADA PERJANJIAN KERJASAMA

Kami yang bertanda tangan di bawah ini:

a. Laboratorium Bromo Malang

- Nama Penanggungjawab: Prof.Dr.dr.Djoni Djunaedi,SpPD (K)/KPTI
- Alamat praktik : Jl. Bromo 49 Malang
- Surat Izin Operasional : 445/21061/102.4/2022
- Nomor telepon : 0431-327787
- Nama Bank : Mandiri
- Nomor Rekening : 144.004003002-2
- Rekening Atas Nama : PT BROMODIA KLINOSTIK
- NPWP : 02.808.107.3-623.000
- Masa berlaku PKS Jejaring: 28 Februari 2027

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
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.

Malang, 22 Juni 2026

Yang menyatakan persetujuan,

LABORATORIUM BROMO



Prof.Dr.dr.Djoni Djunaedi,Sp.PD (K)/KPTI

Lampiran VI Perjanjian
Nomor : 297/KTR/VII-05/0626
Nomor : 22.06.01/UN32.40.2/PK/2026

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Surat Pernyataan Pelayanan di FKTP

Kode Faskes : ……

Nama FKTP : ……

Nomor Rekam Medis	:……..……	Tanggal Lahir	: …../……/…. (Tgl/Bln/Thn)
Nomor Kartu Peserta	:……..……	Umur	: ….Tahun …. Bulan …. Hari
NIK	:……..……	Tanggal Pelayanan	: …../……/…. (Tgl/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. Pelavanan 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 ☐
2. IVA ☐
3. Papsmear ☐
4. Krioterapi ☐
5. HbA1c ☐
6. Kimia Darah
   a. *microalbuminuria* ☐
   b. *ureum* ☐
   c. *kreatinin* ☐
   d. kolesterol total ☐
6. Kimia Darah
   e. kolesterol LDL ☐
   f. kolesterol HDL ☐
   g. trigliserida ☐

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:

Lampiran VII Perjanjian
Nomor : 297/KTR/VII-05/0626
Nomor : 22.06.01/UN32.40.2/PK/2026

JADWAL OPERASIONAL KLINIK PRATAMA UNIVERSITAS NEGERI MALANG

(Hari dan Jam layanan sesuai jam operasional FKTP dan tidak membedakan Peserta JKN dengan Pasien Umum)

JADWAL OPERASIONAL KLINIK PRATAMA UNIVERSITAS NEGERI MALANG

Pelayanan	Jumlah Ruangan	Hari	Jam
Poli Umum	2	5 hari	8 jam
Poli Gigi	1	5 hari	6 jam
Poli KIA	1	5 hari	6 jam
Poli Psikologi (Konseling)	1	2 hari	4 jam

JADWAL PRAKTIK DOKTER*

No.	Nama Dokter	Hari Praktik	Jam Praktik
1.	dr. Ifa Mufida, MMRS	5 Hari	8 jam
2.	dr. Indira Pradita Rochim	5 Hari	8 jam
3.	dr.Anditri W.,M.Biomed	5 Hari	6 jam

JADWAL TELEKONSULTASI DOKTER*

No.	Nama Dokter	Hari Telekonsultasi	Jam Telekonsultasi
1.	dr. Ifa Mufida, MMRS	2 Hari	13.00-20.00 wib
2.	dr. Indira Pradita Rochim	2 Hari	13.00-20.00 wib
3.	dr. Anditri W.,M.Biomed	1 Hari	13.00-20.00 wib
4.	Drg. Fardhian Dhiyawardhana	2 hari	07.30-12.30 WIB

Ket:*)

- **Jadwal Operasional dan Jadwal Praktik dokter pada saat PKS ditandatangani, dalam hal terjadi perubahan mengacu kepada data update terakhir pada AplikasiJam Praktik Kunjungan Tidak Langsung melalui Mobile JKN diinput dan diupdate pada aplikasi Mobile JKN Faskes**

Lampiran VIII Perjanjian
Nomor : 297/KTR/VII-05/0626
Nomor : 22.06.01/UN32.40.2/PK/2026

