



SKRIPSI

**TINJAUAN YURIDIS TERHADAP HUBUNGAN HUKUM
PEMBAYARAN PELAYANAN KESEHATAN (LAYANAN
FISIOTERAPIS) BPJS KESEHATAN KEPADA RUMAH SAKIT**

*JURIDICAL REVIEW OF LEGAL RELATIONSHIPS FOR BPJS HEALTH CARE
(PHYSIOTHERAPIC SERVICE) PAYMENTS TO HOSPITALS*

Oleh :

MARCH WINDI MUSLIMAH

NIM. 150710101341

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI

UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS HUKUM

2019

SKRIPSI

**TINJAUAN YURIDIS TERHADAP HUBUNGAN HUKUM
PEMBAYARAN PELAYANAN KESEHATAN (LAYANAN
FISIOTERAPIS) BPJS KESEHATAN KEPADA RUMAH SAKIT**

*JURIDICAL REVIEW OF LEGAL RELATIONSHIPS FOR BPJS HEALTH CARE
(PHYSIOTHERAPIC SERVICE) PAYMENTS TO HOSPITALS*

Oleh :

MARCH WINDI MUSLIMAH

NIM. 150710101341

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI

UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS HUKUM

2019

MOTTO

“Kita semua terhubung dan kita semua adalah satu.”¹

(Rhonda Byrne)



¹ Rhonda Byrne, *The Secret*, Terjemahan Susi Purwoko, Jakarta:PT Gramedia, 2008. Hal. 209

PERSEMBAHAN

Skripsi ini penulis persembahkan sebagai ucapan rasa terimakasih kepada :

1. Kedua Orang tua terkasih, Ibunda Winarti dan Ayahanda Musaim, atas segala doa, dukungan serta kasih sayang dalam mendidik dan membimbing penulis sehingga keberadaan beliau menjadi motivasi bagi penulis dalam menyelesaikan studi penulis serta mampu menghantarkan penulis meraih cita-cita;
2. Guru-Guru Penulis dari mulai TK, Sekolah Dasar hingga Sekolah Menengah Atas serta dosen-dosen di Perguruan Tinggi;
3. Almamater Universitas Jember yang saya banggakan;
4. Bapak/Ibu Dosen Fakultas Hukum Universitas Jember yang telah sabar, dan penuh kasih sayang dalam membimbing serta memberikan ilmu kepada Penulis.

HALAMAN PERSYARATAN GELAR

**TINJAUAN YURIDIS TERHADAP HUBUNGAN HUKUM
PEMBAYARAN PELAYANAN KESEHATAN (LAYANAN
FISIOTERAPIS) BPJS KESEHATAN KEPADA RUMAH SAKIT**

*JURIDICAL REVIEW OF LEGAL RELATIONSHIPS FOR BPJS HEALTH CARE
(PHYSIOTHERAPIC SERVICE) PAYMENTS TO HOSPITALS*

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh Gelar Sarjana Hukum pada
program Studi Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Jember

MARCH WINDI MUSLIMAH

NIM. 150710101341

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS HUKUM
2019**

**PERSETUJUAN
SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 02 MEI 2019**

Oleh:

Dosen Pembimbing Utama.

EDI WAHJUNI, S.H., M.HUM.

NIP. 196812302003122001

Dosen Pembimbing Anggota

DR. MOH. ALI, S.H., M.H.

NIP. 197210142005011002

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul:

**TINJAUAN YURIDIS TERHADAP HUBUNGAN HUKUM
PEMBAYARAN PELAYANAN KESEHATAN (LAYANAN
FISIOTERAPIS) BPJS KESEHATAN KEPADA RUMAH SAKIT**

Oleh :

MARCH WINDI MUSLIMAH

NIM. 150710101341

Dosen Pembimbing Utama

Dosen Pembimbing Anggota

**EDI WAHJUNI, S.H., M.HUM.
NIP. 196812302003122001**

**DR. MOH. ALI, S.H., M.H.
NIP. 197210142005011002**

Mengesahkan,
Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi
Universitas Jember
Fakultas Hukum
Dekan,

Dr. Nurul Ghufron, S.H. M.H

NIP. 197409221999031003

PENETAPAN PANITIA PENGUJI

Dipertahankan di hadapan Panitia Penguji pada :

Hari : Selasa

Tanggal : 23

Bulan : April

Tahun : 2019

Diterima oleh Panitia Penguji Fakultas Hukum Universitas Jember

Panitia Penguji :

Ketua

Sekretaris

Prof. Dr. Dominikus Rato, S.H., M.Si
NIP. 195701051986031002

Pratiwi Puspitho A, S.H., M.H
NIP. 198210192006042001

Anggota Penguji :

Edi Wahjuni, S.H., M.Hum
NIP. 196812302003122001

.....

Dr. Moh. Ali, S.H., M.H.
NIP.97210142005011002

.....

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : MARCH WINDI MUSLIMAH
Tempat, tanggal lahir : Blitar, 16 Maret 1997
Fakultas : Hukum
Universitas : Universitas Jember

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian skripsi ini berjudul “TINJAUAN YURIDIS TERHADAP HUBUNGAN HUKUM PEMBAYARAN PELAYANAN KESEHATAN (LAYANAN FISIOTERAPIS) BPJS KESEHATAN KEPADA RUMAH SAKIT” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sipak ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 23 April 2019

Yang Menyatakan

MARCH WINDI MUSLIMAH
NIM. 150710101341

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karuniaNya penulis dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul **“Tinjauan Yuridis Terhadap Hubungan Hukum Pembayaran Pelayanan Kesehatan (Layanan Fisioterapis) BPJS Kesehatan Kepada Rumah Sakit”**. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada program studi Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Jember. Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Ibu Edi Wahjuni, S.H., M.Hum. selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan arahan serta motivasi dalam penulisan skripsi ini hingga mencapai hasil yang maksimal;
2. Dr. Moh. Ali, S.H., M.H. selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan arahan dalam penulisan skripsi ini serta motivasi dan dorongan dalam penulisan skripsi ini hingga mencapai hasil yang maksimal;
3. Prof. Dr. Dominikus Rato, S.H., M.Si. selaku ketua penguji Skripsi yang telah memberikan kritik, saran, serta masukan dan ilmu yang membangun dan bermanfaat bagi penulis baik untuk perbaikan penulisan skripsi selanjutnya;
4. Ibu Pratiwi Puspitho A, S.H., M.H. selaku sekretaris penguji skripsi yang telah memberikan kritik saran dan masukan yang membangun serta bermanfaat untuk menambah wawasan penulis terkait dengan isi substansi hingga penulisan skripsi ini;
5. Dr. Nurul Gufron, S.H., M.H. selaku Dekan Fakultas Hukum Universitas Jember yang telah memberikan persetujuan skripsi ini;
6. Dr. Dyah Ochtorina Susanti, S.H., M.Hum., Bapak Echwan Iriyanto, S.H., M.H., dan Bapak Dr. Aries Harianto, S.H., M.H., selaku pejabat wakil dekan I, Wakil Dekan II dan Wakil Dekan III yang telah memberikan bimbingan dan motivasi kepada penulis selama menuntut ilmu di fakultas Hukum Universitas Jember;
7. Bapak Iwan Rachmad Soetijono, S.H., M.H., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan, motivasi, arahan terkait dengan rencana studi penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan perkuliahan dengan lancar;
8. Bapak dan Ibu Dosen yang telah memberikan ilmu, nasihat serta bimbingan kepada Penulis;

9. Ayah dan Ibu Penulis yang telah memberikan dorongan dan motivasi untuk selalu kreatif dan aktif berfikir dan menghasilkan sebuah karya dari hasil pemikiran penulis serta telah mendidik untuk menjadi sosok yang mandiri;
10. Saudari kandungku tersayang, Septia Bella sabana Putri yang telah mendukung penuh serta memberikan tekanan batin untuk segera menggapai cita-cita;
11. Sahabat-sahabatku Nindea Hanaresti, Pebi Anggraini, Mbak Fariza Oktaviani (Po), dan Mbak Pakem Laras Sejati, dan Adib yang selalu memberikan semangat, menemani penulis ketika penulis merasa terpuruk dan kurang Semangat dalam mengerjakan Skripsi ini; dan mengajak mencari hawa segar agar memperoleh inspirasi dalam menulis kembali;
12. Teman-teman seperjuanganku, Karina, Kak Dinar, Kak devinta, Devi, Farisa Ayunda, Faisal, Ilmana, Reka, Latifa, Soimah, Kartika, Zaenul, Amirul, Mbak Sabrina serta teman-teman KKN 283 dawuhan krejengan Probolinggo 2018 dan teman-teman yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan motivasi untuk selalu berfikiran positif dan optimis dalam melakukan segala permasalahan yang ada;
13. Teman-teman di Fakultas Hukum Universitas Jember yang telah memberkan semangat, motivasi dan pengorbanan yang tidak terhingga kepada Penulis;
14. Teman-teman SD Panggungrejo 1, SMPN Sutojayan 1, dan 12 IPA 1 SMAN 1 Sutojayan, yang selalu memberikan semangat secara batin untuk mencapai cita-cita;
15. Bapak Ibu Guru SD Panggungrejo 1, SMPN Sutojayan 1, dan 12 IPA 1 SMAN 1 Sutojayan yang telah memberikan Ilmu, nasihat serta bimbingan kepada penulis untuk semangat dalam menuntut Ilmu.
16. Serta semua pihak yang telah membantu dan berjasa dalam penyelesaian Skripsi ini.

Semoga semua doa, bimbingan, pengarahan, nasehat, bantuan serta semangat yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan balasan yang lebih baik dari ALLAH SWT. Demikian, besar harapan penulis semoga Skripsi ini dapat bermanfaat dan memberikan sumbangsih bagi Ilmu pengetahuan bagi semua pihak yang membutuhkannya.

Jember, 23 April 2019

Penulis

RINGKASAN

BPJS Kesehatan merupakan penyelenggara program Jaminan Kesehatan Nasional. Dalam menjalankan operasionalnya BPJS Kesehatan berkerja sama dengan fasilitas kesehatan (Rumah Sakit) untuk melaksanakan program Jaminan Kesehatan Nasional. Namun BPJS Kesehatan mengalami defisit sehingga mengakibatkan keterlambatan dalam proses pencairan dana ke Rumah sakit. Melihat kondisi tersebut membuat penulis tertarik untuk meninjau dan meneliti terkait dengan: 1. apakah hubungan hukum antara Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan terkait dengan Pembayaran Pelayanan Kesehatan? 2. Bagaimana Pengklaiman biaya Rumah Sakit atas Layanan Fisioterapis Peserta yang tidak difasilitasi BPJS Kesehatan?. 3. apakah akibat hukum yang akan diterima BPJS Kesehatan jika tidak melaksanakan kewajiban membayar biaya atas Pelayanan Kesehatan ke Rumah Sakit?. Penelitian ini bertujuan untuk: (i) mengetahui dan menganalisis hubungan hukum antara Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan terkait dengan Pembayaran Pelayanan Kesehatan; (ii) mengetahui dan menganalisis apakah Rumah Sakit dapat mengklaim biaya atas layanan Fisioterapis terhadap peserta yang tidak di fasilitasi BPJS Kesehatan; dan (iii) mengetahui dan menganalisis akibat hukum yang akan diterima BPJS Kesehatan jika tidak melaksanakan kewajiban membayar biaya atas Pelayanan Kesehatan ke Rumah Sakit. Tipe Penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah yuridis normati atau *Legal research* yaitu penelitian yang dilakukan dengan mengkaji permasalahan untuk kemudian menganalisis peraturan perundang-undangan dengan prinsip-prinsip hukum yang ada. Pendekatan masalah dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan pendekatan Konseptual (*Conseptual Approach*), dan Pendekatan Undang-Undang (*Statute Approach*). Pendekatan Konseptual (*Conseptual Approach*) dilakukan dengan mengkaji prinsip-prinsip hukum yang ada melalui paandangan-pandangan dari ahli (doktrin) yang berkaitan dengan permasalahan ini. Sedangkan Pendekatan Undang-Undang (*Statute Approach*) dilakukan dengan menganalisis peraturan perundang-undangan maupun regulasi yang berlaku yang memiliki sangkut paut dengan permasalahan dalam penelitian ini. Sumber hukum yang digunakan dalam penelitian ini terdiri atas bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan non hukum.

BPJS Kesehatan adalah suatu badan yang memiliki tugas sebagai penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Kepersertaan dalam Jaminan Kesehatan adalah diwajibkan bagi semua penduduk Indonesia. Manfaat BPJS kesehatan bersifat operasional artinya menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif dalam mencapai tujuan. Dalam pelaksanaan JKN, sistem INA-CBG merupakan salah satu instrumen dalam pengajuan dan pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan ke rumah sakit. Rumah Sakit adalah suatu instansi yang memberikan dan menyediakan jasa pelayanan kesehatan (medis jangka pendek maupun medis jangka panjang). Pelayanan kesehatan adalah suatu upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan seperti pelayanan fisioterapis. Layanan fisioterapis lebih mengedepankan untuk memelihara dan meningkatkan fungsi gerak akibat terkena suatu penyakit misalnya penyakit stroke.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan hukum antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) dengan Rumah Sakit terkait dengan pembayaran pelayanan kesehatan adalah hubungan keperdataan yaitu hubungan timbal balik. Pengeklaiman biaya Rumah Sakit atas Layanan Fisioterapis Peserta yang tidak difasilitasi BPJS Kesehatan dapat diklaimkan ke Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan. Pasien memiliki hak atas pengaduan terhadap kualitas pelayanan (Pasal 32 huruf (e) UU No. 44 tahun 2009) dan pasien memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan oleh Rumah Sakit (Pasal 32 huruf (c),(d),(e) UU No. 44 Tahun 2009), mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui misi dari rumah sakit (32 (r) UU No.44 tahun 2009). Mengkesampingkan peserta PBI maupun Non-PBI, karena pasien memiliki hak dan diperlakukan yang sama dari Rumah Sakit (Pasal 32 (c) UU No.44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit). Rumah sakit memiliki kewajiban terhadap pasien/peserta BPJS Kesehatan yaitu melayani Peserta dengan baik sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan kedokteran, prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku bagi Rumah Sakit (pasal 4 angka (a) perjanjian BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit), (Pasal 29 (1) angka (a) UU No.44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit)). Peserta/pasien BPJS Kesehatan dapat pula mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan, karena BPJS Kesehatan merupakan lembaga atas penjamin Jaminan kesehatan Pesertanya (pasal 1(1) UU No.40 Tahun 2014 tentang Perasuransian)). Akibat hukum yang akan diterima BPJS Kesehatan jika tidak melaksanakan kewajiban membayar biaya atas Pelayanan Kesehatan ke Rumah Sakit adalah dapat dituntut oleh pihak Rumah Sakit dengan melalui jalur litigasi dan atau Non-litigasi. Apabila BPJS kesehatan terlambat dalam pembayaran pelayanan kesehatan ke Rumah Sakit maka BPJS Kesehatan membayar ganti rugi ke Rumah Sakit sebesar 1% dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 bulan keterlambatan.

Untuk memberikan perbaikan atas permasalahan yang penulis bahas dalam skripsi ini maka penulis memberikan saran yakni (i) Hendaknya pihak BPJS Kesehatan lebih meningkatkan pengaturan dalam manajemen keuangan, agar tidak mengalami defisit berkelanjutan hendaknya menteri kesehatan lebih tegas dalam membuat peraturan atau tidak berubah ubah sehingga tidak membingungkan masyarakat dan pihak yang memiliki dampak terhadap peraturan yang dikeluarkan oleh menteri kesehatan; (ii) Hendaknya pihak Rumah Sakit tidak mengurangi pelayanan kesehatan (layanan fisioterapis) secara keseluruhan mengingat pentingnya layanan fisioterapis bagi penderita *stroke hemoragik*. Dan lebih meningkatkan manajemen keuangan dan karyawan Rumah Sakit untuk meningkatkan mutu layanan kepada Pasien JKN-KIS; (iii) Hendaknya Menteri Keuangan segera dan sigap dalam mencairkan dana untuk program Jaminan Kesehatan yang saat ini dikelola oleh BPJS Kesehatan.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL BELAKANG	ii
HALAMAN MOTTO	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN PERSYARATAN GELAR	v
HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI	viii
HALAMAN PERNYATAAN	ix
HALAMAN UCAPAN TERIMA KASIH	x
HALAMAN RINGKASAN	xii
HALAMAN DAFTAR ISI	xiv
HALAMAN DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1. Tujuan Umum	5
1.3.2. Tujuan Khusus	5
1.4 Metode Penelitian	5
1.4.1 Tipe Penelitian	6
1.4.2 Pendekatan Masalah.....	7
1.4.3 Sumber Bahan Hukum	8
1.4.3.1 Bahan Hukum Primer	8
1.4.3.2 Bahan Hukum Sekunder	9
1.4.3.3 Bahan Non-Hukum	10
1.5 Analisis Bahan Hukum	10

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan	12
2.1.1 Pengertian BPJS Kesehatan	12
2.1.2 Kepesertaan BPJS Kesehatan	14
2.1.3 Prinsip-Prinsip BPJS Kesehatan	15
2.1.4 Manfaat BPJS Kesehatan	17
2.2 Sistem Pembayaran	18
2.2.1 Pengertian Pembayaran	18
2.2.2 Tarif <i>Indonesian Cased Based Groups</i> (INA-CBG's).....	19
2.2.3 Tujuan Sistem Pembayaran (INA-CBG's).....	20
2.3 Rumah Sakit	20
2.3.1 Pengertian Rumah Sakit	21
2.3.2 Pelayanan Kesehatan	22
BAB 3. PEMBAHASAN	28
3.1 Hubungan Hukum antara Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan Terkait dengan Pembayaran Pelayanan Kesehatan	28
3.2 Pengklaiman Biaya Rumah Sakit atas Layanan Fisioterapis Peserta yang Tidak di Fasilitas BPJS Kesehatan	35
3.3 Akibat Hukum yang diterima BPJS Kesehatan Jika Tidak Melaksanakan Kewajiban Membayar Biaya atas Pelayanan Kesehatan ke Rumah Sakit	45
BAB 4. PENUTUP	57
4.1 Kesimpulan	57
4.2 Saran	58
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

1. Perjanjian kerja sama antara BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masyarakat Indonesia memiliki status ekonomi yang berbeda dari yang memiliki keuangan yang cukup sehingga mereka dapat dengan mudah memperoleh layanan kesehatan dan yang tidak memiliki dana untuk berobat. Dari sinilah program yang dicanangkan oleh pemerintah dalam rangka menjamin kesehatan masyarakat atau saat ini dapat disebut dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) ini bermula. Menurut Pasal 1 Undang-undang Nomor 24 tahun 2011 tentang BPJS menyebutkan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan adalah sebuah badan yang dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan program Jaminan Sosial. Fasilitas yang ditawarkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah berupa terselenggaranya pemberian jaminan kesehatan yang layak bagi tiap peserta dan/atau anggotanya sebagai pemenuhan kebutuhan dasar hidup penduduk Indonesia.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) menawarkan fasilitas dan pelayanan kesehatan yang lebih lengkap dari pada asuransi kesehatan lain. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial kesehatan (BPJS Kesehatan) merupakan program jaminan kesehatan yang disokong oleh pemerintah untuk mewujudkan keluarga sehat.²

Pelayanan Kesehatan semakin nyata dengan resmi beroperasinya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada 1 Januari 2014, sebagai peralihan nama dari PT ASKES (Asuransi Kesehatan). Berawal pada tahun 2004 saat pemerintah mengeluarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan kemudian pada tahun 2011 pemerintah menetapkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) serta menunjuk PT ASKES sebagai

² Humas BPJS Kesehatan. *Sejarah Perjalanan Jaminan Sosial di Indonesia*. <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2013/4> . [Diakses pada tanggal 03 Oktober 2018]

penyelenggara program jaminan sosial di bidang kesehatan, sehingga PT ASKES berubah menjadi BPJS Kesehatan.³

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah nama suatu program dari BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan adalah suatu badan yang menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), sedangkan Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah kartu keanggotaannya. Melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang dicetuskan oleh BPJS Kesehatan, negara memastikan seluruh penduduk Indonesia terlindungi oleh jaminan kesehatan yang komprehensif, adil, dan merata. Sejatinya Pelayanan kesehatan merupakan hak setiap orang yang dijamin oleh Undang-Undang Dasar 1945 yaitu dalam Pasal 28 H ayat (1) yang menyatakan bahwa:

“Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”

Oleh sebab itu sebagai masyarakat yang berada di bidang ini wajib untuk mewujudkannya. Rumah Sakit berperan sangat besar dalam proses pelayanan kesehatan yang ada di Indonesia selain Puskesmas. Fasilitas pelayanan yang disediakan di Rumah Sakit cukup lengkap daripada fasilitas yang ada di Puskesmas. Oleh karena itu kebanyakan pasien yang memiliki penyakit yang memerlukan pelayanan lengkap dirujuk ke Rumah Sakit besar. Seperti Layanan Fisioterapis. Pasien yang ingin dirujuk ke rumah sakit pun memerlukan surat rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Sehingga Rumah sakit berperan sangat penting dalam proses pelayanan tingkat Lanjutan bagi tingkat kesembuhan peserta BPJS Kesehatan.

