

**ADDENDUM**  
**PERJANJIAN KERJA SAMA**  
**ANTARA**  
**BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN**  
**CABANG BALIKPAPAN**  
**DENGAN**  
**PUSKESMAS BLUD BARU TENGAH**  
**TENTANG**  
**PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT PERTAMA**  
**BAGI PESERTA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL**

---

Nomor : 190/KTR/VIII-02/0123  
Nomor : 441/053/PKM-BRT

**Addendum** Perjanjian ini yang selanjutnya disebut "**Addendum**" dibuat dan ditandatangani di Balikpapan, pada hari Jumat tanggal Dua Puluh Bulan Januari tahun Dua Ribu Dua Puluh Tiga, oleh dan antara:

- I. **Sugiyanto, S.Kom., M.M., AAK**, selaku Kepala Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Cabang Balikpapan yang berkedudukan dan berkantor di Jalan Blora I No. 3 Balikpapan 76113 – Kalimantan Timur, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Keputusan Direksi BPJS Kesehatan Nomor : 0586/Peg-04/0419 tanggal 22 April 2019 karenanya sah bertindak untuk dan atas nama serta mewakili Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (disingkat BPJS Kesehatan), selanjutnya disebut "**PIHAK KESATU**";
- II. **drg. Rulida Osma Marisya**, selaku Kepala Puskesmas Baru Tengah berdasarkan Keputusan Walikota Balikpapan Nomor 821.2/165/SPL/BKPSDM/IX/2018 yang berkedudukan dan beralamat kantor di Jalan Letjend. Suprpto RT. 26 No. 30 Balikpapan, dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Puskesmas, selanjutnya disebut "**PIHAK KEDUA**".

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

Dengan terlebih dahulu menerangkan hal-hal sebagai berikut:

1. Bahwa **PARA PIHAK** telah menandatangani Perjanjian Kerja Sama Nomor 275/KTR/VIII-02/1222 dan Nomor: 440/653/PKM-BRT Tanggal 6 Desember 2022, selanjutnya disebut "PERJANJIAN INDUK"

Pihak I	Pihak II
<u>4</u>	<u>u</u>

2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 35);

Selanjutnya berdasarkan hal-hal tersebut diatas, **PARA PIHAK** sepakat untuk mengadakan perubahan atas **PERJANJIAN INDUK**, menjadi sebagai berikut:

- I. Mengubah dan menambah klausul dalam Lampiran Perjanjian Kerja Sama tentang Ruang Lingkup dan Prosedur Pelayanan Kesehatan sehingga menjadi sebagaimana Lampiran I **Addendum** ini.
- II. Mengubah dan menambah klausul dalam Lampiran Perjanjian Kerja Sama tentang Biaya dan Tata Cara Pembayaran Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama sehingga menjadi sebagaimana Lampiran II **Addendum** ini.
- III. Mengubah dan menambah klausul dalam Lampiran Perjanjian Kerja Sama tentang Pernyataan Persetujuan Jejaring Puskesmas Untuk Menundukkan Diri Pada Perjanjian Kerjasama sehingga menjadi sebagaimana Lampiran III **Addendum** ini.
- IV. Pasal-pasal lain berikut Lampiran yang tidak diubah dalam **Addendum** ini, tetap diberlakukan dan mengikat **PARA PIHAK** sebagaimana yang tertuang di dalam **PERJANJIAN INDUK**.
- V. **Addendum** ini merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari **PERJANJIAN INDUK**.
- VI. **Addendum** ini berlaku efektif sejak tanggal 23 Januari 2023 atau 14 (empat belas) hari sejak Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan diundangkan dengan pembayaran tarif sesuai ketentuan peralihan, yaitu:
  1. Tanggal 24 Januari 2023 untuk tarif non kapitasi; dan
  2. Bulan Februari tahun 2023 untuk pembayaran kapitasi.

Pihak I	Pihak II
<i>y</i>	<i>w</i>

Demikianlah, **Addendum** ini dibuat dengan itikad baik 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**.