PAKTA INTEGRITAS
USER LOGIN APLIKASI PELAYANAN PRIMER

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :
Nama Lengkap : Ifa Mufida
NIK : 3507126312850001
Jabatan : Pimpinan FKTP
Email : poliklinik@um.ac.id
Nama FKTP : Klinik Pratama Universitas Negeri Malang

Dengan ini menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

I. Petugas entri pelayanan pada aplikasi BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut:

No	Nama	NIK	NoKa BPJS Kesehatan	Alamat Email yang Valid	Masa Penugasan	Aplikasi	Hak Akses
1.	Yudha Pratama, A.Md. RMIK, S.Kom.	3574012304880001	0001437286004	yudha.pratama@um.ac.id	2026	https://emr.eclinic.id atau www.eclinic.id	Admin
2.	Wigi Wirya Wirama, A.Md. RMIK.	3507182708970004	0001788886743	Wigi.wirama@gmail.com	2026	https://emr.eclinic.id atau www.eclinic.id	Rekam Medis dan Pendaftaran
3.	Keysha Amara Johar, S.M.	3514126706020005	0003244055646	keysha.amarajohar@um.ac.id	2026	https://emr.eclinic.id atau www.eclinic.id	Rekam Medis dan Pendaftaran

II. Dalam menggunakan user login untuk melakukan entri data pada aplikasi BPJS Kesehatan 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.

III. Dalam waktu 1x24 jam akan melaporkan ke BPJS Kesehatan apabila terdapat pergantian petugas entri baik dikarenakan pindah tugas maupun adanya putus hubungan kerja.

IV. 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.

Malang, 22 Juni 2026

Yang Menandatangani



Ifa Mufida

Lampiran IX Perjanjian
Nomor: 297/KTR/VII-05/0626
Nomor: 22.06.01/UN32.40.2/PK/2026

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

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

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

Malang, 22 Juni 2026

Yang menyatakan persetujuan

PIHAK KESATU	**PIHAK KEDUA**
BPJS KESEHATAN CABANG MALANG	**KLINIK PRATAMA UM**
Hernina Agustin Arifin	**Ifa Mufida**

Lampiran X Perjanjian
Nomor: 297/KTR/VII-05/0626
Nomor: 22.06.01/UN32.40.2/PK/2026

KETENTUAN RESPON KEGAGALAN PELINDUNGAN DATA PRIBADI

PARA PIHAK wajib melaksanakan program tanggap insiden apabila terjadi kegagalan Pelindungan Data Pribadi yang berada dalam kendali atau penguasaannya, meliputi:

a. respon keluhan subjek data pribadi,
b. investigasi/analisis root cause insiden,
c. pengambilan tindakan perbaikan sistem informasi yang terdampak,
d. mitigasi dampak risiko, dan
e. pemberitahuan kepada pihak-pihak terkait sesuai peraturan perundang-undangan.

Dalam hal diperlukan koordinasi bersama, memfasilitasi pemenuhan hak-hak subjek data pribadi, pertanyaan, keluhan terkait pemrosesan data pribadi dan pelaporan kegagalan Pelindungan Data Pribadi, dilakukan melalui narahubung masing-masing sebagai berikut:

- **PIHAK KESATU**:
  Nama : Rully Ramadhan Pratama Putra
  Jabatan : Kabag IT Wilayah
  Email : rully.ramadhan@bpjs-kesehatan.go.id
  No. HP : 08115726288
- **PIHAK KEDUA:**
  Nama : Ifa Mufida
  Jabatan : Kepala Klinik Pratama Universitas Negeri Malang
  Email : poliklinik@um.ac.id
  No. HP : 082330083685

Dalam hal terdapat perubahan Pejabat Pelindungan Data Pribadi, maka **PARA PIHAK** saling memberitahukan perubahan tersebut untuk kemudian dituangkan ke dalam Berita Acara. **PARA PIHAK** sepakat menjaga etika dan kepatutan dalam penggunaan setiap data dalam berkomunikasi dan berkorespondensi.