Pelayanan Fisioterapis adalah suatu layanan rehabilitasi medis yang ditujukan untuk pasien sebagai individu atau kelompok untuk memaksimalkan potensi gerak dan meminimalkan kesenjangan antara gerak aktual dan gerak fungsional. Layanan fisioterapis yang dimaksud disini adalah berupa rehabilitasi medik pasca terkena suatu penyakit. Seperti penyakit Stroke hemoragik. Stroke hemoragik adalah keluarnya darah dari pembuluh darah (pembulu darah pecah)

³ *Ibid.*

yang terjadi di otak.⁴ Banyak kasus stroke hemoragik membutuhkan perawatan jangka panjang, hanya 20% penderita yang dapat hidup secara independen, sedangkan 40% kasus meninggal dalam 30 hari dan sekitar separuhnya akan meninggal dalam 48 jam.⁵ Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh Rida Darotin, Nurdiana, Tina Handayani Nasution pada bulan Maret 2017 bahwa data rekam medis di Rumah Sakit Daerah (RSD) dr. Soebandi Kabupaten Jember menunjukkan prevalensi kunjungan pasien stroke hemoragik yang di rawat di Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi meningkat selama kurun waktu 2012-2016, sehingga tidak dapat dipungkiri jika pada tahun-tahun selanjutnya akan mengalami peningkatan.⁶ Apabila BPJS Kesehatan atau pihak rumah sakit membatasi atau bahkan tidak mengcover biaya layanan fisioterapis pada penyakit stroke hemoragik maka akan memburuk citra rumah sakit dan bahkan membahayakan nyawa pasien peserta BPJS Kesehatan.

Belakangan ini Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) terlambat dalam penyaluran dana ke mitra kerjanya (Rumah Sakit). Hal tersebut dikarenakan dana yang didapat dari peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) lebih sedikit dari pada masyarakat yang mengajukan klaim sakit ke rumah sakit. Hal tersebut berdampak pada keterlambatan dalam pengiriman dana Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan ke rumah sakit. Sehingga mengakibatkan beberapa dokter telat menerima gaji.⁷

Keterlambatan ini pun berakibat pada proses pelayanan kesehatan yang kurang maksimal kepada pasien. Pasalnya dana tersebut dipergunakan untuk proses operasional rumah sakit, mulai dari pembayaran dokter, pembayaran

⁴ Goetz, CG. *Neurologi Klinik*. Edisi ke-3. Philadelphia:Saunders. 2007. Hal. 96

⁵ Haynes, E., Pancioli, A., Shaw, G., & Woo, D. *Peripheral Leucocytes and Intracerebral Hemorrhage*. (Opeolu Ohio Edu). 2012. Hal. 221.

⁶ Rida Darotin, Nurdiana, Tina Handayani Nasution. *Analisis Faktor Prediktor Moralitas Stroke Hemoragik di Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember*, *NurseLine Journal*, Volume 2 Nomor 2. Malang: Universitas Brawijaya. 2017. Hal. 135.

⁷ Mela Arnani, *Viral: Surat RS Honor Dokter Telat karena BPJS belum bayar Klaim* <https://nasional.kompas.com/read/2018/09/05/16110261/viral-surat-rs-soal-honor-dokter-telat-karena-bpjs-belum-bayar-klaim>. Diakses pada tanggal 15 September 2018

karyawan rumah sakit, penebusan obat, peregenerasian peralatan Rumah Sakit dan sebagainya.

Keadaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) yang defisit berdampak pada fasilitas pelayanan kesehatan. Hal tersebut bertujuan agar mutu pelayanan tetap berjalan efisien dan semua pasien tetap mendapatkan pelayanan. Pelayanan yang dibatasi adalah berupa Pelayanan fisioterapis. Telah diuraikan diatas bahwa Pelayanan fisioterapis sangat penting bagi pasien. Dari pelayanan fisioterapis itu diketahui dapat meningkatkan perkembangan kondisi pasien. Apakah pasien tersebut sudah benar-benar sembuh ataukah belum. Hal tersebut dijadikan sebagai indikator untuk menangani pasien pada tingkat selanjutnya.

Proses pembayaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) ke Rumah Sakit menggunakan cara Pembayaran *Indonesian Case Base Groups* (INA CBG's). Di dalam pengaturannya sistem ini dicanangkan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan pada penyelenggaraan progam Jaminan Kesehatan Nasional. Namun pada praktik di lapangan pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) telat dalam pembayaran tersebut.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka Penulis mengangkat permasalahan tersebut ke dalam Tugas Akhir dengan Judul **“Tinjauan Yuridis Terhadap Hubungan Hukum Pembayaran Pelayanan Kesehatan (Layanan Fisioterapis) BPJS Kesehatan kepada Rumah Sakit”**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan Latar Belakang di atas maka dapat diambil Rumusan Masalah Sebagai berikut:

1. Apakah hubungan hukum antara Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan terkait dengan Pembayaran Pelayanan Kesehatan?
2. Bagaimana Pengeklaiman biaya Rumah Sakit atas Layanan Fisioterapis Peserta yang tidak difasilitasi BPJS Kesehatan?

3. Apakah akibat hukum yang akan diterima BPJS Kesehatan jika tidak melaksanakan kewajiban membayar biaya atas Pelayanan Kesehatan ke Rumah Sakit?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan Rumusan Masalah yang dikemukakan di atas maka tujuan penelitian ini dibedakan menjadi dua yaitu Tujuan Umum dan Tujuan Khusus.

1.3.1 Tujuan Umum

1. Untuk melengkapi dan memenuhi tugas sebagai persyaratan wajib yang memiliki sifat akademis untuk memperoleh Gelar Sarjana Hukum sebagaimana telah dicantumkan dalam kurikulum Fakultas Hukum Universitas Jember;
2. Sebagai Wadah untuk menerapkan Ilmu yang telah penulis peroleh selama masa perkuliahan yang bersifat Teoritis maupun praktik di Fakultas Hukum Universitas Jember untuk kemudian dibandingkan peristiwa dan fakta dengan yang ada di Masyarakat; dan
3. Memberikan sumbangsih berupa hasil telaahan melalui pola pikir sesuai dengan fakta yang terjadi untuk kemudian disandingkan dengan hukum positif yang sedang berlaku.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui dan menganalisis hubungan hukum antara Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan terkait dengan pembayaran pelayanan kesehatan;
2. Untuk mengetahui dan menganalisis Pengeklaiman biaya Rumah Sakit atas Layanan Fisioterapis Peserta yang tidak difasilitasi BPJS Kesehatan; dan
3. Untuk mengetahui dan menganalisis akibat hukum yang akan diterima BPJS Kesehatan jika tidak melaksanakan kewajiban membayar biaya atas Pelayanan Kesehatan ke Rumah Sakit.

1.4. Metode Penelitian

Metode adalah sebuah cara, prosedur, dan sistematika. Metode Ilmiah atau metode penelitian adalah suatu prosedur untuk memperoleh pengetahuan dari

ilmu atau ilmiah. Jadi metode penelitian adalah cara yang sistematis dalam menyusun ilmu pengetahuan.⁸ Mulai dari metode inilah proses berfikir mulai berjalan dengan cara menggunakan pikiran logika berdasarkan dalil-dalil, teori-teori, dan rumus-rumus dari beberapa cabang ilmu tertentu gunanya adalah untuk mengkaji dan menguji sebuah kebenaran atau mengadakan verifikasi dari permasalahan atau teori tentang gejala-gejala atau peristiwa alamiah, peristiwa sosial maupun peristiwa hukum tertentu.⁹ Sehingga dari metode penelitian tersebut dapat diambil data atau kesimpulan apakah permasalahan awal sebelum penelitian tersebut benar ataukah salah.

1.4.1 Tipe Penelitian

Penelitian hukum sebagai kegiatan ilmiah merupakan kegiatan ilmiah yang didasarkan pada metode, sistematika, dan pemikiran tertentu yang memiliki tujuan untuk mempelajari satu atau beberapa gejala hukum tertentu, dengan melalui jalan menganalisisnya. Penelitian hukum didasarkan pada metode artinya semua kegiatan yang meliputi persiapan penelitian, proses penelitian, dan hasil penelitian menggunakan cara-cara yang secara umum diakui dan berlaku pada ilmu pengetahuan.¹⁰

Tipe Penelitian yang digunakan dalam penulisan skripsi ini adalah yuridis normati atau *Legal research* yaitu suatu penelitian yang dilakukan dengan mengkaji kemudian menganalisis peraturan perundang-undangan atas pokok permasalahan dengan konsistensinya norma hukum dengan prinsip hukum yang ada.¹¹

⁸ Suryana. *Metodologi Penelitian: Model Praktis Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*, Buku ajar Perkuliahan, Universitas Pendidikan Indonesia. 2010. Hal. 28. Diakses pada laman https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_penelitian_1_dir/23731890cdc8189968cf15105c651573.pdf Pada Tanggal 07 Oktober 2018 pukul 23:00

⁹ Sunaryati Hartono. *Penelitian Hukum di Indonesia Pada abad 20*, edisi Pertama, Bandung: Penerbit Alumni. 1994. Hal.105

¹⁰ Abdulkadir Muhammad. *Hukum dan Penelitian Hukum*. Bandung:PT. Citra Aditya Bakti. 2004. Hal. 32

¹¹ Peter Mahmud Marzuki. *Penelitian Hukum Edisi Revisi*, Jakarta:Prena media Group. 2016. Hal. 47

Prinsip hukum yang ada ini mengacu pada prinsip keadilan. Maksudnya adalah dalam membuat sebuah peraturan haruslah melihat apakah suatu produk hukum tersebut sesuai atau tepat ditinjau dari segala sisi atau sudut.

1.4.2 Pendekatan Masalah

Pendekatan yang terpenting digunakan dalam penelitian hukum yaitu pendekatan Perundang-undangan (*Statute Approach*), Pendekatan Konseptual (*Conseptual Approach*), Pendekatan Historis (*Historis Approach*), Pendekatan Perbandingan (*Comparative Approach*).¹²

Berbeda pula dalam buku penelitian hukum yang ditulis oleh prof. Dr. Peter Mahmud Marzuki menyebutkan ada 5 macam Pendekatan yaitu pendekatan Perundang-undangan (*Statute Approach*), Pendekatan Kasus (*Cases Approach*), Pendekatan Konseptual (*Conseptual Approach*), Pendekatan Historis (*Historis Approach*), Pendekatan Perbandingan (*Comparative Approach*).¹³

Karena penelitian ini termasuk ke dalam penelitian hukum normatif, maka pendekatan yang akan penulis lakukan adalah dengan menggunakan pendekatan Konseptual (*Conseptual Approach*) dan Pendekatan Undang-Undang (*Statute Approach*).

Pendekatan Konseptual adalah pendekatan yang terjadi apabila tidak beranjak dari aturan hukum yang ada. Hal tersebut dilakukan karena memang belum ada aturan hukum atau masukan yang dihadapi, yang dirujuk adalah prinsip-prinsip hukum yang dapat diketemukan dalam pandangan para sarjana hukum atau doktrin-doktrin hukum.¹⁴ Pendekatan konseptual, penulisan skripsi ini menelaah tentang pengertian-pengertian hukum, konsep dari hubungan kerjasama beserta prinsipnya. Pendekatan konseptual ini digunakan untuk menjawab rumusan-rumusan masalah yang ada di dalam skripsi ini.

Pendekatan Undang-Undang adalah pendekatan yang dilakukan dengan menelaah semua undang-undang dan regulasi yang bersangkutan paut dengan isu

¹² Hadin Muhjad dan Nunuk Nuswardani. *Penelitian Hukum Indonesia Kontemporer*, Yogyakarta: Genta Publishing. 2012. Hal. 46-48

¹³ Peter Mahmud Marzuki, Op. Cit. Hal. 93

¹⁴ Dyah Ochtorina Susanti dan Aan Efendi, *Penelitian Hukum (Legal Research)*. Jakarta : Sinar Grafika. 2015. Hal. 115

hukum yang dipermasalahkan.¹⁵ Pendekatan undang-undang ini dilakukan dengan mempelajari keterkaitannya hubungan kerjasama antara kedua belah pihak dengan peraturan perundang-undangan yang ada dan akibat apabila salah satu pihak tidak melaksanakan sepenuhnya atau sebagian atas kewajiban yang telah diperjanjikan di dalam perjanjian tersebut.

1.4.3 Sumber Bahan Hukum

Sumber bahan hukum ini terdiri atas tiga yaitu sumber bahan hukum primer, bahan hukum sekunder dan bahan non hukum. Tujuan dari Bahan hukum ini adalah untuk memecahkan masalah, membuktikan dugaan atau permasalahan yang muncul sekaligus memberikan sebuah pendapat yang digunakan dalam penelitian.

1.4.3.1 Bahan Hukum Primer

Bahan Hukum Primer adalah bahan hukum yang memiliki sifat autoritatif artinya memiliki otoritas atau kewenangan. Bahan hukum primer yang memiliki otoritas tertinggi adalah Undang-Undang Dasar 1945. Bahan hukum primer yang selanjutnya adalah dapat berupa Undang-undang. Undang-undang merupakan kesepakatan antara pemerintah dan rakyat sehingga memiliki kekuatan hukum yang mengikat. Selain itu juga terdapat Peraturan Daerah, Peraturan Pemerintah, Peraturan Menteri, Peraturan Presiden, Peraturan Suatu Badan Atau Lembaga Negara sesuai dengan Undang-undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang pembentukan peraturan perundangan.¹⁶

Peraturan Perundang-undangan yang berkaitan dengan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;

¹⁵ *Ibid*, Hal 110.

¹⁶ Peter Mahmud Marzuki, *Op.Cit* , Hal. 141-142

3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
4. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 65 Tahun 2015 Tentang Standart pelayanan Fisioterapis,
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 Tentang pedoman *Indonesian Case Based Groups* (INA CBG's) dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.

1.4.3.2 Bahan Hukum Sekunder

Bahan Hukum Sekunder adalah bahan hukum yang diperoleh dari semua dokumentasi tentang hukum yang bukan merupakan dokumen-dokumen resmi.¹⁷

Bahan hukum sekunder yang berkaitan dengan penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Referensi, berupa buku teks yang diperoleh dari perpustakaan maupun toko offline maupun online yang berkaitan dengan permasalahan pada penelitian ini. Seperti, Buku tentang Perlindungan Hukum Kontrak Terapeutik, Neuroli Klinik, Pengantar Ilmu Hukum dalam Tanya Jawa, Etika dan Hukum Kesehatan Teori dan Aplikasinya di Indonesia, Penelitian Hukum di Indonesia pada abad 20, Penelitian Hukum edisi Revisi, Hukum dan Penelitian Hukum, Penelitian Hukum Indonesia Konteporer, Penelitian Hukum (*Legal Research*), Hukum Kontrak: Teori & Teknik Penyusunan Kontrak, Pengantar Ilmu Hukum, Hukum Perikatan, perikatan yang lahir dari Perjanjian, *Patofisiology* Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit, Buku Pegangan JKN dalam Sistem JSN, Buku paduan praktis adminitrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS Kesehatan, dan Buku Paduan praktis petunjuk teknis verifikasi klaim,

¹⁷ *Ibid*

- b. Tulisan maupun artikel, berupa Skripsi, Tesis, Jurnal hukum, dan website yang berkaitan dengan permasalahan pada penelitian ini.
- i) Jurnal; seperti, Pengaruh Tingkat Kualitas Pelayanan BPJS dan Karakteristik Pasien Terhadap Kepuasan Pasien di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama; Analisis Faktor Prediktor Moralitas Stroke Hemoragik di Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember; Hubungan Kontraktual antara Peserta dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan; Analisis Perhitungan Kapitasi pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang Bekerja Sama dengan BPJS Kesehatan KCU Kota Bogor Tahun 2015; Metodologi Penelitian: Model Praktis Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif; Jurnal: Analisis Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan Pemerataan Pelayanan Pada Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Di Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma Dan Kabupaten Kaur;
 - ii) Artikel; Seperti artikel yang diperoleh di dalam berita dan artikel yang diperoleh dari website resmi BPJS dan Rumah Sakit.

1.4.3.3 Bahan Non Hukum

Bahan non hukum adalah bahan hukum yang berfungsi untuk menunjang dalam mendukung penjelasan terhadap bahan hukum primer dan sekunder. Bahan non hukum yaitu berupa Jurnal Kesehatan, buku kesehatan, kamus dan wawancara pada pihak terkait.