4  
**PIHAK KESATU**  
**KEPALA BPJS KESEHATAN**  
**CABANG BALIKPAPAN**



**SUGIYANTO, S.KOM., M.M., AAK**

**PIHAK KEDUA**  
**KEPALA PUSKESMAS BLUD BARU TENGAH**



**drg. RULIDA OSMA MARISYA**

**MENGETAHUI**  
**KEPALA DINAS KESEHATAN**  
**KOTA BALIKPAPAN**



**dr. ANDI SRI JULIARTY, M.Kes**

Pihak I	Pihak II
4	u

**Lampiran I Addendum**

Nomor : 190/KTR/VIII-02/0123

Nomor : 441 / 053 / PKM - BRT

**RUANG LINGKUP DAN PROSEDUR  
PELAYANAN KESEHATAN**

**I. RUANG LINGKUP**

**A. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)**

1. Jenis pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
  - a. administrasi pelayanan;
  - b. promotif dan preventif perorangan;
  - c. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
  - d. tindakan medis non spesialisik;
  - e. kesehatan gigi non spesialisik;
  - f. obat dan bahan medis habis pakai;
  - g. pemeriksaan penunjang diagnostik tingkat pratama;
  - h. pelayanan kesehatan melalui pemanfaatan teknologi komunikasi dan informasi, meliputi tele konsultasi, promotif, dan preventif antara FKTP dan peserta terdaftar;
  - i. pelayanan Keluarga Berencana mencakup konseling, pemberian pil, dan kondom;
  - j. imunisasi rutin;
  - k. pemeriksaan fisik balita untuk stunting dan wasting; dan
  - l. skrining kesehatan.
  - m. pelayanan Program Rujuk Balik;
  - n. *home visit*.
  
2. Cakupan pelayanan medis rawat jalan tingkat pertama
  - a. kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama;
  - b. kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan;
  - c. kasus medis rujuk balik;
  - d. pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama;
  - e. pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita oleh bidan atau dokter;
  - f. pemberian imunisasi rutin terdiri atas imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan;
  - g. pelayanan keluarga berencana meliputi pemasangan dan/atau pencabutan IUD/implant, pelayanan suntik KB, penanganan komplikasi KB, Vasektomi;
  - h. rehabilitasi medik dasar;

Pihak I	Pihak II
4	u

- i. pelayanan laboratorium tingkat pratama.
- 3. Jenis pemeriksaan, pengobatan, konsultasi medis, tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai serta pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama yang dilakukan di **PIHAK KEDUA** sesuai dengan Panduan Praktik Klinis (PPK) bagi Dokter di Fasilitas pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama yang berlaku.
- 4. Kesehatan gigi non spesialisik mencakup:
  - a. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
  - b. premedikasi;
  - c. kegawatdaruratan oro-dental;
  - d. pencabutan gigi sulung melalui metode topical atau infiltrasi;
  - e. pencabutan gigi permanen tanpa penyulit;
  - f. obat paskaekstraksi;
  - g. tumpatan gigi; dan
  - h. scaling gigi pada gingivitis akut.
- 5. Pelayanan pemeriksaan penunjang pada program pengelolaan penyakit kronis
  - a. Pelayanan Penunjang Rujuk Balik bagi Peserta Penyandang Penyakit Kronis yang terdaftar sebagai Peserta Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis), meliputi:
    - 1) pemeriksaan gula darah sewaktu; (untuk Puskesmas tidak dicantumkan krn masuk SPM)
    - 2) pemeriksaan gula darah puasa (GDP);
    - 3) pemeriksaan gula darah *Post Prandial* (GDPP); (untuk Puskesmas tidak dicantumkan krn masuk SPM)
    - 4) pemeriksaan HbA1c; dan
    - 5) pemeriksaan kimia darah, meliputi:
      - a) *ureum*;
      - b) *kreatinin*;
      - c) kolesterol total;
      - d) kolesterol LDL;
      - e) kolesterol HDL; dan
      - f) *trigliserida*
    - 6) pemeriksaan urin analisis *microalbuminuria*.
  - b. Pelayanan kegiatan kelompok bagi peserta Prolanis, meliputi:
    - 1) Aktifitas fisik Prolanis
    - 2) Edukasi kesehatan Prolanis
- 6. Skrining Kesehatan:
  - a. Skrining Riwayat Kesehatan wajib dilakukan bagi Peserta JKN satu tahun sekali sesuai ketentuan.
  - b. Skirining Kesehatan Tertentu, meliputi:

Pihak I	Pihak II
4	6

- 1) pemeriksaan tekanan darah untuk penyakit stroke, *ischemic heart disease*, dan hipertensi;
- 2) pemeriksaan payudara klinis untuk penyakit kanker payudara;
- 3) pemeriksaan kadar haemoglobin (Hb) untuk penyakit anemia pada remaja putri;
- 4) pemeriksaan fisik paru untuk penyakit tuberkulosis, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), dan kanker paru;
- 5) pemeriksaan rapid antigen hepatitis B dan C untuk penyakit hepatitis;
- 6) pemeriksaan gula darah sewaktu, pemeriksaan gula darah puasa (GDP); dan pemeriksaan gula darah post prandial (GDPP) untuk penyakit diabetes mellitus;
- 7) pemeriksaan visual asam asetat (IVA-test) atau Papsmear untuk penyakit kanker leher Rahim;
- 8) pemeriksaan darah lengkap dan apus darah tepi untuk skrining *thalassemia*;
- 9) pemeriksaan *rectal touche* dan darah samar feses untuk skrining kanker usus.

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

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

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

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

Pihak I	Pihak II
$\mu$	$\bar{u}$

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

## II. PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN

### 1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

- a. Peserta melakukan pendaftaran pelayanan secara online melalui Mobile JKN yang terintegrasi dengan antrean pelayanan di **PIHAK KEDUA** atau melakukan pendaftaran secara langsung dengan sistem antrean di **PIHAK KEDUA** yang terkoneksi dengan Mobile JKN.
- b. Peserta menunjukkan Nomor Induk Kependudukan (selanjutnya disebut NIK) atau Nomor Kepesertaan BPJS Kesehatan. Dalam hal peserta berusia dibawah 17 tahun maka identitas lain yang dapat digunakan adalah Kartu Identitas Anak atau Kartu Keluarga (Peserta tidak perlu menyertakan fotokopi identitas).
- c. **PIHAK KEDUA** melakukan pengecekan keabsahan eligibilitas peserta melalui aplikasi **PIHAK KESATU**.
- d. Dalam hal Peserta JKN terdaftar dengan NIK yang tidak ditemukan pada data aplikasi **PIHAK KESATU** maka dalam mengakses pelayanan kesehatan wajib menunjukkan Kartu Indonesia Sehat/KIS Digital dan Kartu Tanda Penduduk/Elektronik (KTP-el). **PIHAK KEDUA** menginformasikan kepada Peserta JKN untuk melakukan pemutakhiran data Peserta ke **PIHAK KESATU**.
- e. **PIHAK KEDUA** melakukan pemeriksaan kesehatan/pelayanan penunjang/ pemberian tindakan/obat.
- f. Setelah mendapatkan pelayanan yang termasuk dalam non kapitasi, Peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh **PIHAK KEDUA** dan/atau jejaring **PIHAK KEDUA** sesuai lampiran VII.
- g. **PIHAK KEDUA** melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan pada rekam medis peserta serta wajib menginput ke dalam aplikasi BPJS Kesehatan secara lengkap dan tuntas.
- h. Apabila Peserta membutuhkan pelayanan KB, pemeriksaan kehamilan dan pasca melahirkan, imunisasi rutin, maka pelayanan dapat dilakukan oleh bidan atau dokter umum.