Lampiran XI
Nomor: 297/KTR/VII-05/0626
Nomor: 22.06.01/UN32.40.2/PK/2026

PAKTA INTEGRITAS
PENGGUNAAN CONS-ID BRIDGING BPJS KESEHATAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap	: Ifa Mufida
NIK/Paspor	: 3507126312850001
Jabatan	: Kepala Klinik Pratama Universitas Negeri Malang
Email	: poliklinik@um.ac.id
Nama Instansi	: Klinik Pratama Universitas Negeri Malang

Dengan ini menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Saya dalam menggunakan *cons-id*, *secret key, dan user key* dalam rangka *bridging* SIM dengan BPJS Kesehatan, akan menjaga kerahasiaannya 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.
2. Saya telah melaksanakan proses tersebut dengan pemahaman yang cukup tentang berbagai peraturan dan kewajiban normatif lainnya yang terkait dan mematuhi seluruh ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. 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 laporan dan pernyataan ini tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya.

Demikian Pakta Integritas ini saya tanda tangani untuk digunakan sebagaimana mestinya

Malang, 22 Juni 2026
Yang Menandatangani



Ifa Mufida

Lampiran XII Perjanjian
Nomor 297/KTR/VII-05/0626
Nomor 22.06.01/UN32.40.2/PK/2026

PANDUAN PELAYANAN PRIMA
BAGI PESERTA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN
DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

Dimensi Layanan Prima Fasilitas Kesehatan terdiri dari :

1. Kelengkapan fasilitas dalam memberikan pelayanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan;
2. Sikap Petugas Pemberi Layanan yang dapat merupakan Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan; dan
3. Alur pelayanan dalam memberikan layanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan.

Sikap Petugas Pemberi Layanan (Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan) dalam memberikan pelayanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan di setiap area yang harus dipenuhi oleh Fasilitas Kesehatan berupa 8 Sikap Layanan Prima, yakni:

1. Tepat Waktu
   Petugas Pemberi Layanan berada pada tempat bertugas dan melaksanakan pelayanan tepat waktu atau sesuai dengan jadwal pelayanan;
2. Rapi
   Petugas Pemberi Layanan berpakaian dengan bersih, rapi, dan sopan;
3. Ramah
   Petugas Pemberi Layanan bersikap ramah, menunjukkan empati, tanpa diskriminasi atau tanpa membedakan Peserta Jaminan Kesehatan atau bukan Peserta Jaminan Kesehatan, senyum, dan mengucapkan salam saat menerima Peserta Jaminan Kesehatan;
4. Sigap
   Petugas Pemberi Layanan sigap namun tidak terburu-buru dalam melayani Peserta;
5. Fokus

Petugas Pemberi Layanan fokus hanya pada Peserta Jaminan Kesehatan pada saat melayani, memberi perhatian penuh, dan tanggapan secara verbal maupun nonverbal saat Peserta atau keluarga Peserta Jaminan Kesehatan berinteraksi;

6. Informatif

   Petugas Pemberi Layanan memberikan penjelasan informasi kesehatan Peserta kepada Peserta atau keluarga Peserta yang mudah dipahami dan mengetahui peta area serta dapat mengarahkan Peserta kepada petugas lain yang terkait jika dibutuhkan;

7. Koordinatif

   Petugas Pemberi Layanan melakukan koordinasi dengan pihak terkait untuk memastikan pelayanan bagi Peserta; dan

8. Senyum

   Petugas Pemberi Layanan menyapa Peserta atau keluarga Peserta dan mengakhiri interaksi dengan senyum serta mengucapkan terima kasih.