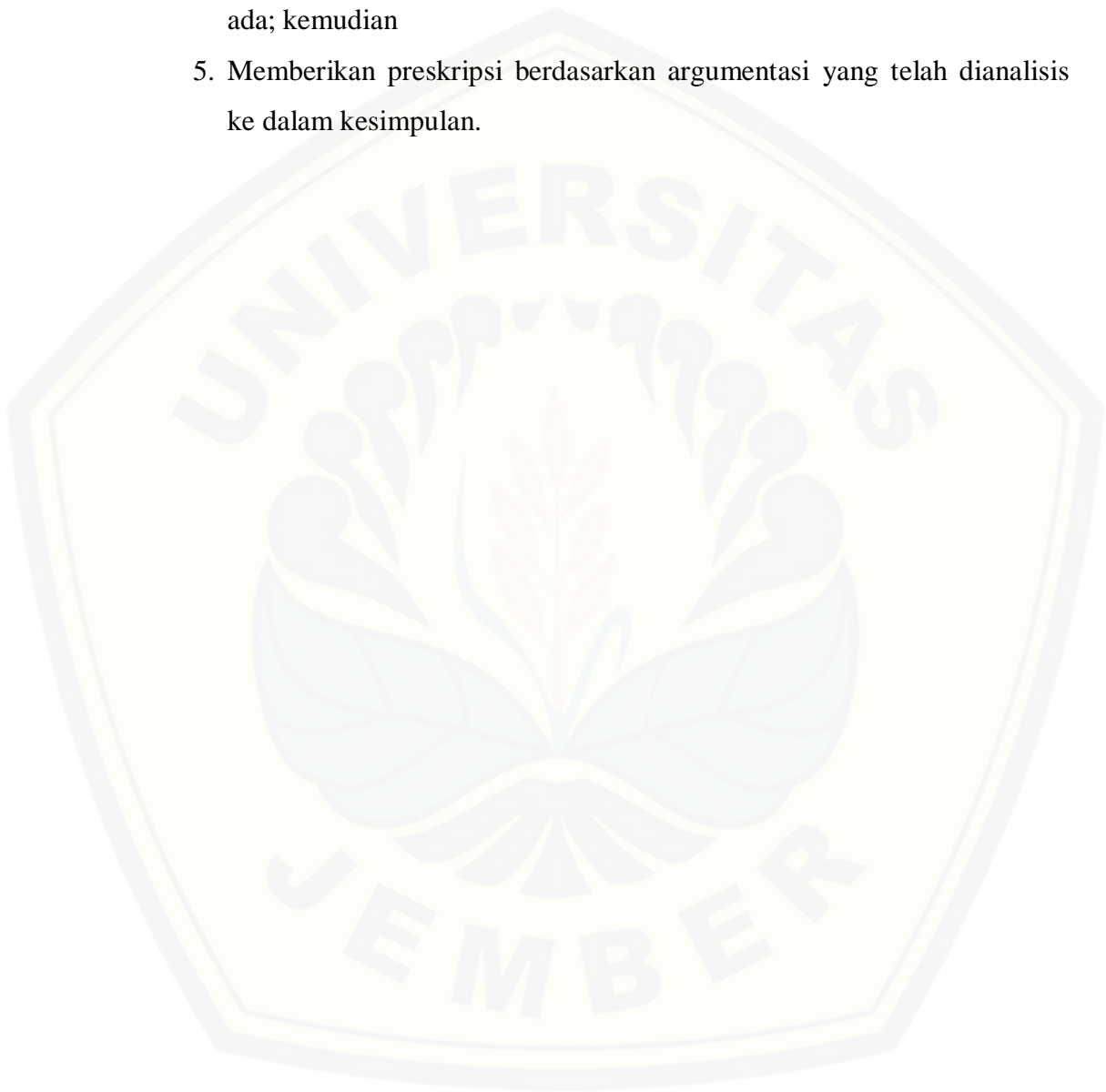
1.5 Analisa Bahan Hukum

Metode analisis bahan hukum yang penulis gunakan adalah menggunakan analisis deduktif. Analisis deduktif adalah melihat suatu permasalahan dari suatu hal yang bersifat umum menuju ke sifat khusus guna mencapai maksud yang seharusnya.¹⁸ Berikut langkah analisa bahan hukumnya;

1. Mengidentifikasi dan memilah-milah hal-hal yang tidak relevan guna menetapkan isu hukum yang akan dipecahkan;

¹⁸ Dyah Ochterina Susanti dan Aan Efendi, *Op.Cit.* 214.

2. Mengumpulkan bahan hukum dan bahan non hukum yang dipandang memiliki relevansi;
3. Menealah atas isu hukum berdasarkan bahan hukum yang ada;
4. Menarik kesimpulan atas isu hukum berdasarkan bahan hukum yang ada; kemudian
5. Memberikan preskripsi berdasarkan argumentasi yang telah dianalisis ke dalam kesimpulan.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) merupakan pengganti layanan kesehatan dari PT ASKES dan PT Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK) Keduanya adalah program Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang dikhususkan untuk pelayanan masyarakat Indonesia dalam mewujudkan keluarga sehat.¹⁹

2.1.1 Pengertian BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah lembaga sosial yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Sosial di Indonesia, sesuai yang terdapat pada Pasal 5 ayat 1 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

“Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial harus dibentuk dengan Undang-Undang.”

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.²⁰ BPJS kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan mulai beroperasi pada tanggal 1 Januari 2014.

Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 Pasal 1 menyebutkan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Sosial. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan tersebut dengan tujuan untuk memproteksi seluruh masyarakat dengan premi terjangkau

¹⁹ Humas BPJS Kesehatan. *Sejarah Perjalanan Jaminan Sosial di Indonesia*, <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/pages/detail/2013/4>. 2018. Diakses pada 09 Oktober 2018

²⁰ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Buku Pegangan: Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan. 2104. Hal. 40

dan dengan *coverage* lebih luas untuk seluruh masyarakat.²¹ BPJS Kesehatan sebagai badan yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan, bertujuan untuk mewujudkan terlaksananya pemberian jaminan, terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan atau anggota keluarganya.²²

BPJS Kesehatan dalam kaitannya untuk menjalankan tugas sebagai lembaga penyelenggara Jaminan Sosial memiliki hak dan kewajiban yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menyebutkan bahwa :

“BPJS berhak untuk: (a) memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan; dan (b) memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan.”

“BPJS berkewajiban untuk : (a) memberikan nomor identitas tunggal kepada Peserta; (b) mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta; (c) memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya; (d) memberikan Manfaat kepada seluruh Peserta sesuai dengan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional; (e) memberikan informasi kepada Peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku; (f) memberikan informasi kepada Peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya; (g) memberikan informasi kepada Peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun; (h) memberikan informasi kepada Peserta mengenai besar hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun; (i) membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuarial yang lazim dan berlaku umum; (j) melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial; dan (k) melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

²¹ BPJS. *Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial dan Asuransi Kesehatan Swasta*. [serial online] 2014. Diakses 12 Oktober 2018. Tersedia pada <https://bpjs-kesehatan.go.id> Tanggal 07 Oktober 2018.

²² Ayu Novia Kurnia dkk. *Analisis Perhitungan Kapitasi pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang Bekerja Sama dengan BPJS Kesehatan KCU Kota Bogor Tahun 2015*. Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, Volume 2 Nomor 1. Depok: Universitas Indonesia. 2015. Hal 24

2.1.2 Kebersertaan BPJS Kesehatan

Kebersertaan dalam BPJS Kesehatan adalah semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta Jaminan Kesehatan yang dikelola oleh BPJS termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran. Di dalam BPJS terdapat 2 kelompok peserta, yaitu Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan dan yang kedua adalah bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.²³ Hal tersebut dijelaskan pula di dalam pasal 2 Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.

Berdasarkan jenis kebersertaan BPJS kesehatan dibagi atas 3 kelompok yaitu BPJS Mandiri atau Individu, BPJS Pekerja Penerima Upah (PPU), BPJS Bantuan Iuran (PBI).²⁴

1. BPJS Mandiri atau Individu diperuntukkan bagi golongan pekerja bukan penerima upah (PBPU) dan juga bukan penerima dari golongan bukan pekerja (BP). Setiap warga yang termasuk ke dalam katogori ini dapat mendaftarkan diri dan anggota keluarganya (tercantum dalam Kartu Keluarga) ke BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan Mandiri atau Individu wajib membayar iuran yang ditentukan sesuan dengan Kelas-Kelasnya.²⁵
2. BPJS Kesehatan Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) merupakan BPJS yang ditanggung perusahaan yang diperuntungkan untuk setiap karyawan Swasta, PNS maupun TNI/POLRI. Kepesertaan BPJS Kesehatan PPU ini harus didaftarkan oleh perwakilan perusahaan. Premi dan iuran perbulannya dibayarkan oleh perusahaan dengan dipotongkan dari gaji karyawan setiap bulan.²⁶

²³ *Ibid*, Hal. 41

²⁴ <http://www.pasienbpjs.com/2016/11/bpjs> diakses pada tanggal 2 Desember 2018

²⁵ *Ibid*

²⁶ *Ibid*

3. BPJS Kesehatan Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) merupakan jenis kepesertaan yang diperuntungkan untuk warga yang kurang mampu, seluruh pembayaran iuran dibayarkan oleh pemerintah.²⁷

Kepesertaan pada Jaminan Kesehatan menurut pasal 2 Peraturan Pemerintah Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan menyebutkan bahwa kepesertaan terbagi menjadi dua yaitu PBI Jaminan Kesehatan dan bukan PBI Jaminan Kesehatan. Peserta PBI bukan Jaminan Kesehatan ditentukan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dibidang sosial sedangkan yang termasuk Peserta bukan PBI terdiri atas (PPU (Pekerja Penerima Upah) dan anggota keluarganya; PBPU (Pekerja Bukan Penerima Upah) dan anggota keluarganya dan BP (Bukan Pekerja) dan anggota keluarganya).

Program Jaminan Kesehatan wajib diikuti oleh seluruh penduduk di Indonesia. Kepesertaan BPJS Kesehatan dapat didaftarkan atau mendaftar pada BPJS Kesehatan dengan menentukan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang diinginkan oleh peserta.

2.1.3 Prinsip-Prinsip BPJS kesehatan

Sebagai pelaksana Jaminan Sosial Nasional BPJS Kesehatan wajib menjalankan perannya sebagai pelaksana. Prinsip-prinsip yang melekat pada BPJS Kesehatan sesuai dengan Pasal 4 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan penyelenggara Jaminan Sosial adalah kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, fortabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan Peserta.

Berikut ini adalah uraian dari beberapa prinsip dari BPJS Kesehatan yang telah disebutkan diatas.

1. Kegotongroyongan;

Gotong royong adalah bekerja bersama-sama dalam artian tolong-menolong atau bantu-membantu.²⁸ Prinsip Kegotongroyongan adalah prinsip kebersamaan

²⁷ *Ibid*

antar yang menanggung beban biaya Jaminan Sosial dengan peserta, perwujudannya adalah dengan kewajiban dari peserta untuk membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah atau penghasilannya.

2. Nirlaba;

Nirlaba adalah pengelolaan usaha yang hasil pengembangan dananya diutamakan untuk memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi seluruh peserta. Prinsip Nirlaba adalah prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan Manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh Peserta.

3. Keterbukaan;

Prinsip keterbukaan adalah prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap Peserta.

4. Kehati-hatian;

Kehati-hatian maksudnya adalah pengelolaan dana dikelola secara cermat, teliti, tertib dan aman. Prinsip Kehati-hatian adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.

5. Akuntabilitas;

Akuntabilitas adalah pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan. Prinsip yang mana pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

6. Portabilitas;

Prinsip Portabilitas adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun Peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

7. Kepesertaan bersifat wajib dan Dana amanat;

Kepesertaan dalam BPJS Kesehatan ini memiliki sifat wajib. Jadi prinsip kepesertaan bersifat wajib ini mengharuskan bagi seluruh penduduk untuk menjadi peserta jaminan sosial dengan pelaksanaannya dilakukan secara bertahap.

²⁸ <https://kbbi.kemdikbud.go.id/entri/gotong%20royong>. Diakses pada tanggal 1 Desember 2018

Prinsip dana amanat adalah prinsip yang mengartikan bahwa iuran dan hasil dari pengembangannya merupakan dana yang dititipkan oleh peserta kepada BPJS Kesehatan digunakan untuk kepentingan peserta Jaminan Sosial.

8. Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan Peserta.

2.1.4 Manfaat BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan dalam pengoperasiannya harus berpedoman pada asas kemanfaatan sesuai dengan penjelasan Pasal 2 huruf b Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan yang berisi bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menegaskan bahwa manfaat BPJS bersifat operasional artinya menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif dalam mencapai tujuan. Manfaat yang diperoleh harus sebesar-besarnya sesuai bagi para pihak yang bersangkutan. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional dalam hal pelayanan kesehatan adalah jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk Pemberian Obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan. Pelayanan yang dibatasi meliputi : kaca mata, alat bantu dengar (*hearing aid*), alat bantu gerak (tongkat penyangga, kursi roda dan korset).

Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin adalah sebagai berikut tidak sesuai prosedur, pelayanan diluar Asuransi Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, pelayanan bertujuan kosmetik, *general check up*, pengobatan alternatif, pengobatan untuk mendapatkan keturunan, pengobatan impotensi, pelayanan kesehatan pada saat bencana dan pasien bunuh diri atau penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri sendiri atau bunuh diri atau narkoba.²⁹

²⁹ Yogi Bhakti dkk. *Pengaruh Tingkat Kualitas Pelayanan BPJS dan Karakteristik Pasien Terhadap Kepuasan Pasien di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. Volume 8 Nomor 1. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada. 2018. Hal 19

2.2 Sistem Pembayaran

2.2.1 Pengertian Pembayaran

Pembayaran klaim dalam sistem jaminan kesehatan merupakan bagian terpenting dalam pengimplementasian Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016, pembayaran kesehatan di fasilitas kesehatan diperoleh dengan dilakukannya pembayaran oleh penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional atas pelayanan yang diberikan kepada peserta, tujuannya adalah untuk meningkatkan mutu, mendorong layanan yang berorientasi pasien, mendorong pelayanan berprioritas pada pasien.

Sistem pembayaran pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) menentukan bahwa pembayaran oleh BPJS Kesehatan dilakukan berdasarkan cara *Indonesian Case Based Groups* (INA CBG's) yang ditetapkan berdasarkan kelas rumah sakit, pasal 71 ayat (1) huruf b Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan. *Indonesian Case Based Groups* (INA CBG's) adalah sistem pembayaran dengan sistem paket berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Rumah Sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif yang di rata-rata biaya yang dihabiskan oleh suatu kelompok diagnosis.³⁰

Dengan menggunakan aplikasi INA-CBG's yang telah disediakan oleh departemen kesehatan yang dijelaskan lebih lanjut dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 Tentang pedoman *Indonesian Case Based Groups* (INA CBG's) dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional menyebutkan terdapat dua metode dalam pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Metode Pembayaran retrospektif metode yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien nerdasarkan pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, contohnya *fee for service* (FFS). Metode pembayaran Prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya tergantung dari layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui

³⁰ Redaktor BPJS Kesehatan. *Fokus - INA-CBGs Membuat Biaya Kesehatan Lebih efektif*. Edisi VIII. Jakarta:BPJS Kesehatan. 2014. Hal. 3

sebelum layanan kesehatan tersebut diberikan, contohnya kapitasi, *case based payment (casemix)*. Metode prospektif atau dikenal dengan *case based payment (casemix)* digunakan pada sistem INA-CBG's di Indonesia.

2.2.2 Tarif Indonesian Cased Based Groups (INA-CBG's)

Tarif *Indonesian Case Based Group's (INA-CBG's)* adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat lanjutan terhadap Paket layanan yang berlandaskan kepada pengelompokan diagnosis penyakit atau prosedur. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standart Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Progam Jaminan Kesehatan.

Tarif *Indonesian Cased Based Groups (INA-CBG's)* merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam sebuah pelayanan baik medis maupun non-medis. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 Tentang pedoman *Indonesian Case Based Groups (INA CBG's)* dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional menyebutkan bahwa:

Penghitungan dalam tarif INA-CBG's berbasis pada data *costing* dan data *coding* dari rumah sakit. Data *costing* merupakan data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit baik operasional maupun investasi yang didapatkan dari rumah sakit terpilih yang menjadi representasi rumah sakit. Sedangkan data *coding* diperoleh dari data klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Artinya, dalam menghitung tarif ini diperlukan dalam dua data yaitu data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit dan yang kedua adalah data yang diperoleh dari klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Prinsip dari Tarif *Indonesian Case Based Group's (INA-CBG's)* diberlakukan berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 adalah dengan pengelompokan Tarif berdasarkan dari perhitungan total biaya dari sejumlah rumah sakit. Berikut ini adalah kelompok tarif INA-CBG's:

- a. Tarif Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr.Cipto Mangunkusumo
- b Tarif Rumah Sakit Jantung Dan Pembuluh Darah harapan kita, rumah sakit anak dan bunda harapan kita, dan rumah sakit kanker Dharmais

- c. Tarif Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta Kelas A
 - d. Tarif Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta Kelas B
 - e. Tarif Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta Kelas C
 - f. Tarif Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta Kelas D
- jika rumah sakit belum terdaftar maka tarif nya disesuaikan dengan Rumah sakit Kelas D

Beberapa aspek yang mempengaruhi besaran biaya INA-CBG's, adalah diagnosa yang pertama atau utama, adanya diagnosa tambahan atau sekunder (penyerta (*comorbidity*) atau penyulit (*complication*)), tingkat keparahan, bentuk intervensi, dan umur pasien.

Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berlaku perbedaan pembayaran kepada Rumah Sakit Khusus untuk pelayanan yang sesuai dengan kekhususannya dan pelayanan di luar kekhususannya.

2.2.3 Tujuan Sistem Pembayaran (INA-CBG's)

Pembayaran dalam sistem *Indonesian Case Based Group's* (INA-CBG's) adalah dengan menggunakan metode pembayaran prospektif dikenal dengan *case based payment* (*casemix*). Metode ini sudah diterapkan sejak Tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Tujuan dari Sistem pembiayaan prospektif Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 adalah mengendalikan biaya kesehatan, mendorong pelayanan kesehatan tetap bermutu sesuai standar, membatasi pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan, mempermudah administrasi klaim dan mendorong provider untuk melakukan kendali biaya (*cost containment*).

2.3 Rumah Sakit

Dahulu warga masyarakat yang sakit dirawat di Rumah Sakit pribadi atau istilahnya di rawat di rumah sendiri dengan didatangkannya seorang dukun. Jadi sistem pembayarannya secara tunai oleh pasien. Berbeda dengan di negara Amerika pada zaman dahulu. Di Amerika serikat orang yang sakit di rawat di Rumah Sakit pribadi (*Private Hospital*) jadi orang yang sakit tidak dapat menuntut ganti kerugian apabila terjadi cedera karena Rumah Sakit merupakan suatu lembaga yang dilindungi oleh *Doktrin charitable community*. Untuk menegakkan Teori ini

pengadilan menggunakan berbagai teori. Teori yang pertama Teori kepercayaan (*Trust Teori*), menyatakan bahwa dana-dana yang dikelola oleh lembaga derma hanya bertujuan untuk membantu penderita. Kedua, *Implied waiver Theory* menyatakan bahwa pasien Rumah Sakit ditanggung oleh dana yang berasal dari derma sehingga pasien tersebut dianggap dengan sendirinya menanggalkan haknya untuk menuntut ganti rugi apabila terjadi kecelakaan. Ketiga, *respondeat superior theory* menyatakan atasan atau majikan bertanggung jawab atas hasil pekerjaan bawahan atau pekerja apabila pekerjaan tersebut dilakukan guna memenuhi kepentingan majikan.³¹

2.3.1 Pengertian Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah suatu badan usaha yang menyediakan pemondokan dan yang memberikan jasa pelayanan medis jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri atas tindakan observasi, diagnostik, terapeutik dan rehabilitasi untuk orang yang menderita sakit, terluka, dan untuk mereka yang melahirkan. Rumah Sakit juga merupakan sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian.³²

Undang-undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit mendefinisikan pengertian Rumah sakit di dalam Pasal 1 ayat (1) yang menyatakan bahwa:

“Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.”

Berarti Rumah Sakit adalah suatu tempat dimana tempat tersebut memiliki fungsi untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan seperti rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, serta suatu tindakan kesehatan lainnya. Rumah Sakit Kelas D Pratama adalah Rumah Sakit umum yang hanya menyediakan pelayanan

³¹ Harlord L.Hirsh dalam Muhamad Sadi Is. *Etika dan Hukum Kesehatan Teori dan Aplikasinya di Indonesia*. Jakarta: Prena media Group. 2015. Hal. 105

³² *Ibid*. Hal. 106

perawatan kelas 3 (tiga) untuk peningkatan akses bagi masyarakat dalam rangka menjamin upaya pelayanan kesehatan perorangan yang memberikan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, serta pelayanan penunjang lainnya.

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya yaitu memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Rumah sakit memiliki hak yang telah diatur oleh Undang-Undang, yaitu pada pasal 30 Undang-undang Nomor 44 Nomor 2009 yang menyebutkan bahwa :

“setiap rumah sakit memiliki hak : (a) menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit; (b) menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; (c) melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan; (d) menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; (e) menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian; (f) mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan; (g) mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan (h) mendapatkan insentif pajak bagi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit pendidikan.”

2.3.2 Pelayanan Kesehatan

Sebelum memahami definisi lebih mendalam mengenai Pelayanan Kesehatan. Perlu diketahui terlebih dahulu tentang fasilitas Kesehatan. Fasilitas Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.³³

Fasilitas Pelayanan kesehatan, menurut jenis pelayanannya terdiri atas:³⁴

1. Pelayanan kesehatan Perseorangan

Pelayanan kesehatan perseorangan ditunjukkan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perorangan dan keluarga. Upaya pelayanan

³³ Soekijo Notoatmodjo. *Etika & Hukum Kesehatan*, Jakarta:Rineka Cipta. 2010. Hal. 51

³⁴ *Ibid*

perseorangan tersebut dilaksanakan pada institusi pelayanan kesehatan yang disebut rumah sakit, klinik bersalin, praktik mandiri

2. Pelayanan kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan, menurut tingkat pelayanan meliputi:³⁵

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya (FKTP) adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.³⁶ Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) seperti puskesmas, praktik dokter, klinik pratama berfungsi sebagai *gate keeper* yaitu mengendalikan penggunaan dan rujukan peserta. Pemberi pelayanan primer bersifat komprehensif yaitu promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Peran pelayan kesehatan primer sangat menentukan pengendalian rujukan peserta, dari ketiga jenis pelayanan primer, puskesmas mempunyai fungsi melaksanakan pelayanan yang komprehensif sedangkan praktik dokter dan klinik masih hanya berfokus pada pelayanan kuratif.³⁷ Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam Pasal 2 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan kesehatan Nasional menyebutkan beberapa intansi yang masuk ke dalamnya yaitu Puskesmas atau yang setara, praktik dokter, praktik dokter gigi, klinik pratama atau yang setara dan rumah sakit kelas D pratama yang setara. Sedangkan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dapat berupa klinik pratama atau yang setara, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus

³⁵ *Ibid*

³⁶ Yandrizal, dkk. Jurnal: Analisis Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan Pemerataan Pelayanan Pada Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Di Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma Dan Kabupaten Kaur, Volume 03 Nomer 02, 2014. Hal. 109

³⁷ *Ibid*

2. Pelayanan kesehatan tingkat lanjutan

Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau subspecialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan dilakukan pada Klinik spesialis, Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan, menurut kepemilikan meliputi:³⁸

1. Milik Pemerintah
2. Milik Pemerintah daerah
3. Milik Pemerinta Swasta.

Pelayanan Kesehatan (*Health Care service*) adalah Defenisi Pelayanan kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009 (Depkes RI) yang tertuang dalam Undang-Undang Kesehatan tentang kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang meyenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Pelayanan kesehatan yang ditawarkan di Rumah Sakit terdiri atas *Trauma Center* (Ambulan 118 dan UGD), *Brain Spain* (Bedah saraf), *Medical Check Up* (USG, Rontgen, EKG, Treadmill), Tumbuh kembang anak, kebidanan, *Home care* (general medical check up, perawatan lansia (lanjut usia) atau anak berkebutuhan khusus, perawatan pasca rawat inap, dan perawatan luka atau pasca operasi, juga bisa tindakan seperti nebulizer (penguapan untuk pasien asma) dan khitan), Gigi dan Mulut, Fisioterapi, Akupuntur, Hemodialisa, Poli Gizi, Poli Umum.³⁹

Definisi tentang Fisioterapi dijelsakan lebih lanjut dalam pasal 1 angka 2 peraturan menteri Kesehatan Nomor 65 Tahun 2015 Tentang Standar pelayanan Fisioterapis

³⁸ Soekijo Notoatmodjo, *Op.Cit*, Hal 57

³⁹ <http://www.jember-klinik.co.id/layanan/> Diakses pada tanggal 08 Februari 2019

Fisioterapis adalah suatu bentuk layanan kesehatan untuk individu atau kelompok guna mengembangkan, memelihara dan memulihkan gerak dan fungsi tubuh sepanjang rentang kehidupan dengan menggunakan penanganan secara manual, peningkatan gerak, peralatan (fisik, *elektroterapeutis* dan mekanis) pelatihan fungsi dan komunikasi.

Fisioterapis adalah orang yang telah lulus pendidikan fisioterapi. Pada pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan, fisioterapi berperan dalam perawatan pasien dengan berbagai gangguan *Musuloskeletal*, *neuromuskuler*, *kardiovakulopumonol*, serta gangguan gerak dan fungsi tubuh lainnya. Seorang fisioterapis juga berperan dalam pelayanan khusus dan kompleks, serta tidak terbatas pada area rawat inap, rawat intensif, klinik tumbuh kembang anak, klinik geriatri, unit stroke, klinik olahraga dan atau rehabilitasi.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 65 Tahun 2015 Tentang Standart pelayanan Fisioterapis, terdapat suatu perbedaan Pelayanan fisioterapis di Rumah Sakit yaitu rumah sakit Umum dan di Rumah Sakit Khusus. Pelayanan Kesehatan di Rumah sakit Umum sesuai dengan penyakitnya memberikan pelayanan kesehatan kepada individu untuk semua jenis gangguan gerak dan fungsi tubuh secara paripurna melalui suatu pendekatan yaitu pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Sedangkan Pelayanan Kesehatan di rumah sakit khusus memeberikan pelayanan kesehatan gangguan gerak dan fungsi tubuh tertentu sesuai dengan kekhususan dari Rumah sakit tersebut. Lebih lanjut dijelaskan dalam perauran yang sama, pelayanan fisioterapi berfokus pada pasien yang dapat ditangani secara langsung, rujukan tenaga kesehatan yang lain maupun sesama fisioterapi. Alur Rujukan fisioterapi ke fasilitas kesehatan atau rumah sakit lain dengan disertai surat keterangan atau catatan klinis fisioterapi pasien yang ditandatangani oleh fisioterapis yang bersangkutan. Layanan fisioterapis untuk rawat jalan dapat melakukan pendaftaran secara langsung maupun melalui rujukan, kemudian pasien diarahkan sesuai dengan indikasi yang dideritanya. Layanan fisioterapis untuk Rawat Inap dimulai sejak Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) memberikan surat rujukan secara tertulis kepada bagian fisioterapi untuk selanjutnya diregistrasi dan ditindaklanjuti.

Kisaran biaya yang dikeluarkan untuk menyembuhkan penyakit *stroke* adalah antara Rp.100.000,00 sampai dengan Rp.400.000,00.⁴⁰ Namun akan berbeda ditiap Rumah Sakit. *Indonesian Case Based Groups* (INA CBG's) sebagai sistem pembayaran pada BPJS Kesehatan memberikan standart tersendiri dalam pembayaran fisioterapi melalui Rumah Sakit.

Stroke adalah kondisi medis gawat darurat yang terjadi karena aliran darah ke otak terputus. Penyakit *Stroke* diklasifikasikan menjadi dua, yaitu *stroke iskemik* dan *stroke hemoragik*. Sekitar 80-85% merupakan *stroke iskemik* dan sisanya adalah *stroke hemoragik*.⁴¹ *Stroke Iskemik* adalah jenis *stroke* yang terjadi ketika pembuluh darah yang menyuplai ke otak membeku. Sedangkan *stroke hemoragik* adalah jenis *stroke* yang terjadi karena pembuluh darah mengalami kebocoran atau pecah, kematian atau koma panjang akan terjadi apabila pendarahan berlanjut.⁴² Oleh sebab penanganan penderita *stroke* hendaknya dilakukan secara komprehensif oleh suatu tim, diantaranya fisioterapi yang akan memberikan penanganan untuk menormalkan kembali gerak dan fungsi pada penderita *stroke*.

Dalam proses pelaksanaan pelayanan kesehatan dirumah sakit, diperlukan seorang tenaga kesehatan yang kompeten dalam bidangnya. Tenaga kesehatan tersebut tergabung dalam sebuah asosiasi fasilitas kesehatan. Berikut ini adalah macam-macam Asosiasi Fasilitas Kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/252/2016 tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan, adalah:

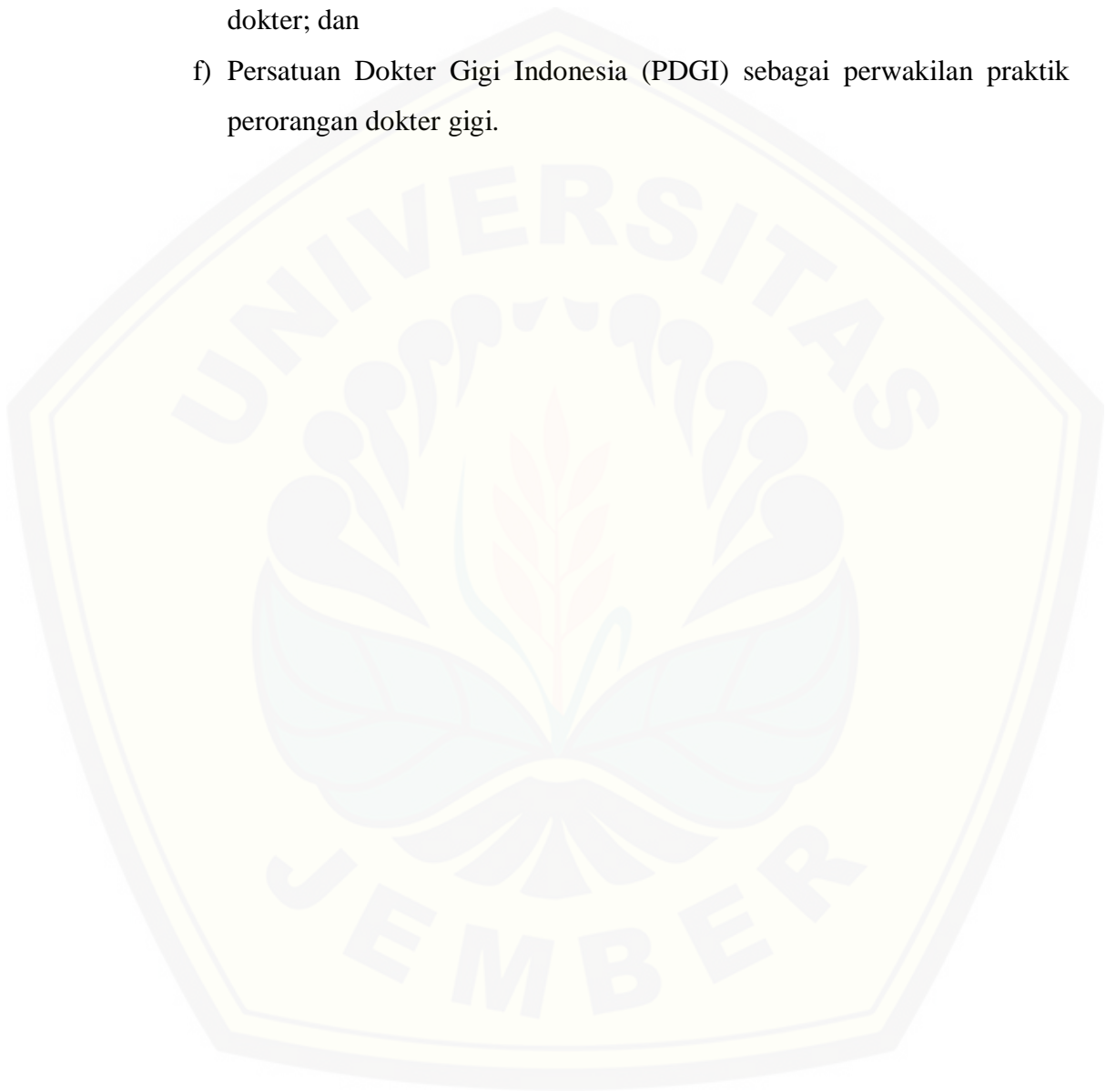
- a) Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) sebagai perwakilan asosiasi rumah sakit;
- b) Asosiasi Dinas Kesehatan Seluruh Indonesia (ADINKES) sebagai perwakilan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan praktik perorangan bidan;

⁴⁰ <https://medikaplaza.co.id/berapa-biaya-fisioterapi-apakah-mahal>. Diakses pada tanggal 5 Desember 2018

⁴¹ Price S A, Wilson L M. *Patofisiology Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Jakarta: EGC. 2005. Hal. 1111: 1118.

⁴² <https://hellosehat.com/pusat-kesehatan/stroke-2/beda-gejala-stroke-hemoragik-dan-iskemik/amp> Diakses pada tanggal 5 Desember 2018.

- c) Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) sebagai perwakilan klinik;
- d) Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia (PKFI) sebagai perwakilan klinik;
- e) Ikatan Dokter Indonesia (IDI) sebagai perwakilan praktik perorangan dokter; dan
- f) Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) sebagai perwakilan praktik perorangan dokter gigi.



BAB 4. PENUTUP

4.1 Kesimpulan

1. Hubungan hukum antara Rumah Sakit dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) terkait dengan pembayaran pelayanan kesehatan adalah hubungan keperdataan yaitu hubungan timbal balik antara pihak satu dengan pihak dua. Sehingga hubungan hukum tersebut apabila terjadi permasalahan harus diselesaikan sesuai dengan isi kontrak. Perjanjian timbal balik tersebut terdapat hak serta kewajiban fasilitas kesehatan dan BPJS yang mengikat kedua belah pihak sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional dan berdasarkan kepada Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.
2. Pengeklaiman biaya Rumah Sakit atas Layanan Fisioterapis Peserta yang tidak difasilitasi BPJS Kesehatan dapat diklaimkan ke Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan. Pasien memiliki hak atas pengaduan terhadap kualitas pelayanan (Pasal 32 huruf (e) UU No. 44 tahun 2009) dan pasien memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan oleh Rumah Sakit (Pasal 32 huruf (c),(d),(e) UU No. 44 Tahun 2009), mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui misi dari rumah sakit (32 (r) UU No.44 tahun 2009). Mengkesampingkan peserta PBI maupun Non-PBI, karena pasien memiliki hak dan diperlakukan yang sama dari Rumah Sakit (Pasal 32 (c) UU No.44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit). Rumah sakit memiliki kewajiban terhadap pasien/peserta BPJS Kesehatan yaitu melayani Peserta dengan baik sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan kedokteran, prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku bagi Rumah Sakit (pasal 4 angka (a) perjanjian BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit), (Pasal 29 (1) angka (a) UU No.44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit)). Peserta/pasien BPJS Kesehatan dapat pula mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan, karena BPJS Kesehatan merupakan lembaga

atas penjamin Jaminan kesehatan Pesertanya (pasal 1(1) UU No.40 Tahun 2014 tentang Perasuransian)).

3. Akibat Hukum yang diterima BPJS Kesehatan Jika Tidak Melaksanakan Kewajiban Membayar Biaya atas Pelayanan Kesehatan ke Rumah Sakit adalah dapat dituntut oleh pihak Rumah Sakit dengan melalui jalur litigasi dan atau Non-litigasi. Apabila BPJS kesehatan terlambat dalam pembayaran pelayanan kesehatan ke Rumah Sakit maka BPJS Kesehatan membayar ganti rugi ke Rumah Sakit sebesar 1% dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 bulan keterlambatan.

4.2 Saran

1. Hendaknya pihak **BPJS Kesehatan** lebih meningkatkan pengaturan dalam manajemen keuangan, agar tidak mengalami defisit berkelanjutan, sehingga mengakibatkan berbagai pihak mengalami kerugian dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Dan hendaknya **Menteri Kesehatan** lebih tegas dalam membuat peraturan sehingga tidak membingungkan masyarakat dan pihak yang memiliki dampak terhadap peraturan yang dikeluarkan oleh menteri kesehatan.
2. Hendaknya pihak **Rumah Sakit** tidak mengurangi pelayanan kesehatan (layanan fisioterapis) secara keseluruhan mengingat pentingnya layanan fisioterapis bagi penderita stroke hemoragik. Dan lebih meningkatkan manajemen keuangan dan karyawan Rumah Sakit untuk meningkatkan mutu layanan kepada Pasien JKN-KIS.
3. Hendaknya **Menteri Keuangan** segera dan sigap dalam mencairkan dana untuk program Jaminan Kesehatan yang saat ini dikelola oleh BPJS Kesehatan, sehingga pihak yang berkerjasama dengan BPJS Kesehatan tidak mengalami kerugian (keterlambatan dalam pembayaran karyawan rumah sakit, dokter, alat kesehatan, dan persediaan obat di rumah sakit)

DAFTAR PUSTAKA

Buku-buku

- Abdulkadir Muhammad. 2004. Hukum dan Penelitian Hukum, Bandung:PT Citra Aditya Bakti.
- Alauddin. 2016. Perlindungan Hukum Kontrak Terapeutik. Yogyakarta : Genta Publishing.
- BPJS Kesehatan. 2014. Buku paduan praktis adminitrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS Kesehatan, Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Dyah Ochterina Susanti dan Aan Efendi, 2015, Penelitian Hukum (*Legal Research*). Jakarta : Sinar Grafika
- Frans Hendra Winarta. 2011. Hukum Penyelesaian Sengketa-Arbitrase Nasional Indonesia & Internasional, Jakarta:Sinar Grafika Offset.
- Goetz, CG., 2007. Neurologi Klinik, Edisi ke-3, Philadelphia:Saunders.
- Hadin Muhjad dan Nunuk Nuswardani. 2012. Penelitian Hukum Indonesia Konteporer, Yogyakarta:Genta Publishing.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. Buku Pegangan Sosilaisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional, Jakarta:Kementrian Kesehatan.
- Muhamad Sadi Is. 2015. Etika dan Hukum Kesehatan Teori dan Aplikasinya di Indonesia, Jakarta: Prenamedia Group.
- Peter Mahmud Marzuki. 2016. Penelitian Hukum Edisi Revisi, Jakarta: Prenamedia Group.
- Price S A, Wilson L M., 2005. *Patofisiology* Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Jakarta: EGC.
- Ridwan Halim. 2005. Pengantar Ilmu Hukum dalam tanya Jawab Edisi Kedua. Jakarta:Ghalia Indonesia.
- Rhonda Byrne. 2008. The Secret, Terjemahan Susi Purwoko, Jakarta: PT Gramedia.
- R.Subekti. 1992. Arbitrase Perdagangan, cetakan kedua, Jakarta:Binacipta,
- Salim H.S. 2002. Hukum Kontrak: Teori & Teknik Penyusunan Kontrak. Jakarta: Sinar Grafika.

Satrio. 1995. .Hukum Perikatan, perikatan yang lahir dari Perjanjian. Cetakan 1. Bandung: PT Citra Aditya Bakti.

Soekijo Notoatmodjo. 2010. Etika & Hukum Kesehatan, Jakarta:Rineka Cipta.

Soeroso. 2011. Pengantar Ilmu Hukum. Jakarta:Sinar Grafika.

Sunaryati Hartono. 1994. Penelitian Hukum di Indonesia Pada abad 20, edisi Pertama, Bandung:Penerbit Alumni.

Sri Setianingsih Suwardi. 2006. Penyelesaian Sengketa Internasional, cetakan I, Bandung: UI Press

Undang-Undang dan Peraturan

Republik Indonesia, Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);

Republik Indonesia, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Republik Indonesia, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit

Republik Indononesia, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);

Republik Indononesia, Undang-undang Nomor 40 tahun 2014 Tentang perasuransian

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 Tentang pedoman *Indonesian Case Based Groups* (INA CBG's) dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional;

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggara Progam Jaminan Kesehatan;

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/252/2016 Tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan

Jurnal

Ayu Novia dkk. 2015. *Analisis Perhitungan Kapitasi pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang Bekerja Sama dengan BPJS Kesehatan KCU Kota Bogor Tahun 2015*, JURNAL EKONOMI KESEHATAN INDONESIA, Volume 2 Nomor 1, (Depok:Universitas Indonesia)

Manuasa Saragi, 2014, Litigasi dan Non Litigasi Untuk Penyelesaian Sengketa Bisnis dalam Rangka Pengembangan Investasi di Investasi di Indonesia, Jurnal Legal Science, Volume 1 Nomor 2.