Kelengkapan fasilitas dan alur pelayanan dalam memberikan layanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan pada setiap area yang harus dipenuhi oleh Fasilitas Kesehatan yaitu sebagai berikut:

1. Area Pendaftaran Peserta
   a. Kelengkapan Fasilitas dalam Pemberian Pelayanan Prima kepada Peserta

      Fasilitas Kesehatan harus melengkapi fasilitas dalam pemberian pelayanan prima kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area pendaftaran Peserta, yaitu :

      1) Tersedia sistem informasi antrean *online* yang terintegrasi dengan sistem informasi antrean milik BPJS Kesehatan di Fasilitas Kesehatan pada wilayah tersedia jaringan komunikasi dan data;
      2) Tersedia loket pendaftaran yang dapat memenuhi kebutuhan antrean Peserta Jaminan Kesehatan dengan memperhatikan waktu tunggu atau tersedia anjungan pendaftaran mandiri bagi Peserta Jaminan Kesehatan;
      3) Tersedia media informasi Program Jaminan Kesehatan berupa spanduk/poster/banner/leaflet/media cetak lainnya atau media elektronik pada lokasi yang mudah dilihat atau diakses oleh Peserta Jaminan Kesehatan;
      4) Terpasang Janji Layanan JKN pada lokasi yang mudah dilihat atau diakses oleh Peserta Jaminan Kesehatan;

5) Tersedia informasi jadwal praktik dokter;
6) Tersedia layar informasi antrean pendaftaran;
7) Ruang tunggu pendaftaran bersih dan nyaman;
8) Ruang tunggu pendaftaran tersedia tempat duduk yang cukup.

b. Alur Pemberian Layanan

Fasilitas Kesehatan harus memastikan pemberian alur layanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area pendaftaran Peserta, sebagai berikut:

1) Peserta atau keluarga datang dan mendapatkan nomor antrean pendaftaran langsung ataupun menggunakan nomor antrean yang telah terjadwal;
2) Petugas pendaftaran memanggil Peserta atau keluarga sesuai nomor urutan antrean dikecualikan pada loket pelayanan prioritas;
    a) Petugas pendaftaran di Fasilitas Kesehatan melayani Peserta sesuai kapasitas layanan tanpa membedakan Peserta Jaminan Kesehatan atau bukan Peserta Jaminan Kesehatan;
    b) Petugas pendaftaran menanyakan identitas Peserta dan dokumen pendukung. Selain kartu Jaminan Kesehatan - Kartu Indonesia Sehat dalam bentuk cetak, pendaftaran dapat dilakukan dengan:
        - menyebutkan Nomor Induk Kependudukan (NIK);
        - menunjukkan asli Kartu Tanda Penduduk (KTP) tanpa meminta berkas fotokopi atau salinan;
        - menunjukkan Kartu Indonesia Sehat (KIS) Digital tanpa meminta berkas fotokopi atau salinan; dan/atau
    c) Petugas pendaftaran memasukkan data ke dalam sistem informasi milik BPJS Kesehatan;
3) Peserta menuju ruang tunggu pemeriksaan atau pelayanan lain sesuai dengan kebutuhan.

2. Area Pemeriksaan Pelayanan Rawat Jalan

a. Kelengkapan Fasilitas dalam Pemberian Pelayanan Prima kepada Peserta

Fasilitas Kesehatan harus melengkapi fasilitas dalam pemberian pelayanan prima kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area pemeriksaan pelayanan rawat jalan, yaitu:

1) Tersedia ruang tunggu pelayanan rawat jalan bersih dan nyaman;

2) Tersedia ruang tunggu pelayanan rawat jalan dengan tempat duduk yang cukup;
3) Tersedia sistem dan layar informasi antrean pemeriksaan pada pelayanan rawat jalan. Dengan memperhatikan kondisi dan area, layar informasi antrean pemeriksaan pelayanan rawat jalan dapat berupa:
    a) Perangkat terpisah atau tergabung dengan layar informasi antrean pelayanan pendaftaran;
    b) Perangkat terpisah atau tergabung untuk antrean beberapa ruang pemeriksaan; dan
4) Ruang pemeriksaan nyaman dan menjaga privasi.

b. Alur Pemberian Layanan

Fasilitas Kesehatan harus memastikan pemberian alur layanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area pemeriksaan pelayanan rawat jalan, sebagai berikut:

1) Peserta datang ke ruang tunggu pemeriksaan;
2) Peserta dipanggil ke ruang pemeriksaan sesuai nomor antrean dan tanpa membedakan Peserta Jaminan Kesehatan atau bukan Peserta Jaminan Kesehatan;
    a) Dokter/Perawat/Bidan/Tenaga Kesehatan Lainnya mengonfirmasi identitas Peserta;
    b) Dokter/Perawat/Bidan/Tenaga Kesehatan Lainnya mengonfirmasi keluhan Peserta;
    c) Dokter/Perawat/Bidan/Tenaga Kesehatan Lainnya melakukan pemeriksaan dan melayani tanpa membedakan Peserta Jaminan Kesehatan atau bukan Peserta Jaminan Kesehatan;
    d) Dokter/Perawat/Bidan/Tenaga Kesehatan Lainnya memberikan penjelasan kondisi kesehatan Peserta, menginformasikan pelayanan lebih lanjut apabila dibutuhkan kepada Peserta;
3) Dalam hal Peserta membutuhkan pelayanan lanjutan di antaranya kontrol ulang, rujuk internal, rujuk antar Fasilitas Kesehatan Dokter/Perawat/Bidan/Tenaga Kesehatan lainnya menginformasikan kepada Peserta dan melakukan input ke dalam sistem informasi yang terintegrasi dengan sistem informasi milik BPJS Kesehatan; dan

4) Memberi kesempatan Peserta untuk bertanya atau menyampaikan hal lain sebelum mengakhiri pemberian pelayanan.

3. Area Pelayanan Rawat Inap

a. Kelengkapan Fasilitas dalam Pemberian Pelayanan Prima kepada Peserta

Fasilitas Kesehatan harus melengkapi fasilitas dalam pemberian pelayanan prima kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area pelayanan rawat inap, yaitu:

1) Ruang rawat inap bersih dan nyaman;
2) Ruang rawat inap menjaga privasi; dan
3) Tersedia tempat tidur di ruang rawat inap sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Alur Pemberian Layanan

Fasilitas Kesehatan harus memastikan pemberian alur layanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area pelayanan rawat inap, sebagai berikut:

1) Peserta ditempatkan pada ruang rawat inap;
   a) Dokter Penanggung Jawab memperkenalkan diri kepada Peserta atau keluarga Peserta saat pertama kali *visite* dan melakukan *visite* rawat inap secara rutin;
   b) Dokter Penanggung Jawab/Perawat/Bidan/Tenaga Kesehatan Lainnya/ Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan mengonfirmasi identitas Peserta;
   c) Dokter Penanggung Jawab mengonfirmasi keluhan Peserta;
   d) Dokter Penanggung Jawab melakukan pemeriksaan;
2) Dokter Penanggung Jawab memberikan penjelasan kondisi kesehatan Peserta, menginformasikan pelayanan lebih lanjut apabila dibutuhkan kepada Peserta;
3) Dokter Penanggung Jawab/Perawat/Bidan/Tenaga Kesehatan lainnya/ Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan memberikan pelayanan kesehatan sesuai indikasi medis Peserta;
   a) Peserta mendapatkan obat, bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis dan tidak membebankan Peserta untuk mencari obat jika terjadi kekosongan obat;

b) Dokter Penanggung Jawab/Perawat/Bidan/Tenaga Kesehatan lainnya/ Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan memberikan informasi kesehatan dengan jelas;

4) Memberi kesempatan Peserta untuk bertanya atau menyampaikan hal lain sebelum mengakhiri pemberian pelayanan; dan

5) Dalam hal Peserta membutuhkan pelayanan lanjutan di antaranya kontrol ulang, rujuk internal, rujuk antar Fasilitas Kesehatan, Dokter Penanggung Jawab/Perawat/Bidan/Tenaga Kesehatan lainnya/ Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan menginformasikan kepada Peserta dan melakukan input ke dalam Sistem Informasi yang terintegrasi dengan Sistem Informasi milik BPJS Kesehatan

4. Area Pelayanan Penunjang Diagnostik

a. Kelengkapan Fasilitas dalam Pemberian Pelayanan Prima kepada Peserta

Fasilitas Kesehatan harus melengkapi fasilitas dalam pemberian pelayanan prima kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area penunjang diagnostik yaitu:

1) Tersedia ruang tunggu penunjang diagnostik bersih dan nyaman; dan

2) Ruang tunggu pelayanan penunjang diagnostik tersedia tempat duduk yang mencukupi.