Rahmat Hidayat Suadu,. 2015. Hubungan Kontraktual antara Peserta dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, Volume III, Nomor 10.

Rida Darotin, Nurdiana, dan Tina Handayani Nasution, 2017, Analisis Faktor Prediktor Moralitas Stroke Hemoragik di Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember, NurseLine Journal, Vol.2 No. 2 (Malang: Universitas Brawijaya).

Ros Angesti Anas Kapindha, Salvatia Dwi M, and Winda Rizky Febrina, 2014, Efektivitas dan Efisiensi Alternative Dispute Resolution (ADR) Sebagai Salah Satu Penyelesaian Sengketa Bisnis Di Indonesia, Privat Law 1 2, Nomor 4.

Slamet Suhartono, 2011, Penggunaan Alternatif Dispute Resolution dalam Penyelesaian Sengketa antara Masyarakat dengan Pemerintah, Jurnal Ilmu Hukum, Volume 7 Nomor 14.

Suryana, 2010, *Metodologi Penelitian: Model Praktis Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*, Buku ajar Perkuliahan, Universitas Pendidikan Indonesia, halaman 28. Diakses pada laman https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_penelitian_1_dir/23731890cdc8189968cf15105c651573.pdf Pada Tanggal 07 Oktober 2018 pukul 23:00

Yandrizal, dkk, 2014, “Jurnal: *Analisis Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan Pemerataan Pelayanan Pada Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Di Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma Dan Kabupaten Kaur*”, Vol. 03 No. 02, (Yogyakarta:Universitas Gajah Mada)

Yogi Bhakti, dkk, 2018, *Pengaruh Tingkat Kualitas Pelayanan BPJS dan Karakteristik Pasien Terhadap Kepuasan Pasien di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. Volume 8 No.1, (Yogyakarta: Universitas Gajah Mada)

Sumber-sumber lain

BPJS. Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial dan Asuransi Kesehatan Swasta. [serial online] 2014. [akses 12 Oktober 2018]. Tersedia pada <https://bpjs-kesehatan.go.id/> . Diakses pada tanggal 03 Oktober 2018.

Mela Arnani, “*Viral, Surat RS Honor Dokter Telat karena BPJS belum bayar Klaim*” . <https://nasional.kompas.com/read/2018/09/05/16110261/viral-surat-rs-soal-honor-dokter-telat-karena-bpjs-belum-bayar-klaim>. Diakses pada tanggal 15 September 2018

Humas BPJS Kesehatan. *Sejarah Perjalanan Jaminan Sosial di Indonesia*. <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2013/4> . Diakses pada tanggal 03 Oktober 2018.

<https://hellosehat.com/pusat-kesehatan/stroke-2/beda-gejala-stroke-hemoragik-dan-iskemik/amp> Diakses pada tanggal 5 Desember 2018.

<https://medikaplaza.co.id/berapa-biaya-fisioterapi-apakah-mahal> Diakses pada tanggal 5 Desember 2018

<http://jabarekspres.com/2018/186-rs-hentikan-layanan-fisioterapi/> Diakses pada tanggal 10 Februari 2019.

<http://jabar.tribunnews.com/2018/09/17/apa-benar-bpjsk-hilangkan-layanan-operasi-katarak-fisioterapi-dan-gawat-darurat-di-rs?page=2> Diakses pada tanggal 11 Februari 2019

<https://radarjembe.jawapos.com/read/2018/07/31/91410/rsd-dr-soebandi-tetap-layani-fisioterapi> Diakses pada tanggal 06 Oktober 2018

<http://www.jember-klinik.co.id/layanan/7.rsp> Diakses pada tanggal 11 Februari 2019

<https://www.viva.co.id/berita/nasional/1075722-bpjs-kesehatan-beberkan-biang-keladi-defisit-anggaran> diakses pada tanggal 11 Februari 2019

<http://www.jember-klinik.co.id/layanan/> Diakses pada tanggal 08 Februari 2019

Redaktor BPJS Kesehatan, 2014, Fokus - INA-CBGs Membuat Biaya Kesehatan Lebih efektif, Edisi VIII, Jakarta:BPJS Kesehatan

Wawancara Pribadi

Anggun, Staff Legal BPJS Kesehatan Cabang Jember, Wawancara Pribadi, pada tanggal 08 Februari 2019

LAMPIRAN 1

**PERJANJIAN KERJA SAMA
ANTARA
BPJS KESEHATAN CABANG [REDACTED]
DENGAN
RUMAH SAKIT [REDACTED]
TENTANG
PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN
BAGI PESERTA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN**

Nomor : [REDACTED]
Nomor : [REDACTED]

Perjanjian Kerja sama ini yang selanjutnya disebut Perjanjian, dibuat dan ditandatangani di [REDACTED], pada hari [REDACTED] tanggal [REDACTED] Bulan [REDACTED] tahun [REDACTED], oleh dan antara :

- I. [REDACTED] selaku Kepala BPJS Kesehatan Cabang [REDACTED] yang berkedudukan dan berkantor di [REDACTED], dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Keputusan Direksi [REDACTED] Nomor : [REDACTED] tanggal [REDACTED] karenanya sah bertindak untuk dan atas nama serta mewakili [REDACTED], selanjutnya disebut “ **PIHAK PERTAMA**”;
- II. [REDACTED], selaku [REDACTED] berdasarkan [REDACTED] Akta Nomor [REDACTED] tanggal [REDACTED] yang dibuat oleh [REDACTED] yang berkedudukan dan berkantor di [REDACTED], dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut., karenanya sah bertindak untuk dan atas nama serta mewakili [REDACTED], selanjutnya disebut “**PIHAK KEDUA**”.

Selanjutnya **PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA** yang secara bersama-sama disebut **PARA PIHAK** dan masing-masing disebut **PIHAK** sepakat untuk menandatangani Perjanjian dengan syarat dan ketentuan sebagai berikut :

PASAL 1
DEFINISI DAN PENGERTIAN

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

1. 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 atau iurannya dibayar oleh pemerintah;
2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan;
3. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran;
4. Identitas Peserta adalah nomor identitas Peserta BPJS Kesehatan yang diberikan kepada setiap Peserta sebagai bukti yang sah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku.
5. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya.
6. Fasilitas Kesehatan yang selanjutnya disingkat Faskes adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.
7. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKRTL adalah fasilitas kesehatan yang meliputi klinik utama atau yang setara, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.
8. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
9. Klinik utama adalah Klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik spesialistik atau pelayanan medik dasar dan spesialistik.
10. Asosiasi Fasilitas Kesehatan adalah Asosiasi fasilitas kesehatan sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 455/MENKES/SK/XI/2013 tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan yang akan melakukan negosiasi dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dalam rangka Sistem Jaminan Sosial Nasional.
11. Alat Kesehatan adalah instrumen, apparatus, mesin, dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosa, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan pada manusia dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.
12. Formularium Nasional adalah daftar obat yang disusun oleh komite nasional yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, didasarkan pada bukti ilmiah mutakhir berkhasiat, aman, dan dengan harga yang terjangkau yang

disediakan serta digunakan sebagai acuan penggunaan obat dalam jaminan kesehatan nasional.

13. Bulan Pelayanan adalah bulan dimana **PIHAK KEDUA** memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta;
14. Tarif *Indonesian - Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBGs adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur.
15. Kelas Perawatan adalah fasilitas Rawat Inap yang menjadi hak Peserta sesuai syarat dan ketentuan yang berlaku dalam Perjanjian ini;
16. Verifikasi adalah kegiatan menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh Faskes;
17. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

PASAL 2 MAKSUD DAN TUJUAN

PARA PIHAK sepakat untuk melakukan kerja sama dalam penyediaan layanan kesehatan bagi Peserta dengan syarat dan ketentuan yang diatur dalam Perjanjian ini.

PASAL 3 RUANG LINGKUP DAN PROSEDUR

- (1) Ruang lingkup perjanjian ini meliputi pemberian Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan berupa upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang terdiri dari rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
- (2) Sarana Tempat Tidur Rawat Inap yang dimiliki oleh **PIHAK KEDUA** merupakan bagian dari fasilitas pelayanan kesehatan yang termasuk di dalam lingkup Perjanjian yang digunakan bagi Peserta dalam rangka mendapatkan layanan kesehatan rawat inap sesuai hak kelas perawatannya.
- (3) Uraian Ruang lingkup dan Prosedur Pelayanan Kesehatan bagi Peserta adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran I Perjanjian ini.

PASAL 4 HAK DAN KEWAJIBAN PARA PIHAK

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

1. Hak **PIHAK PERTAMA**

- a. Melakukan evaluasi dan penilaian atas pelayanan kesehatan yang diberikan **PIHAK KEDUA**;
- b. Mendapatkan data dan informasi tentang Sumber Daya Manusia dan sarana prasarana **PIHAK KEDUA** termasuk ketersediaan jumlah Tempat Tidur Rawat Inap baik ruang perawatan biasa dan ruang perawatan khusus;
- c. Mendapatkan informasi tentang pelayanan kepada peserta (termasuk melihat rekam medis) yang dianggap perlu oleh **PIHAK PERTAMA**;
- d. Memberikan teguran dan atau peringatan tertulis kepada **PIHAK KEDUA** dalam hal terjadinya penyimpangan terhadap pelaksanaan kewajiban **PIHAK KEDUA** dalam Perjanjian ini;
- e. Meninjau kembali Perjanjian ini apabila **PIHAK KEDUA** tidak memberikan tanggapan terhadap peringatan tertulis ditembuskan ke PERSI Daerah;
- f. Mengakhiri Perjanjian (tidak melanjutkan kerja sama) apabila **PIHAK KEDUA** tidak lulus tahap evaluasi dan penilaian atas kesiapan dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi Peserta sesuai ketentuan perundang-undangan;
- g. Melakukan verifikasi kembali terhadap klaim yang telah dibayarkan kepada **PIHAK KEDUA** dalam hal adanya indikasi dugaan *incorrect claim* (ketidak sesuaian klaim) atau *fraud*.
- h. Mendapatkan jaminan perlindungan terhadap keamanan, kesehatan, dan keselamatan peserta, petugas dan pengunjung di lingkungan Rumah Sakit **PIHAK KEDUA** sesuai ketentuan perundang-undangan.

2. Kewajiban **PIHAK PERTAMA** :

- a. Menyediakan dan memberikan informasi tentang kepesertaan, ruang lingkup, pembayaran, prosedur pelayanan kesehatan dan mekanisme kerja sama pada **PIHAK KEDUA**;
- b. Membayar biaya atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh **PIHAK KEDUA** kepada Peserta, paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap sesuai tagihan yang diajukan berdasarkan ketentuan dan prosedur;
- c. Melaksanakan proses evaluasi dan penilaian secara berkala atas kesiapan **PIHAK KEDUA** sebagai Faskes rujukan tingkat lanjutan dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan kepada Peserta;
- d. Bersama-sama **PIHAK KEDUA**, melakukan sosialisasi prosedur pelayanan, tata cara pengajuan klaim, kepada pihak yang berkepentingan;
- e. Menyimpan rahasia informasi pasien yang digunakan untuk proses pembayaran klaim;

3. Hak **PIHAK KEDUA**

- a. Memperoleh informasi tentang kepesertaan, ruang lingkup, pembayaran, prosedur pelayanan kesehatan dan mekanisme kerja sama;
- b. Menerima pembayaran atas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada Peserta sesuai dengan ketentuan dan prosedur;

- c. Memperoleh informasi dan aplikasi (*software*) terkait dengan sistem informasi manajemen pelayanan yang berlaku dalam rangka tata kelola administrasi;
 - d. Melakukan verifikasi kembali bersama-sama dengan **PIHAK PERTAMA** terhadap klaim yang telah dibayarkan oleh **PIHAK PERTAMA** dalam hal adanya indikasi dugaan *incorrect claim* (ketidak sesuaian klaim) atau *fraud*.
4. Kewajiban **PIHAK KEDUA**
- a. Melayani Peserta dengan baik sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan kedokteran, prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku bagi Rumah Sakit;
 - b. Menyediakan perangkat keras (*hardware*) dan jaringan komunikasi data;
 - c. Menyediakan data dan informasi tentang Sumber Daya Manusia dan sarana prasarana **PIHAK KEDUA** dan informasi lain tentang pelayanan kepada peserta. Termasuk di dalamnya adalah melihat rekam medis yang dianggap perlu oleh **PIHAK PERTAMA**;
 - d. Menyediakan data dan informasi tentang sarana prasarana **PIHAK KEDUA** termasuk ketersediaan jumlah Tempat Tidur Rawat Inap baik Perawatan Biasa (Umum) dan Perawatan Khusus (*Intensive*);
 - e. Menyediakan petugas sebagai tenaga informasi dan penanganan keluhan terkait dengan pelayanan **PIHAK KEDUA**;
 - f. Menyediakan petugas yang bertanggung jawab untuk melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan entry data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP;
 - g. Menyediakan petugas sebagai tenaga *entry data* klaim/*coder* untuk penagihan klaim pelayanan kesehatan peserta;
 - h. Mengajukan tagihan secara kolektif atas biaya pelayanan kesehatan Peserta secara teratur dan tertib kepada **PIHAK PERTAMA**;
 - i. Menggunakan Sistem Informasi Manajemen BPJS Kesehatan yang berlaku dalam rangka tata kelola administrasi;
 - j. Bersedia mengembalikan kelebihan pembayaran kepada **PIHAK PERTAMA** apabila terbukti terdapat kelebihan pembayaran atas dugaan *incorrect claim* (ketidak sesuaian klaim) atau *fraud*.
 - k. Memberikan jaminan perlindungan terhadap keamanan, kesehatan, dan keselamatan peserta, petugas dan pengunjung di lingkungan Rumah Sakit **PIHAK KEDUA** sesuai ketentuan perundang-undangan.

PASAL 5

KERAHASIAAN INFORMASI

Para Pihak dilarang, tanpa persetujuan tertulis dari Pihak lainnya untuk memberitahukan, membuka atau memberikan informasi, keterangan atau hal yang sejenisnya yang menyangkut isi atau yang berhubungan dengan Perjanjian ini, selama berlakunya dan sesudah berakhirnya Perjanjian ini, kepada pihak ketiga lainnya baik yang berupa badan hukum, perorangan, kecuali :

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

PASAL 6 KELAS / KAMAR PERAWATAN

- (1) Dalam hal Peserta harus menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit **PIHAK KEDUA**, maka **PIHAK PERTAMA** menjamin Peserta atas kelas/kamar perawatan yang ditentukan sebagai berikut:
 - a. Hak Kelas Perawatan
 - 1) ruang perawatan kelas III bagi:
 - a) Peserta PBI Jaminan Kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah; dan
 - b) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.
 - 2) ruang perawatan kelas II bagi:
 - a) Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 - b) Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 - c) Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 - d) Peserta Pekerja Penerima Upah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan Gaji atau Upah sampai dengan 1,5 (satu koma lima) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya; dan
 - e) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.
 - 3) ruang perawatan kelas I bagi:
 - a) Pejabat Negara dan anggota keluarganya;
 - b) Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun pegawai negeri sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;

- c) Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
 - d) Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
 - e) Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya;
 - f) janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan;
 - g) Peserta Pekerja Penerima Upah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan Gaji atau Upah di atas 1,5 (satu koma lima) sampai dengan 2 (dua) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya; dan
 - h) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.
- (2) Hak Peserta atas kelas/ kamar perawatan adalah sesuai dengan kelas/ kamar perawatan yang menjadi haknya.
- (3) Peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari pada haknya, dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh **PIHAK PERTAMA** dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan.
- (4) Untuk Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan tidak diperkenankan memilih kelas yang lebih tinggi dari haknya.
- (5) Untuk pasien yang melakukan pindah kelas perawatan atas permintaan sendiri dalam satu episode perawatan hanya diperbolehkan untuk satu kali pindah kelas perawatan.
- (6) Bagi pasien yang meningkatkan kelas perawatan :
- a. Sampai dengan kelas I, maka diberlakukan urun biaya selisih tarif INA-CBGs kelas ruang perawatan yang dipilih dengan tarif INA-CBGs yang menjadi haknya.
 - b. Jika naik ke kelas perawatan VIP, maka diberlakukan urun biaya sebesar selisih tarif VIP lokal dengan tarif INA-CBGs kelas perawatan yang menjadi haknya.
- (7) Dalam hal ruang rawat inap yang menjadi hak peserta penuh, peserta dapat dirawat di kelas perawatan satu tingkat lebih tinggi paling lama 3 (tiga) hari. Selanjutnya dikembalikan ke ruang perawatan yang menjadi haknya. Bila masih belum ada ruangan sesuai haknya, maka **PIHAK KEDUA**

menawarkan kepada peserta untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan lain yang setara atau selisih biaya tersebut menjadi tanggung jawab **PIHAK KEDUA**.

- (8) Apabila kelas sesuai hak peserta penuh dan kelas satu tingkat di atasnya penuh, peserta dapat dirawat di kelas satu tingkat lebih rendah paling lama 3 (tiga) hari dan kemudian dikembalikan ke kelas perawatan sesuai dengan haknya. Apabila perawatan di kelas yang lebih rendah dari haknya lebih dari 3 (tiga) hari, maka **PIHAK PERTAMA** membayar kepada **PIHAK KEDUA** sesuai dengan kelas dimana pasien dirawat.
- (9) Apabila ruang rawat inap yang menjadi hak peserta penuh maka **PIHAK KEDUA** membuat lembar pernyataan ruang rawat inap penuh yang ditandatangani minimal oleh Kepala Ruangan.
- (10) Bila semua kelas perawatan di rumah sakit tersebut penuh maka **PIHAK KEDUA** menawarkan untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan yang setara dengan difasilitasi oleh **PIHAK KEDUA** dan berkoordinasi dengan **PIHAK PERTAMA**.
- (11) **PIHAK KEDUA** wajib memberitahukan kepada Peserta konsekuensi yang timbul dari hal berkehendak mengambil kelas/kamar perawatan di atas haknya dan meminta kepada Peserta untuk menandatangani surat pernyataan bersedia membayar selisih biaya yang timbul.
- (12) Dalam hal Peserta JKN (kecuali peserta PBI) menginginkan kenaikan kelas perawatan atas permintaan sendiri, Peserta atau anggota keluarga harus menandatangani **surat pernyataan tertulis** dan selisih biaya menjadi tanggung jawab peserta.

PASAL 7 TARIF PELAYANAN KESEHATAN

- (1) Tarif pelayanan kesehatan di FKRTL ditetapkan berdasarkan hasil kesepakatan regionalisasi tingkat propinsi antara **PIHAK PERTAMA** dengan perwakilan Asosiasi Fasilitas Kesehatan di setiap Propinsi dengan mengacu pada standar tarif INA-CBG's yang ditetapkan oleh Menteri.
- (2) Tarif INA-CBGs merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis.
- (3) Tarif pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang dilakukan **PIHAK KEDUA** diberlakukan tarif INA-CBGs berdasarkan kelas sesuai kelas rumah sakit.
- (4) Apabila pada pertengahan masa berlakunya Perjanjian ini **PIHAK KEDUA** mendapatkan kenaikan penetapan kelas/ dalam proses kenaikan penetapan kelas maka **PIHAK PERTAMA** akan melakukan rekredensialing terhadap

memenuhi kriteria pelayanan kesehatan, SDM, peralatan, bangunan dan prasarana sesuai yang dipersyaratkan berdasarkan Peraturan yang berlaku.

- (5) Dalam hal terdapat adanya ketidaksesuaian pemenuhan kriteria sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) di atas, maka **PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA** akan membuat kesepakatan masa transisi pemenuhan kebutuhan tersebut yang dituangkan di dalam Addendum Perjanjian dan diketahui oleh *Dinas Kesehatan Kab/Kota* **) Pembayaran klaim biaya pelayanan kesehatan didasarkan pada *software* INA-CBG's yang berlaku yang didapat dari Kementerian Kesehatan sesuai kelas rumah sakit.
- (6) Pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang diberikan **PIHAK KEDUA** merupakan salah satu komponen yang dibayarkan dalam paket *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's).
- (7) Penggunaan obat diluar Formularium Nasional hanya dimungkinkan melalui rekomendasi dari Ketua Komite Farmasi dan Terapi dengan persetujuan Komite Medik atau Kepala/Direktur rumah sakit yang biayanya sudah termasuk dalam tarif INA-CBGs dan tidak boleh dibebankan kepada peserta.
- (8) Pelayanan Alat Kesehatan sudah termasuk dalam paket (INA-CBGs). **PIHAK KEDUA** dan jejaringnya wajib menyediakan Alat Kesehatan yang dibutuhkan oleh Peserta sesuai indikasi medis.

PASAL 8 TATA CARA PEMBAYARAN PELAYANAN KESEHATAN

Tata cara pembayaran pelayanan kesehatan yang dilakukan dalam pelaksanaan Perjanjian diuraikan sebagaimana pada Lampiran Perjanjian.

PASAL 9 JANGKA WAKTU PERJANJIAN

- (1) Perjanjian ini berlaku untuk [REDAKSI] ([REDAKSI]) tahun dan secara efektif berlaku terhitung sejak tanggal [REDAKSI] dan berakhir pada tanggal [REDAKSI]
- (2) Selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan sebelum berakhirnya Jangka Waktu Perjanjian, **PARA PIHAK** sepakat untuk saling memberitahukan maksudnya apabila hendak memperpanjang Perjanjian ini.
- (3) Pada jangka waktu sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) Pasal ini **PIHAK PERTAMA** akan melakukan penilaian kembali terhadap **PIHAK KEDUA** atas :
 - a. fasilitas dan kemampuan pelayanan kesehatan
 - b. penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada jangka waktu Perjanjian
 - c. kepatuhan dan komitmen terhadap Perjanjian

PASAL 10
MONITORING DAN EVALUASI
PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN

- (1) **PIHAK PERTAMA** akan melakukan penilaian penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** secara berkala melalui *Utilization Review*.
- (2) Hasil penilaian penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana ayat (1) Pasal ini akan disampaikan secara tertulis kepada **PIHAK KEDUA** dengan disertai rekomendasi (apabila diperlukan).
- (3) Dalam rangka melakukan monitoring dan evaluasi, **PIHAK PERTAMA** secara langsung dan/atau dengan akademisi, profesi, dinas kesehatan, PERSI Daerah, berhak untuk melakukan pemeriksaan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA**.
- (4) Apabila ternyata dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, ditemukan penyimpangan terhadap Perjanjian yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA**, maka **PIHAK PERTAMA** berhak menegur **PIHAK KEDUA** secara tertulis dengan tembusan kepada PERSI Daerah dan Dinas Kesehatan. Bagi Rumah Sakit Vertikal selain kepada PERSI Daerah ditembuskan pula kepada Kementerian Kesehatan.
- (5) Setelah melakukan teguran secara tertulis sebanyak 3 (tiga) kali sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 ayat (2) Perjanjian ini dan tidak ada tanggapan atau perbaikan dari **PIHAK KEDUA**, maka **PIHAK PERTAMA** berhak mengakhiri Perjanjian ini.

PASAL 11
SANKSI

- (1) Apabila dalam pengajuan klaim/tagihan oleh **PIHAK KEDUA** terdapat klaim/tagihan yang bermasalah, maka **PIHAK PERTAMA** berhak untuk menengguhkan pembayaran atas klaim/tagihan yang bermasalah tersebut.
- (2) Dalam hal **PIHAK KEDUA** terbukti secara nyata melakukan hal-hal sebagai berikut:
 - a. tidak melayani Peserta sesuai dengan kewajibannya;
 - b. tidak memberikan fasilitas dan pelayanan kesehatan kepada Peserta sesuai dengan hak peserta;
 - c. memungut biaya tambahan kepada Peserta diluar ketentuan;
 - d. mengajukan klaim fiktif; dan atau
 - e. melanggar ketentuan sebagaimana diatur dalam Perjanjian ini,maka **PIHAK PERTAMA** berhak melakukan teguran tertulis kepada **PIHAK KEDUA** sebanyak 3 (tiga) kali dengan tenggang waktu masing-masing surat teguran minimal 7 (tujuh) hari kalender, dengan tembusan ke PERSI Daerah dan Dinas Kesehatan. Bagi Rumah Sakit Vertikal selain kepada PERSI Daerah ditembuskan pula kepada Kementerian Kesehatan.

- (3) Dalam hal keterlambatan pembayaran oleh **PIHAK PERTAMA**, maka **PIHAK PERTAMA** membayar ganti rugi kepada **PIHAK KEDUA** sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.
- (4) **PIHAK PERTAMA** berhak meninjau kembali Perjanjian ini apabila ternyata dikemudian hari tidak ada tanggapan atau perbaikan dari **PIHAK KEDUA** setelah **PIHAK PERTAMA** melakukan teguran sebanyak maksimal 3 (tiga) kali sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) Pasal ini.
- (5) Dalam hal salah satu pihak diketahui menyalahgunakan wewenang dengan melakukan kegiatan *moral hazard* atau *fraud* seperti membuat klaim fiktif yang dibuktikan dari hasil pemeriksaan Tim Pemeriksa Internal maupun Eksternal sehingga terbukti merugikan pihak lainnya, maka pihak yang menyalahgunakan wewenang tersebut berkewajiban untuk memulihkan kerugian yang terjadi dan pihak yang dirugikan dapat membatalkan Perjanjian ini secara sepihak.
- (6) Pengakhiran Perjanjian yang diakibatkan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) Pasal ini dapat dilakukan tanpa harus memenuhi ketentuan sebagaimana tertuang pada pasal 13 ayat (1) Perjanjian ini dan tidak membebaskan **PARA PIHAK** dalam menyelesaikan kewajiban masing-masing yang masih ada kepada pihak lainnya.

PASAL 12 **PENGAKHIRAN PERJANJIAN**

- (1) Perjanjian ini dapat dibatalkan dan atau diakhiri oleh salah satu Pihak sebelum Jangka Waktu Perjanjian, berdasarkan hal-hal sebagai berikut:
 - a. Persetujuan **PARA PIHAK** secara tertulis untuk mengakhiri Perjanjian ini yang berlaku efektif pada tanggal dicapainya kesepakatan pengakhiran tersebut; atau
 - b. Salah satu Pihak melanggar ketentuan yang diatur dalam Perjanjian ini (wanprestasi) dan tetap tidak memperbaikinya setelah menerima surat teguran/peringatan sebanyak 3 (tiga) kali dengan tenggang waktu masing-masing surat teguran/peringatan minimal 7 (tujuh) hari kalender, dengan tembusan ke PERSI Daerah, Dinas Kesehatan atau Kementerian Kesehatan RI untuk Rumah Sakit Vertikal. Pengakhiran berlaku efektif secara seketika pada tanggal surat pemberitahuan pengakhiran Perjanjian ini dari Pihak yang dirugikan; atau
 - c. Ijin usaha atau operasional salah satu Pihak dicabut oleh Pemerintah. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal pencabutan ijin usaha atau operasional Pihak yang bersangkutan oleh Pemerintah; atau
 - d. Salah satu Pihak melakukan merger, konsolidasi, atau diakuisisi oleh perusahaan lain. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal disahkannya

- pelaksanaan merger, konsolidasi atau akuisisi tersebut oleh Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia; atau
- e. Salah satu Pihak dinyatakan bangkrut atau pailit oleh pengadilan. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal dikeluarkannya keputusan pailit oleh Pengadilan; atau
 - f. Salah satu Pihak mengadakan/berada dalam keadaan likuidasi. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal Pihak yang bersangkutan telah dinyatakan dilikuidasi secara sah menurut ketentuan dan prosedur hukum yang berlaku.
- (2) Dalam hal **PIHAK KEDUA** bermaksud untuk mengakhiri Perjanjian ini secara sepihak sebelum berakhirnya Jangka Waktu Perjanjian, **PIHAK KEDUA** wajib memberikan pemberitahuan tertulis kepada **PIHAK PERTAMA** mengenai maksudnya tersebut sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan sebelumnya.
 - (3) **PARA PIHAK** dengan ini sepakat untuk mengesampingkan berlakunya ketentuan dalam Pasal 1266 Kitab Undang-undang Hukum Perdata, sejauh yang mensyaratkan diperlukannya suatu putusan atau penetapan Hakim/Pengadilan terlebih dahulu untuk membatalkan/ mengakhiri suatu Perjanjian.
 - (4) Berakhirnya Perjanjian ini tidak menghapuskan hak dan kewajiban yang telah timbul dan tetap berlaku sampai terselesaikannya hak dan kewajibannya tersebut.

PASAL 13 **KEADAAN MEMAKSA (*FORCE MAJEURE*)**

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

jangka waktu 30 (tiga puluh) hari kalender, maka **PARA PIHAK** sepakat untuk meninjau kembali Jangka Waktu Perjanjian ini.

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

PASAL 14 PENYELESAIAN PERSELISIHAN

- (1) Setiap perselisihan, pertentangan dan perbedaan pendapat sehubungan dengan Perjanjian ini akan diselesaikan secara musyawarah dan mufakat oleh **PARA PIHAK**.
- (2) Apabila musyawarah dan mufakat tidak tercapai, maka **PARA PIHAK** sepakat untuk menyerahkan penyelesaian perselisihan tersebut melalui Pengadilan.
- (3) Mengenai Perjanjian ini dan segala akibatnya, **PARA PIHAK** memilih kediaman hukum atau domisili yang tetap dan umum di Kantor Panitera Pengadilan Negeri [REDACTED]

PASAL 15 PEMBERITAHUAN

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

PIHAK PERTAMA: BPJS Kesehatan Cabang [REDACTED]

Up. : Kepala Cabang [REDACTED]

Telepon : [REDACTED]

Faksimili : [REDACTED]

E-mail : [REDACTED]

PIHAK KEDUA: [REDACTED]

Up. : Kepala/Direktur [REDACTED]

Telepon : [REDACTED]

Faksimili : [REDACTED]

E-mail : [REDACTED]

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

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

PASAL 16 LAIN-LAIN

- (1) Pengalihan Hak dan Kewajiban
Hak dan kewajiban berdasarkan Perjanjian ini tidak boleh dialihkan, baik sebagian maupun seluruhnya kepada pihak lain kecuali dengan persetujuan tertulis **PARA PIHAK**
- (2) Keterpisahan
Jika ada salah satu atau lebih ketentuan dalam Perjanjian ini ternyata tidak sah, tidak berlaku atau tidak dapat dilaksanakan berdasarkan hukum atau keputusan yang berlaku, maka **PARA PIHAK** dengan ini setuju dan menyatakan bahwa ketentuan lainnya dalam Perjanjian ini tidak akan terpengaruh olehnya, tetap sah, berlaku dan dapat dilaksanakan.
- (3) Perubahan
Perjanjian ini tidak dapat diubah atau ditambah, kecuali dibuat dengan suatu Perjanjian perubahan atau tambahan (*addendum/amandemen*) yang ditandatangani oleh **PARA PIHAK** dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.
- (4) Batasan Tanggung Jawab
PIHAK PERTAMA tidak bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas dan pelayanan kesehatan dari **PIHAK KEDUA** kepada Peserta dan terhadap kerugian maupun tuntutan yang diajukan oleh Peserta kepada **PIHAK KEDUA** yang disebabkan karena kesalahan atau pelanggaran yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** dalam menjalankan tanggung jawab profesinya seperti, termasuk tetapi tidak terbatas pada, kesalahan dalam melakukan pemeriksaan dan pengobatan, kesalahan dalam memberikan indikasi medis atau kesalahan dalam memberikan tindakan medis.
- (5) Hukum Yang Berlaku
Interpretasi dan pelaksanaan dari segala akibat syarat dan ketentuan yang berkaitan dalam Perjanjian ini adalah menurut Hukum Republik Indonesia.
- (6) Kesatuan
Setiap dan semua lampiran yang disebut dan dilampirkan pada Perjanjian ini, merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.

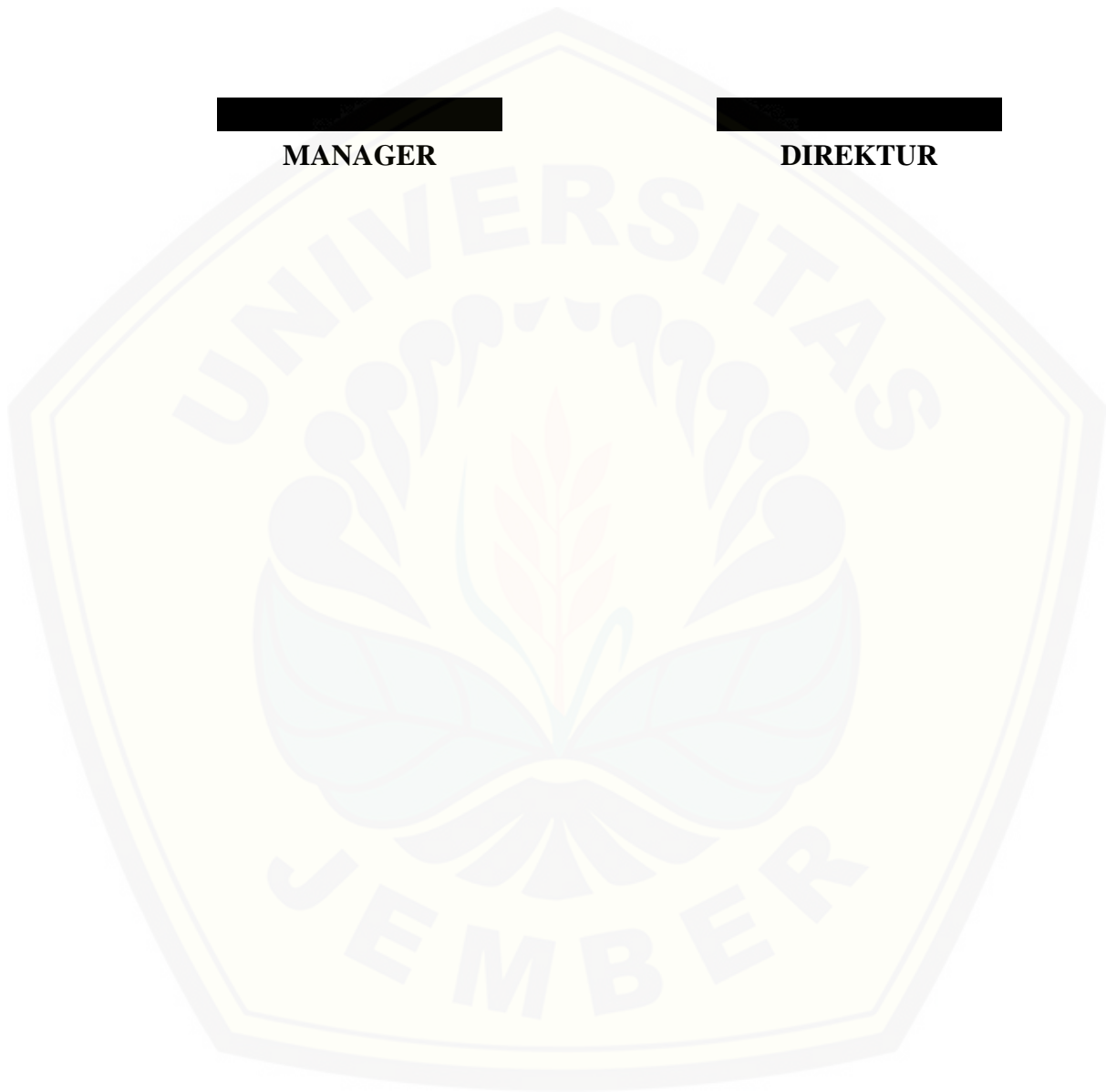
Demikianlah, Perjanjian ini dibuat dalam rangkap 2 (dua), asli, masing-masing sama bunyinya, di atas kertas bermaterai cukup serta mempunyai kekuatan hukum yang sama setelah ditanda-tangani oleh **PARA PIHAK**.

PIHAK PERTAMA
BPJS KESEHATAN CABANG [REDACTED]

PIHAK KEDUA
RUMAH SAKIT [REDACTED]

[REDACTED]
MANAGER

[REDACTED]
DIREKTUR



Lampiran I Perjanjian

Nomor :

Nomor :

**RUANG LINGKUP DAN PROSEDUR
PELAYANAN KESEHATAN**

I. RUANG LINGKUP

A. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)

1. administrasi pelayanan; meliputi biaya pendaftaran peserta untuk berobat, penerbitan surat eligibilitas peserta, pembuatan kartu pasien dan biaya administrasi lain yang terjadi selama proses perawatan atau pelayanan kesehatan pasien antara lain blangko SEP, blangko resume medis, protokol terapi, luaran aplikasi INA CBGs, *inform concern*, regimen kemoterapi, surat keterangan dokter penanggung jawab, surat rujukan (termasuk rujuk balik dan rujukan internal), catatan medis, lembar bukti pelayanan;
2. pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspecialis termasuk pelayanan kedaruratan;
3. tindakan medis spesialisik baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;
4. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
5. pelayanan alat kesehatan;
6. pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
7. rehabilitasi medis;
8. pelayanan darah;
9. pelayanan kedokteran forensik klinik meliputi pembuatan *visum et repertum* atau surat keterangan medik berdasarkan pemeriksaan forensik orang hidup dan pemeriksaan psikiatri forensik; dan
10. pelayanan jenazah terbatas hanya bagi peserta meninggal dunia pasca rawat inap di Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan **PIHAK PERTAMA** tempat pasien dirawat berupa pemulasaran jenazah dan tidak termasuk peti mati.

B. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)

Ruang lingkup pelayanan kesehatan RITL adalah sesuai dengan seluruh cakupan pelayanan di RJTL dengan tambahan akomodasi yaitu:

- a. Perawatan inap non intensif
- b. Perawatan inap intensif

C. Pelayanan persalinan

1. Ruang lingkup :
 - Tindakan persalinan normal.
 - Tindakan persalinan dengan penyulit per vaginam sesuai indikasi medis.

- Tindakan persalinan dengan penyulit perabdominam (*sectio caesaria*) sesuai indikasi medis.
 - Pelayanan rawat inap
2. Ketentuan persalinan :
- a. Pada kondisi kehamilan normal ANC harus dilakukan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. ANC di tingkat lanjutan hanya dapat dilakukan sesuai indikasi medis berdasarkan rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
 - b. Persalinan normal diutamakan dilakukan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
 - c. Penjaminan persalinan normal di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan hanya dapat dilakukan dalam kondisi gawat darurat.
 - d. Yang dimaksud kondisi gawat darurat pada poin (3.c) di atas adalah perdarahan, kejang pada kehamilan, ketuban pecah dini, gawat janin dan kondisi lain yang mengancam jiwa ibu dan bayinya.
 - e. Persalinan merupakan benefit bagi peserta JKN tanpa pembatasan jumlah kehamilan/persalinan yang dijamin oleh **PIHAK PERTAMA** dan tidak dibatasi oleh status kepesertaan (peserta/anak/ tertanggung lain).

D. Pelayanan Gawat Darurat

1. Pelayanan gawat darurat yang dapat dijamin adalah sesuai dengan kriteria gawat darurat yang berlaku.
2. Cakupan pelayanan gawat darurat sesuai dengan pelayanan rawat jalan dan rawat inap di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama maupun Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan.