b. Alur Pemberian Layanan

Fasilitas Kesehatan harus memastikan pemberian alur layanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area area penunjang diagnostik, sebagai berikut:

1) Peserta datang ke ruang tunggu pelayanan penunjang diagnostik;

2) Peserta menyerahkan dokumen yang diperlukan;

3) Peserta dipanggil ke ruang pelayanan penunjang diagnostik sesuai nomor urutan antrean dan tanpa dibedakan Peserta Jaminan Kesehatan maupun bukan Peserta Jaminan Kesehatan;

4) Dokter/Tenaga Kesehatan/Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan mengonfirmasi identitas Peserta;

5) Dokter/Tenaga Kesehatan/Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan melakukan pemeriksaan penunjang diagnostik;

6) Dokter/Tenaga Kesehatan/Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan memberikan penjelasan kondisi kesehatan Peserta, menginformasikan pelayanan lebih lanjut apabila dibutuhkan kepada Peserta; dan
7) Memberi kesempatan Peserta untuk bertanya atau menyampaikan hal lain sebelum mengakhiri pemberian pelayanan.

5. Area Pelayanan Kefarmasian

a. Kelengkapan Fasilitas dalam Pemberian Pelayanan Prima kepada Peserta

Fasilitas Kesehatan harus melengkapi fasilitas dalam pemberian pelayanan prima kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area pelayanan kefarmasian yaitu:

1) Tersedia ruang tunggu pelayanan kefarmasian yang bersih dan nyaman;
2) Ruang tunggu pelayanan kefarmasian tersedia tempat duduk yang cukup; dan
3) Tersedia layar informasi antrean pelayanan kefarmasian.

Dengan memperhatikan kondisi dan area, untuk pelayanan kefarmasian pada FKTP dapat bergabung dengan area pelayanan pendaftaran atau pemeriksaan rawat jalan.

b. Alur Pemberian Layanan

Fasilitas Kesehatan harus memastikan pemberian alur layanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area pelayanan kefarmasian, sebagai berikut:

1) Peserta datang ke ruang tunggu pelayanan farmasi;
2) Peserta menyerahkan resep dan/atau dokumen yang diperlukan;
3) Peserta dipanggil sesuai nomor urutan antrean dan tanpa dibedakan Peserta Jaminan Kesehatan maupun bukan Peserta Jaminan Kesehatan.
4) Apoteker/Petugas Farmasi/Tenaga Kesehatan lainnya memberikan pelayanan obat yang dibutuhkan Peserta dan tidak membebankan Peserta untuk mencari obat jika terjadi kekosongan obat;
5) Apoteker/Petugas Farmasi/Tenaga Kesehatan lainnya menyiapkan obat;
6) Apoteker/Petugas Farmasi/Tenaga Kesehatan lainnya memeriksa kembali kesesuaian antara etiket obat, jenis, jumlah obat, dan resep;
7) Apoteker/Petugas Farmasi/Tenaga Kesehatan lainnya mengonfirmasi identitas Peserta;

8) Apoteker/Petugas Farmasi/Tenaga Kesehatan lainnya menyerahkan obat kepada Peserta;
9) Apoteker/Petugas Farmasi/Tenaga Kesehatan lainnya memberi penjelasan tentang obat dan informasi aturan pakai obat kepada Peserta; dan
10) Memberi kesempatan Peserta untuk bertanya atau menyampaikan hal lain sebelum mengakhiri pemberian pelayanan

6. Area Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan

a. Kelengkapan Fasilitas dalam Pemberian Pelayanan Prima kepada Peserta

Fasilitas Kesehatan harus melengkapi fasilitas dalam pemberian pelayanan prima kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area pemberian informasi dan penanganan pengaduan yaitu:

1) Loket Pelayanan Informasi BPJS Kesehatan di Fasilitas Kesehatan sebagai pusat pemberian informasi dan penanganan pengaduan Peserta dan dalam hal dimungkinkan tersedia ruangan untuk menangani pengaduan yang bersifat *hard complain* yang tidak bisa ditangani di loket:
2) Petugas Fasilitas Kesehatan sebagai petugas pemberian informasi dan penanganan pengaduan yang siaga memberikan informasi dan menangani keluhan Peserta;
3) Media informasi nama dan nomor kontak petugas pemberian informasi dan penanganan pengaduan yang dapat dihubungi pada lokasi yang mudah dilihat dan diakses oleh Peserta; dan
4) Perangkat yang dapat digunakan untuk mengakses sistem informasi penanganan pengaduan.