E. Pelayanan Obat

1. Pemberian obat untuk pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) berdasarkan resep obat dari dokter spesialis/subspesialis yang merawat, berpedoman pada Fornas yang sesuai dengan indikasi medis dan merupakan komponen paket INA-CBG's. Fasilitas Kesehatan dan jejaringnya wajib menyediakan obat-obat yang diperlukan.
2. Dalam hal obat yang dibutuhkan sesuai indikasi medis pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan tidak tercantum dalam Formularium Nasional, dapat digunakan obat lain berdasarkan persetujuan Komite Medik dan kepala/direktur rumah sakit. Penggunaan obat diluar Fornas sudah termasuk dalam pembiayaan paket INA-CBG's tidak boleh dibebankan kepada peserta dan tidak boleh ditagihkan kepada **PIHAK PERTAMA**.

F. Pelayanan Alat Kesehatan

1. Alat kesehatan diberikan kepada peserta atas dasar indikasi medis.

2. Jenis dan plafon harga alat kesehatan sesuai dengan Kompendium Alat Kesehatan yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
3. Apabila atas indikasi medis **PIHAK KEDUA** meresepkan alat kesehatan di luar Kompendium alat kesehatan yang berlaku maka dapat digunakan alat kesehatan lain berdasarkan persetujuan Komite Medik dan kepala/direktur rumah sakit.
4. Pengadaan alat kesehatan dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** atau jejaringnya dengan mutu sesuai kebutuhan medis.
5. Alat Kesehatan terdiri dari:
 - a. Alat kesehatan yang termasuk di dalam komponen kapitasi (pada pelayanan kesehatan tingkat pertama) dan paket INA CBGs.
 - b. Alat kesehatan yang dapat ditagihkan di luar komponen kapitasi dan paket INA-CBGs (Alat Bantu Kesehatan).
6. Jenis dan plafon alat bantu kesehatan (yang dibayar diluar kapitasi dan INA-CBG's) sesuai yang ditetapkan oleh Menteri adalah :
 - a. Kacamata.
 - b. Alat bantu dengar (hearing aid).
 - c. Prothesa gigi/gigi palsu.
 - d. Penyangga leher (*collar neck/cervical collar/neck brace*).
 - e. Jaket Penyangga Tulang (*Corset*).
 - f. Prothesa alat gerak (kaki dan/atau tangan tiruan).
 - g. Alat bantu gerak berupa kruk penyangga tubuh.
7. Penyediaan alat bantu kesehatan (yang dibayar diluar kapitasi dan INA-CBG's) dapat disediakan oleh Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atau Apotek yang bekerja sama dengan **PIHAK PERTAMA**.
8. **Khusus alat bantu kesehatan kacamata** disediakan oleh Optik yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
9. Ketentuan pelayanan alat bantu kesehatan (yang dibayar diluar kapitasi dan INA-CBGs) :
 - a. Kacamata
 - Merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada FKRTL yang bekerja sama dengan **PIHAK PERTAMA**.
 - Penjaminan pelayanan kacamata diberikan atas rekomendasi dari dokter spesialis mata dan dibuktikan dengan hasil pemeriksaan mata.
 - Ukuran kacamata yang dijamin oleh BPJS Kesehatan adalah:
 - Untuk lensa spheris, minimal 0.5 Dioptri
 - Untuk lensa silindris minimal 0.25 Dioptri
 - Kacamata dapat diberikan maksimal 1 kali dalam 2 (dua) tahun.
 - Apabila sebelum 2 tahun diperlukan penggantian kacamata oleh sebab apapun (perubahan ukuran, hilang, rusak dan sebab lain) maka **PIHAK PERTAMA** tidak menjamin.
 - b. Alat bantu dengar (hearing aid)
 - Merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada FKRTL yang bekerja sama dengan **PIHAK PERTAMA**.

- Penjaminan pelayanan alat bantu dengar diberikan atas rekomendasi dari dokter spesialis THT.
 - Alat bantu dengar dapat diberikan maksimal sekali dalam 5 (lima) tahun per telinga.
 - Apabila sebelum 5 tahun diperlukan penggantian alat bantu dengar (hearing aid) oleh sebab apapun (perubahan ukuran, hilang, rusak dan sebab lain) maka **PIHAK PERTAMA** tidak menjamin.
- c. Prothesa gigi/gigi palsu
- Pelayanan prothesa gigi diberikan pada FKTP atau FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
 - Penjaminan pelayanan prothesa gigi/gigi palsu diberikan atas rekomendasi dari dokter gigi
 - Prothesa gigi/gigi palsu dapat diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali untuk gigi yang sama.
 - Apabila sebelum 2 tahun diperlukan penggantian prothesa gigi oleh sebab apapun maka **PIHAK PERTAMA** tidak menjamin.
- d. Penyangga leher (*collar neck/cervical collar/neck brace*)
- Diberikan kepada peserta JKN sebagai penyangga kepala dan leher karena trauma pada leher dan kepala sesuai dengan indikasi medis.
 - Merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada FKRTL yang bekerja sama dengan **PIHAK PERTAMA**.
 - Penyangga leher dapat diberikan maksimal 1 kali dalam 2 (dua) tahun
 - Apabila sebelum 2 tahun diperlukan penggantian collar neck oleh sebab apapun maka **PIHAK PERTAMA** tidak menjamin.
- e. Jaket Penyangga Tulang (*Corset*)
- Diberikan kepada peserta JKN yang mengalami kelainan/gangguan tulang atau kondisi lain sesuai dengan indikasi medis.
 - Merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada FKRTL yang bekerja sama dengan **PIHAK PERTAMA**.
 - Jaket penyangga tulang dapat diberikan maksimal 1 kali dalam 2 (dua) tahun
 - Apabila sebelum 2 tahun diperlukan penggantian corset oleh sebab apapun maka **PIHAK PERTAMA** tidak menjamin.
- f. Prothesa alat gerak (kaki dan/atau tangan tiruan)
- Merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada FKRTL yang bekerja sama dengan **PIHAK PERTAMA**.
 - Prothesa alat gerak dapat diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali untuk bagian tubuh yang sama
 - Apabila sebelum 5 tahun diperlukan penggantian prothesa alat gerak oleh sebab apapun maka **PIHAK PERTAMA** tidak menjamin.
- g. Alat bantu gerak berupa kruk penyangga tubuh
- Merupakan bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada FKRTL yang bekerja sama dengan **PIHAK PERTAMA**.

- Prothesa alat gerak dapat diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali untuk bagian tubuh yang sama
- Apabila sebelum 5 tahun diperlukan penggantian kruk oleh sebab apapun maka **PIHAK PERTAMA** tidak menjamin.

10. Jenis Alat Bantu kesehatan yang dibayar diluar INA-CBG's yang termasuk di dalam ruang lingkup Perjanjian ini yang disediakan oleh **PIHAK KEDUA** adalah :



G. Alat kesehatan lain sesuai dengan kebutuhan dan indikasi medis

1. Peserta berhak mendapatkan alat kesehatan/alat bantu kesehatan selain yang disebutkan di atas atas dasar indikasi medis;
2. Alat kesehatan/alat bantu kesehatan lain tersebut bagian dari pemeriksaan dan penanganan yang diberikan pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang bekerja sama dengan **PIHAK PERTAMA**;
3. Diberikan atas rekomendasi dari dokter spesialis sesuai dengan kompetensinya masing-masing.

H. Pelayanan Rujukan Parsial

1. Rujukan parsial adalah pengiriman pasien atau spesimen ke pemberi pelayanan kesehatan lain dalam rangka menegakkan diagnosis atau pemberian terapi, yang merupakan satu rangkaian perawatan pasien di Fasilitas Kesehatan tersebut.
2. Rujukan parsial dapat berupa:
 - a. Pengiriman pasien untuk dilakukan pemeriksaan penunjang atau tindakan.
 - b. Pengiriman spesimen untuk pemeriksaan penunjang.
3. Biaya rujukan parsial menjadi tanggung jawab Fasilitas Kesehatan perujuk. Tarif yang digunakan sesuai dengan kesepakatan antara Fasilitas Kesehatan perujuk dan Fasilitas Kesehatan penerima rujukan.
4. BPJS Center di Fasilitas Kesehatan penerima rujukan tidak perlu menerbitkan SEP untuk pelayanan rujukan parsial.
5. Fasilitas Kesehatan penerima rujukan tidak dapat menagihkan secara terpisah ke BPJS Kesehatan, pasien tidak boleh dibebani urun biaya.
6. BPJS Kesehatan membayar biaya pelayanan sesuai dengan paket INA-CBG's ke Fasilitas Kesehatan perujuk.

I. Pelayanan Ambulan

1. Pelayanan Ambulan merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu, antar Fasilitas Kesehatan, disertai dengan upaya atau kegiatan menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.
2. Penjaminan pelayanan Ambulan diberikan pada pelayanan ambulan darat dan air bagi pasien dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan.
3. Pelayanan ambulan hanya dijamin bila rujukan dilakukan oleh Fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan atau pada kasus gawat darurat dari fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan ke fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien.
4. Yang dimaksud dengan kondisi tertentu pada poin (1) di atas adalah :
 - a. kondisi pasien sesuai indikasi medis berdasarkan rekomendasi medis dari dokter yang merawat.
 - b. kondisi kelas perawatan sesuai hak peserta penuh. Ketentuan pelayanan peserta dalam kondisi kelas perawatan sesuai hak peserta penuh mengacu pada ketentuan di Permenkes Nomor 28 Tahun 2014.
 - c. pasien rujuk balik rawat inap yang masih memerlukan pelayanan rawat inap di fasilitas kesehatan tujuan. Contoh : pasien kanker rawat inap dengan terapi paliatif di rumah sakit kelas A dirujuk balik ke rumah sakit kelas dibawahnya untuk mendapatkan rawat inap paliatif (bukan rawat jalan).
5. Pelayanan Ambulan yang tidak dijamin adalah pelayanan yang tidak sesuai ketentuan di atas, termasuk:
 - jemput pasien selain dari Fasilitas Kesehatan (rumah, jalan, lokasi lain);
 - mengantar pasien dengan tujuan selain Fasilitas Kesehatan;
 - rujukan parsial (antar jemput pasien atau spesimen dalam rangka mendapatkan pemeriksaan penunjang atau tindakan, yang merupakan rangkaian perawatan pasien di salah satu Fasilitas Kesehatan);
 - ambulan/mobil jenazah; dan
 - pasien rujuk balik rawat jalan.
6. Dalam keadaan gawat darurat, pelayanan ambulan dari fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dapat dilakukan penagihan kepada BPJS Kesehatan.
7. Ruang lingkup Perjanjian ini meliputi penyelenggaraan pelayanan ambulan oleh **PIHAK KEDUA**. Ambulan yang digunakan oleh **PIHAK KEDUA** yaitu (milik sendiri/ milik Pemda/ milik Dinas Kesehatan [REDACTED]/ Yayasan penyedia ambulan yaitu [REDACTED]).
8. Ketentuan teknis lainnya mengacu pada Perdir BPJS Kesehatan Nomor 223 Tahun 2014 tentang Penjaminan Pelayanan Ambulan.

J. Pelayanan CAPD

Standar Tarif untuk pemasangan pertama *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) sesuai dengan tarif INA-CBG's.

Tarif Penggunaan *Consumables* dan jasa pada pelayanan CAPD serta Tarif Penggunaan Transfer set pada pelayanan CAPD dibayarkan sesuai standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.

K. Pelayanan Kesehatan yang tidak dijamin.

1. pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
2. pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan **PIHAK PERTAMA**, kecuali dalam keadaan darurat;
3. pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
4. pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas;
5. pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
6. pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik termasuk sirkumsisi tanpa indikasi medis;
7. pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
8. pelayanan meratakan gigi (ortodontasi);
9. gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol;
10. gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri (bungy jumping, rafting, dan lain lain);
11. pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur non medis, *shin she*, *chiropractic*, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*);
12. pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen);
13. alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu;
14. persediaan kesehatan rumah tangga;
15. pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
16. Masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah ditetapkan oleh pejabat yang berwenang;
17. biaya pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (*preventable adverse events*) sebagaimana ditetapkan oleh Menteri; dan Penjelasan sesuai Permenkes 28 Tahun 2014.
18. biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan.

II. PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN

1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)

- a. Pelayanan RJTL merupakan kelanjutan dari pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), berdasarkan surat rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
- b. Dalam keadaan Gawat Darurat (*Emergency*) peserta dapat memperoleh pelayanan di Unit Gawat Darurat (UGD) FKRTL, tanpa surat rujukan dari FKTP.
- c. Peserta membawa identitas peserta JKN serta surat rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
- d. Peserta melakukan pendaftaran kepada **PIHAK KEDUA** dengan memperlihatkan identitas peserta JKN dan surat rujukan.
- e. **PIHAK KEDUA** bertanggung jawab untuk melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan entry data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP, **PIHAK PERTAMA** melakukan legalisasi SEP. Dalam hal pengecekan eligibilitas peserta menggunakan sistem lain, maka ketentuan ini menyesuaikan.
Ketentuan penerbitan SEP untuk pelayanan rutin (misal: Kemoterapi, HD, fisioterapi, perawatan saluran akar, dll) harus melampirkan :
 - kasus Kemoterapi (*special drug*) : regimen (jadual dan rencana pemberian obat). Misalnya : pasien dengan diagnose Ca mammae dengan tindakan kemoterapi dan mendapatkan obat Trastuzumab (Herceptin[®]).
 - HD/CAPD : form perencanaan HD, untuk pasien yang memerlukan tindakan HD 3 x seminggu melampirkan surat keterangan dari dokter **KGH** atau dokter spesialis penyakit dalam penanggung jawab hemodialisa bersertifikat.
 - Fisioterapi : harus ada *assessment* dan rencana terapi dari dokter spesialis Rehab Medik. Untuk rumah sakit yang tidak memiliki spesialis rehab medik kewenangan pemeriksaan/*assessment* tindakan rehabilitasi medik diberikan kepada dokter yang ditunjuk oleh Direktur/Kepala rumah sakit.
 - perawatan saluran akar : Rencana perawatan sampai dengan tumpatan permanen dari dokter gigi yang merawat
- f. **PIHAK KEDUA** melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan BMHP;
- g. Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh **PIHAK KEDUA**;
- h. **PIHAK KEDUA** menagihkan klaim dalam sistem paket INA-CBGs;
- i. Setelah mendapatkan pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) di **PIHAK KEDUA**, beberapa kemungkinan adalah sebagai berikut:
 - 1) Pelayanan telah selesai dan pasien pulang;
 - 2) Pasien pulang, pelayanan belum selesai dan diperintahkan untuk pemeriksaan penunjang pada hari berikutnya;

- 3) Pelayanan selesai, tetapi diperintahkan untuk kontrol;
- 4) Peserta di rujuk ke UPF lain dalam Rumah Sakit (rujukan Intern);
- 5) Peserta dirawat inap;
- 6) Peserta dirujuk ke FKRTL lain :
 - Kepada peserta diberikan surat rujukan/konsul eksternal. Surat rujukan/konsul eksternal harus dilegalisasi oleh petugas **PIHAK PERTAMA** di unit BPJS Center.
 - Peserta membawa surat rujukan tersebut untuk mendapat pelayanan di Fasilitas Kesehatan penerima rujukan, melalui unit BPJS Center.
 - Apabila rujukan pasien merupakan rujukan parsial, maka rujukan tersebut tidak harus dilegalisasi oleh petugas di unit BPJS Center, karena biaya atas rujukan parsial tidak menjadi tanggung jawab **PIHAK PERTAMA**.

2. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)

- a. Merupakan tindak lanjut dari pelayanan FKTP, UGD, dan Poli Rawat Jalan atau rujukan dari FKRTL lain.
- b. Peserta melakukan pendaftaran kepada **PIHAK KEDUA** dengan membawa identitas sebagai peserta JKN serta surat perintah rawat inap dari poli atau unit gawat darurat.
- c. Status kepesertaan pasien harus dipastikan sejak awal masuk Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL).
- d. Bila pasien berkeinginan menjadi peserta JKN dapat diberi kesempatan untuk melakukan pendaftaran dan pembayaran iuran peserta JKN dan selanjutnya menunjukkan nomor identitas peserta JKN selambat-lambatnya 3x24 jam hari kerja sejak yang bersangkutan dirawat di fasilitas kesehatan **PIHAK KEDUA** atau sebelum pasien pulang (bila pasien dirawat kurang dari 3 hari).
- e. Jika sampai waktu yang telah ditentukan pasien tidak dapat menunjukkan nomor identitas peserta JKN maka pasien dinyatakan sebagai pasien umum
- f. **PIHAK KEDUA** bertanggung jawab untuk melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan entry data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP.
- g. Petugas **PIHAK PERTAMA** melakukan legalisasi SEP.
- h. **PIHAK KEDUA** melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan BMHP.
- i. Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh **PIHAK KEDUA**.
- j. **PIHAK KEDUA** menagihkan klaim menggunakan sistem paket INA-CBGs.
- k. Setelah mendapatkan pelayanan kesehatan RITL, beberapa kemungkinan tindak lanjut pelayanan adalah sebagai berikut:
 - 1) Pelayanan RITL selesai dan pasien pulang.

- 2) Pelayanan RITL selesai, tetapi peserta diperintahkan untuk kontrol. Mekanisme kontrol pasien paska rawat inap di FKRTL sesuai dengan prosedur pelayanan berjenjang yang berlaku.
- 3) Peserta dirujuk balik.
- 4) Peserta dirujuk ke FKRTL lain:
 - Peserta diberi surat rujukan/konsul eksternal. Surat rujukan/konsul eksternal dilegalisasi oleh petugas BPJS di unit BPJS Center.
 - Peserta membawa surat rujukan tersebut untuk mendapat pelayanan di Fasilitas Kesehatan penerima rujukan, melalui unit BPJS Center.
 - Apabila rujukan pasien merupakan rujukan parsial, maka rujukan tersebut tidak harus dilegalisasi oleh petugas BPJS Center, karena biaya atas rujukan parsial tidak menjadi tanggung jawab BPJS Center.

3. Pelayanan Persalinan

- a. Pemberian jaminan persalinan sebagaimana pemberian jaminan perawatan tingkat lanjutan.
- b. Prosedur pelayanan sesuai dengan ketentuan pelayanan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan.

4. Pelayanan Darah

- a. Pelayanan darah dapat dilakukan sesuai indikasi medis.
- b. Prosedur pelayanan darah yang dilakukan **PIHAK KEDUA** mengikuti ketentuan pelayanan darah yang diatur oleh **PIHAK KEDUA** dan jejaringnya yang melayani darah, biaya sudah termasuk dalam komponen paket INA-CBG's.

5. Pelayanan Alat Kesehatan yang tidak masuk dalam paket INA-CBGs

- a. Ketentuan Umum :
 - 1) Peserta mendapatkan pelayanan medis dan/atau tindakan medis di Fasilitas Kesehatan sesuai dengan prosedur pelayanan RJTL dan RITL.
 - 2) Dokter menuliskan resep Alat Kesehatan sesuai dengan indikasi medis.
 - 3) Peserta mengurus legalisasi pelayanan Alat Kesehatan ke Petugas BPJS Center atau Kantor BPJS Kesehatan.
 - 4) Peserta mengambil Alat Kesehatan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit atau Fasilitas Kesehatan penyedia Alat Kesehatan (Apotek dan Optik) yang telah bekerja sama dengan **PIHAK PERTAMA** dengan membawa identitas peserta JKN dan berkas pelayanan yang diperlukan.
 - 5) Khusus alat bantu kesehatan kacamata, **hanya** dapat diberikan di optik yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
 - 6) Fasilitas Kesehatan penyedia Alat Kesehatan melakukan verifikasi resep dan bukti pendukung lain, kemudian menyerahkan Alat Kesehatan kepada Peserta.
 - 7) Peserta menandatangani bukti penerimaan Alat Kesehatan.

- 8) **PIHAK PERTAMA** memastikan pasien mendapatkan alat kesehatan dengan cara melihat bukti penerimaan alat kesehatan dan bila perlu dilakukan konfirmasi kepada pasien
- b. Alat Kesehatan yang tidak masuk dalam paket INA-CBGs yang disediakan oleh **PIHAK KEDUA** dan jaringnya sebagaimana tercantum di dalam Ruang Lingkup Perjanjian, maka prosedur pelayanan mengikuti ketentuan yang berlaku.

6. Pelayanan Gawat Darurat

- a. Dalam keadaan gawat darurat, maka:
 - 1) Pelayanan harus segera diberikan tanpa diperlukan surat rujukan. Peserta dapat langsung ke **PIHAK KEDUA** melalui Unit Gawat Darurat (UGD).
 - 2) Pengecekan validitas peserta maupun diagnosa penyakit yang termasuk dalam kriteria gawat darurat menjadi tanggung jawab **PIHAK KEDUA**.
- b. Prosedur Pelayanan Gawat Darurat di Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan mengikuti prosedur pelayanan yang berlaku.

7. Pelayanan Rujuk Balik

- 1) Peserta berobat ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dimana peserta tersebut terdaftar dengan membawa identitas diri;
- 2) Apabila atas indikasi medis peserta memerlukan pemeriksaan ataupun tindakan spesialis/sub-spesialis, maka Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama akan memberikan rujukan ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang bekerja sama dengan **PIHAK PERTAMA**;
- 3) Peserta mendaftar ke BPJS Center dengan membawa surat rujukan dan identitas diri untuk mendapatkan SEP;
- 4) Dokter Spesialis/Sub Spesialis melakukan pemeriksaan kepada peserta sesuai kebutuhan indikasi medis;
- 5) Apabila peserta didiagnosa penyakit kronis maka peserta mendapatkan pelayanan kesehatan secara rutin di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan hingga diperoleh kondisi terkontrol/stabil sesuai panduan klinis penyakit kronis;
- 6) Setelah peserta ditetapkan dalam kondisi terkontrol/stabil, maka dokter Spesialis/Sub Spesialis memberikan SRB (Surat Rujuk Balik) kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dimana peserta yang bersangkutan terdaftar.

8. Prosedur Pelayanan Ambulan

- a. Pelayanan Ambulan hanya dijamin bila rujukan dilakukan pada Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan kecuali untuk Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan yang mengevakuasi kasus gawat darurat yang sudah teratasi kegawatdaruratannya dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan.

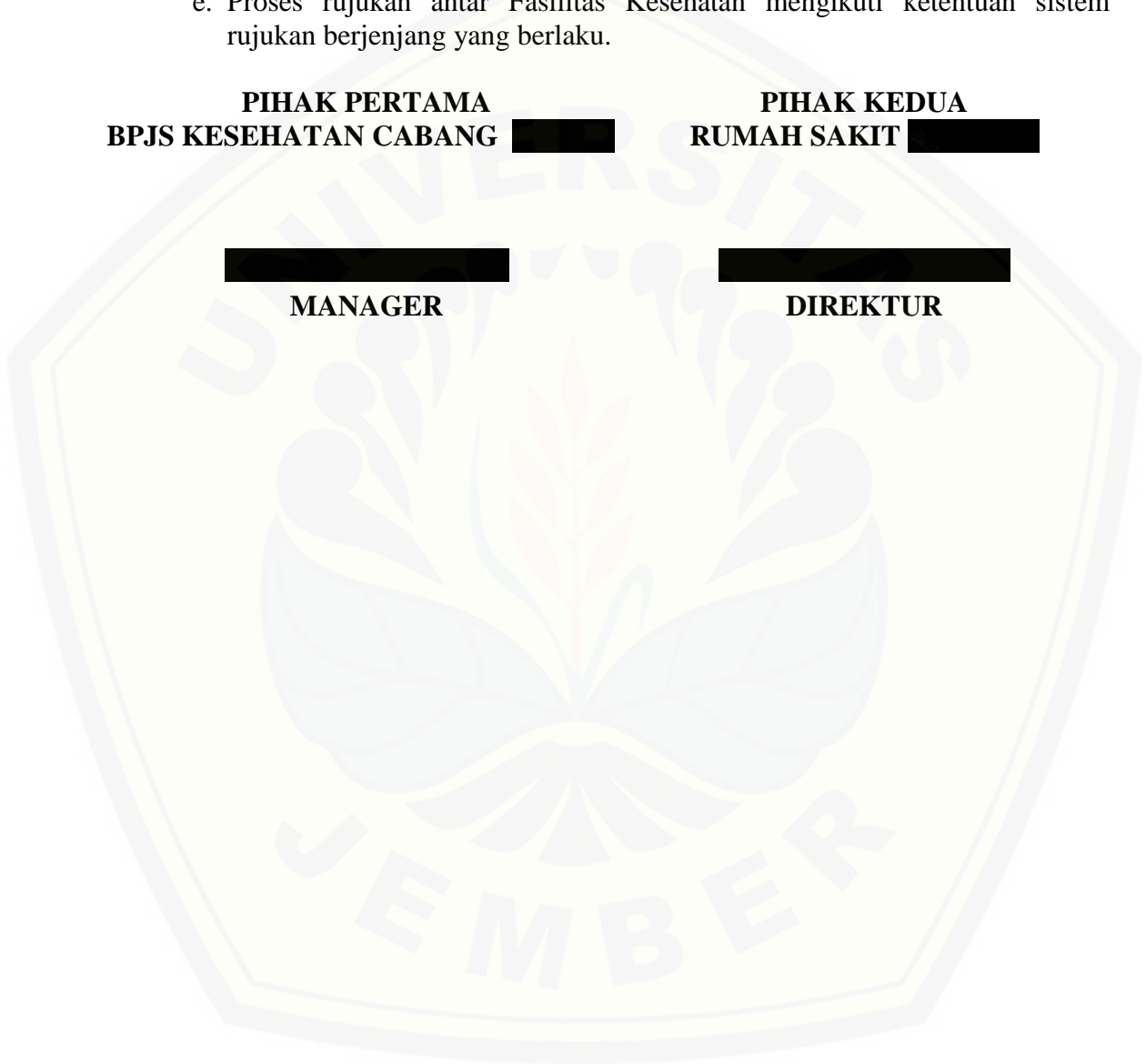
- b. Peserta yang sedang menjalani perawatan dan sudah mengikuti ketentuan yang berlaku akan mendapatkan pelayanan ambulans sesuai indikasi medis.
- c. Bagi **PIHAK KEDUA** yang memiliki fasilitas ambulans dapat langsung digunakan untuk memberikan pelayanan ambulans kepada pasien.
- d. Bagi **PIHAK KEDUA** yang tidak memiliki fasilitas ambulans, maka **PIHAK KEDUA** berkoordinasi dengan penyedia ambulans yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan atau petugas BPJS Kesehatan.
- e. Proses rujukan antar Fasilitas Kesehatan mengikuti ketentuan sistem rujukan berjenjang yang berlaku.

PIHAK PERTAMA
BPJS KESEHATAN CABANG [REDACTED]

PIHAK KEDUA
RUMAH SAKIT [REDACTED]

[REDACTED]
MANAGER

[REDACTED]
DIREKTUR



Lampiran II Perjanjian

Nomor :

Nomor :

**TATA CARA PENGAJUAN DAN PEMBAYARAN KLAIM
PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN**

1. Pengajuan klaim pelayanan kesehatan tingkat lanjutan kepada Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota **PIHAK PERTAMA** dilakukan oleh setiap Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan secara kolektif setiap bulan, atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta JKN.
2. Kantor Cabang harus memastikan bahwa Kluster Tarif yang akan digunakan oleh FKRTL tersebut sesuai dengan Kelas Rumah Sakit dan Regionalisasi Tarif sesuai kesepakatan dengan Asosiasi Faskes.
3. Kelengkapan berkas penagihan klaim pelayanan kesehatan tingkat lanjutan (termasuk pelayanan gawat darurat dan pelayanan persalinan) :
 - a. Formulir pengajuan klaim (FPK).
 - b. Kuitansi asli, bermaterai secukupnya.
 - c. Surat Eligibilitas Peserta (SEP).
 - d. Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).
 - e. Surat perintah rawat inap (untuk RITL).
 - f. Resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) (untuk RITL).
 - g. Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA-CBG's (jenis pelayanan diluar INA-CBG's sesuai ketentuan yang berlaku) diperlukan tambahan bukti pendukung :
 - Protocol terapi dan regimen termasuk *product batch label* (jadwal pemberian) obat khusus.
 - Resep obat.
 - Resep alat bantu kesehatan.
 - Tanda terima alat bantu kesehatan diluar paket INA-CBG's.
 - h. Berkas pendukung lain yang termasuk di dalam kelengkapan pendukung verifikasi misalnya Laporan operasi, laporan anestesi, *Product batch special prothesis, batch* obat untuk kasus *top up special drug* termasuk di dalam lampiran pengajuan klaim.
 - i. Tagihan klaim **PIHAK KEDUA** menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani Direktur/Kepala dan Petugas Verifikator **PIHAK PERTAMA**.
 - j. **PIHAK KEDUA** mengirimkan secara resmi tagihan klaim dalam bentuk *softcopy* dan *hardcopy*.
4. Tarif pelayanan ambulan ditentukan berdasarkan standar biaya ambulan yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah dan dituangkan dalam kesepakatan bersama Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Provinsi sebagaimana tercantum di dalam Lampiran IV. Komponen tarif mencakup biaya operasional ambulan (bahan

bakar, karcis tol, biaya ambulan darat untuk menyeberang dengan kapal, dll), tenaga kesehatan yang ikut di dalam ambulan.

5. Kelengkapan administrasi klaim Pelayanan Ambulan adalah sebagai berikut:
 - a. Formulir pengajuan klaim (FPK).
 - b. Kuitansi asli, bermaterai secukupnya.
 - c. Bukti pelayanan yang telah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.
 - d. Berkas kelengkapan lain :
 - 1) Salinan identitas peserta.
 - 2) Surat keterangan medis dari dokter yang merawat yang menerangkan kondisi medis pada saat akan dirujuk.
 - 3) Salinan Surat Eligibilitas Peserta apabila perujuk adalah FKRTL yang bekerja sama.
 - 4) Bukti pelayanan ambulan yang memuat informasi tentang :
 - Identitas pasien.
 - Waktu pelayanan (hari, tanggal, jam berangkat dari Fasilitas Kesehatan perujuk dan jam tiba di Fasilitas Kesehatan tujuan).
 - Fasilitas Kesehatan perujuk.
 - Fasilitas Kesehatan tujuan perujuk.
 - 5) Tanda tangan dan stempel dari Fasilitas Kesehatan perujuk dan Fasilitas Kesehatan penerima rujukan.
 - 6) Bukti lain adalah bukti pembayaran jika ambulan menggunakan kapal penyebrangan atau Kapal Ferry atau Kapal Roro.
 - 7) Apabila pasien meninggal sebelum sampai ke Fasilitas Kesehatan tujuan maka melampirkan surat keterangan kematian.

Catatan :

Dalam kondisi pasien meninggal di dalam perjalanan menuju Fasilitas Kesehatan penerima rujukan, maka klaim dapat ditagihkan sesuai tarif yang berlaku dari Fasilitas Kesehatan perujuk ke Fasilitas Kesehatan yang mengeluarkan keterangan meninggalnya pasien. Fasilitas Kesehatan yang mengeluarkan keterangan meninggalnya pasien adalah Fasilitas Kesehatan terdekat (FKTP maupun FKRTL) dari lokasi ambulan pada saat meninggalnya pasien.

6. Pembayaran Alat Kesehatan
 - a. Biaya Alat kesehatan FKRTL sudah termasuk dalam paket INA-CBGs yang dibayarkan kepada **PIHAK KEDUA**.
 - b. Penggunaan alat kesehatan sesuai Kompendium alat kesehatan maupun diluar Kompendium alat kesehatan, sudah termasuk dalam pembiayaan paket INA CBG's, tidak dapat ditagihkan kepada **PIHAK PERTAMA** dan tidak boleh dibebankan kepada peserta.
 - c. Biaya Alat Bantu Kesehatan diluar paket INA-CBGs ditagihkan secara terpisah kepada **PIHAK PERTAMA** dengan menggunakan aplikasi yang telah disiapkan oleh **PIHAK PERTAMA**.
 - d. Besaran biaya penggantian alat bantu kesehatan di luar paket INA-CBGs sebagaimana yang diatur oleh Menteri.

Alat bantu kesehatan diluar paket INA-CBGs yang dapat dibayarkan oleh **PIHAK PERTAMA** sebagaimana tercantum di dalam Rterdiri dari Kacamata, Alat bantu dengar, Protesa alat gerak, Protesa Gigi, Korset tulang belakang, *Collar neck*, Kruk. Tarif alat bantu kesehatan di luar paket INA-CBGs tersebut sesuai standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.

- e. Penagihan alat bantu kesehatan diluar paket INA-CBGs yang penyediaanya dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** dilakukan secara kolektif oleh **PIHAK KEDUA**, serta tidak dilakukan melalui klaim perorangan dari peserta ke BPJS Kesehatan.
 - f. Plafon harga yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan untuk alat bantu kesehatan diluar paket INA-CBGs merupakan harga maksimal yang ditanggung oleh **PIHAK PERTAMA** apabila harga alat bantu kesehatan melebihi plafon harga yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan maka biaya tersebut ditanggung oleh peserta dan dibayarkan langsung ke **PIHAK KEDUA**.
7. Standar Tarif untuk pemasangan pertama *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) sesuai dengan tarif INA-CBG's. Penggunaan *Consumables* dan jasa pada pelayanan CAPD dibayarkan sebesar Rp5.940.000,00/bulan. Penggunaan *Transfer set* pada pelayanan CAPD dibayarkan sebesar Rp250.000,00/set.
8. Pelaksanaan INA-CBGs
- a. Klaim pelayanan tingkat lanjutan dilakukan dengan sistem INA-CBGs. Untuk dapat mengoperasikan *software* INA-CBGs maka **PIHAK KEDUA** harus mempunyai nomor registrasi. Kewajiban untuk memiliki nomor registrasi dilakukan sebelum penandatanganan perjanjian kerja sama dan menjadi bagian dari persyaratan kerja sama;
 - b. Untuk memenuhi kesesuaian INA-CBGs, dokter berkewajiban melakukan penegakan diagnosis yang tepat dan jelas sesuai *International Code Diseases Ten* (ICD-10) dan *International Code Diseases Nine* (ICD-9) *Clinical Modification* (CM). Dalam hal tertentu *Coder* dapat membantu proses penulisan diagnosis sesuai ICD-10 dan ICD-9 CM. Dokter penanggung jawab harus menuliskan nama dengan jelas serta menandatangani berkas pemeriksaan (resume medik);
 - c. Pasien yang masuk ke instalasi rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di instalasi rawat jalan atau instalasi gawat darurat hanya diklaim menggunakan 1 (satu) kode INA-CBGs dengan jenis pelayanan rawat inap;
 - d. Pasien yang datang pada dua atau lebih instalasi rawat jalan dengan dua atau lebih diagnosis akan tetapi diagnosis tersebut merupakan diagnosis sekunder dari diagnosis utamanya maka diklaimkan menggunakan 1 (satu) kode INA-CBGs;
 - e. **PIHAK KEDUA** melakukan pelayanan dengan efisien dan efektif agar biaya pelayanan seimbang dengan tarif INA-CBGs.
9. Penagihan Klaim pelayanan Kesehatan

- a. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan membuat tagihan klaim atas biaya pelayanan kesehatan dengan menggunakan *Software* INA-CBG's.
- b. Petugas penagihan harus mengisi data variable pasien yang diperlukan dalam software INA CBG's yaitu :
 - Identitas pasien (nomor rekam medis dll)
 - Nomor Jaminan Peserta
 - Nomor Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
 - Jenis Perawatan
 - Tanggal masuk rumah sakit
 - Tanggal keluar rumah sakit
 - Lama perawatan (LOS)
 - Nama dokter
 - Jumlah biaya riil rumah sakit
 - Tanggal lahir
 - Umur (dalam tahun) ketika masuk rumah sakit
 - Umur (dalam hari) ketika masuk rumah sakit
 - Jenis kelamin
 - Surat rujukan/ surat perintah kontrol
 - Status ketika pulang
 - Berat badan baru lahir (dalam gram)
 - Diagnosis utama
 - Diagnosis sekunder (komplikasi & ko-morbiditi)
 - Prosedur/tindakan
- c. Pengajuan klaim **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK PERTAMA** dilakukan setiap bulan secara rutin pada bulan berikutnya, dalam bentuk *softcopy* berupa file txt dan *hardcopy*.
- d. Selanjutnya tagihan klaim tersebut akan diverifikasi oleh Petugas Verifikator **PIHAK PERTAMA** dengan menggunakan *Software* verifikasi Klaim BPJS Kesehatan.
- e. Setelah verifikasi selesai dilakukan selanjutnya dibuat laporan pertanggungjawaban, yaitu:
 - 1) Rekapitulasi Klaim yang berisi jumlah klaim dan total klaim keseluruhan.
 - 2) Rekapitulasi Klaim Rawat Jalan :
 - Berisi rekapitulasi klaim Rawat Jalan per hari.
 - Ditanda tangani kedua belah pihak.
 - Buat salinan (fotocopy) sebagai arsip verifikator.
 - Simpan secara digital sebagai arsip.
 - 3) Rekapitulasi Klaim Rawat Inap :
 - Berisi daftar klaim Rawat Inap per hari.
 - Ditanda tangani kedua belah pihak.
 - Buat salinan (fotocopy) sebagai arsip verifikator.
 - Simpan secara digital sebagai arsip.
 - 4) Klaim koreksi.

10. Pembayaran Tagihan
 - a. **PIHAK PERTAMA** wajib membayar tagihan biaya pelayanan kesehatan **PIHAK KEDUA** paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap dan benar di Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota **PIHAK PERTAMA**.
 - b. Dalam hal terjadi keterlambatan pembayaran sebagaimana ditetapkan pada poin a maka **PIHAK PERTAMA** wajib membayar ganti rugi kepada **PIHAK KEDUA** sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.
 - c. Batas waktu maksimal pengajuan klaim dari **PIHAK KEDUA** adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan. Tagihan yang diajukan lebih dari (dua) tahun sejak berakhirnya Bulan Pelayanan dan/atau berakhirnya Perjanjian ini berhak untuk ditolak proses pembayarannya oleh **PIHAK PERTAMA**.
 - d. **PIHAK PERTAMA** tidak bertanggung jawab untuk membayar tagihan yang timbul karena **PIHAK KEDUA** memberikan fasilitas dan/atau pelayanan kesehatan di luar yang menjadi hak Peserta.
 - e. Apabila di kemudian hari ditemukan kelebihan atau kekurangan pembayaran maka **PARA PIHAK** wajib mengembalikan kelebihan atau membayar kekurangan yang dituangkan di dalam berita acara.
 - f. Biaya transfer antar bank menjadi tanggungan **PIHAK KEDUA**.
 - g. Berkas dokumen penagihan klaim dan pertanggungjawaban dana disimpan oleh **PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA** dan sewaktu-waktu dapat diaudit oleh pihak yang berwenang.

PIHAK PERTAMA
BPJS KESEHATAN CABANG [REDACTED]

PIHAK KEDUA
RUMAH SAKIT [REDACTED]

[REDACTED]
MANAGER

[REDACTED]
DIREKTUR