Kategori *hard complain* meliputi:

1) Pengaduan dari Peserta yang penyampaiannya mengganggu kenyamanan Peserta di ruang tunggu layanan; atau
2) Pengaduan dari Peserta yang penyelesaiannya bisa dilakukan di Loket Pelayanan Informasi BPJS Kesehatan di Fasilitas Kesehatan namun belum bisa diterima oleh Peserta.

b. Alur Pemberian Layanan

Fasilitas Kesehatan harus memastikan pemberian alur layanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area pemberian informasi sebagai berikut:

1) Peserta menyampaikan permintaan informasi kepada Petugas Layanan Informasi/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan;
2) Petugas Layanan Informasi/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan mengidentifikasi kebutuhan informasi Peserta;
3) Petugas Layanan Informasi/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan mencatat identitas dan informasi yang ditanyakan Peserta pada aplikasi Sistem Informasi dan Penanganan Pengaduan (SIPP);
4) Petugas Layanan Informasi/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan memberikan penjelasan atas informasi yang diminta oleh Peserta;
5) Apabila petugas Petugas Layanan Informasi/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan tidak dapat memberikan penjelasan atas informasi yang diminta Peserta maka Petugas Layanan Informasi/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan berkoordinasi/mengarahkan Peserta ke Petugas PIPP Fasilitas Kesehatan;
6) Petugas Petugas Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) Fasilitas Kesehatan memberikan penjelasan atas informasi yang diminta oleh Peserta;
7) Apabila untuk permintaan informasi yang diminta membutuhkan penjelasan lebih lanjut dari BPJS Kesehatan, maka Petugas Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) Fasilitas Kesehatan melakukan eskalasi kepada BPJS Kesehatan melalui sistem informasi penanganan pengaduan; dan
8) Petugas Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) Fasilitas Kesehatan atau BPJS Kesehatan memberikan penjelasan atas informasi yang diminta oleh Peserta dan melakukan pencatatan pada sistem informasi penanganan pengaduan.

Fasilitas Kesehatan harus memastikan pemberian alur layanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan di area penanganan pengaduan sebagai berikut:

1) Peserta menyampaikan pengaduan kepada Pengelola Pengaduan/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan;
2) Pengelola Pengaduan/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan mengidentifikasi pengaduan Peserta;

3) Pengelola Pengaduan/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan mencatat identitas dan pengaduan Peserta pada sistem informasi penanganan pengaduan;
4) Pengelola Pengaduan/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan menangani pengaduan yang disampaikan oleh Peserta;
5) Apabila Pengelola Pengaduan/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan tidak dapat menangani pengaduan Peserta atau kondisi Peserta menimbulkan *hard complain* maka Pengelola Pengaduan/*Customer Service* Fasilitas Kesehatan berkoordinasi/mengarahkan Peserta ke Petugas Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) Fasilitas Kesehatan dalam ruangan untuk menangani pengaduan dimaksud yang tidak bisa ditangani di loket;
6) Petugas Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) Fasilitas Kesehatan menangani pengaduan yang disampaikan Peserta;
7) Apabila untuk penanganan pengaduan membutuhkan tindak lanjut dari BPJS Kesehatan, maka Petugas Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) Fasilitas Kesehatan melakukan eskalasi kepada BPJS Kesehatan melalui sistem informasi penanganan pengaduan; dan
8) Petugas Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) Fasilitas Kesehatan atau Staf BPJS Kesehatan menyampaikan penyelesaian atas pengaduan yang disampaikan kepada Peserta dan melakukan pencatatan pada sistem informasi penanganan pengaduan.