Pihak I	Pihak II
4	6

- i. Bila berdasarkan hasil pemeriksaan dokter ternyata Peserta memerlukan pemeriksaan ataupun tindakan spesialis/sub-spesialis sesuai dengan indikasi medis, maka FKTP akan memberikan surat rujukan ke FKRTL yang bekerjasama dengan **PIHAK KESATU** sesuai dengan sistem rujukan yang berlaku.
- j. Surat rujukan merupakan luaran aplikasi sesuai ketentuan **PIHAK KESATU**.

## 2. Pengelolaan Penyakit Kronis

### a. Pelayanan Penunjang Rujuk Balik:

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

### b. Pelayanan kegiatan kelompok bagi peserta Prolanis:

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

Pihak I	Pihak II
g	u

- 5) Peserta bersama dengan petugas FKTP melakukan kegiatan kelompok Prolanis.
- 6) Peserta harus menandatangani daftar hadir kegiatan kelompok Prolanis.
- 7) Faskes melakukan pencatatan pelayanan ke dalam aplikasi BPJS Kesehatan.
- 8) Faskes wajib menyimpan daftar hadir kegiatan kelompok sebagai salah satu kelengkapan berkas penagihan kepada **PIHAK KESATU**.

3. **Promotif Preventif melalui Pelayanan Skrining Kesehatan:**

- a. Peserta menunjukkan Nomor Induk Kependudukan (selanjutnya disebut NIK) atau Nomor Kepesertaan BPJS Kesehatan (Peserta tidak perlu menyertakan fotocopy kartu JKN).
- b. **PIHAK KEDUA** melakukan pengecekan keabsahan eligibilitas peserta melalui aplikasi BPJS Kesehatan.
- c. Dalam hal Peserta JKN terdaftar dengan NIK yang tidak ditemukan pada data aplikasi **PIHAK KESATU** maka dalam mengakses pelayanan kesehatan wajib menunjukkan Kartu Indonesia Sehat/KIS Digital dan Kartu Tanda Penduduk/Elektronik (KTP-el). **PIHAK KEDUA** menginformasikan kepada Peserta JKN untuk melakukan pemutakhiran data Peserta ke **PIHAK KESATU**.
- d. **PIHAK KEDUA** melakukan Skrining Riwayat Kesehatan melalui anamnesis riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
- e. Peserta yang telah melakukan skrining riwayat kesehatan oleh FKTP dan hasilnya berisiko Diabetes Mellitus selanjutnya FKTP dapat melakukan pemeriksaan gula darah puasa (GDP) dan pemeriksaan gula darah post prandial (GDPP) yang masuk dalam pembiayaan SPM.
- f. Bagi **PIHAK KEDUA** yang memberikan pelayanan Skrining Kesehatan tertentu yang melalui pengerahan massa yang terorganisir atau penjaringan tidak dapat ditagihkan kepada **PIHAK KESATU**.
- g. Bagi FKTP yang tidak mampu melakukan pelayanan Skrining Kesehatan, maka dapat memberikan Surat Pengantar Skrining kepada FKTP lain atau Laboratorium yang ditunjuk.

4. **Pelayanan Kontak Tidak Langsung**

- a. Pelayanan kontak tidak langsung diprioritaskan untuk digunakan sebagai bentuk pelayanan kesehatan di FKTP kepada peserta.
- b. Bentuk media komunikasi tidak langsung antara lain:
  - 1) Aplikasi Mobile JKN dan Aplikasi Mobile JKN Faskes;
  - 2) Media komunikasi yang dimiliki dokter dan peserta antara lain telepon, layanan pesan singkat (*Short Message Service/SMS*), aplikasi pesan lintas platform atau media sosial lain;
- c. Jenis Pelayanan kontak tidak langsung:
  - 1) Pelayanan kontak tidak langsung sehat (kontak sehat) adalah kontak yang dilakukan secara 2 (dua) arah antara FKTP dan peserta dalam pemberian informasi dan disertai dengan konsultasi tentang promotif preventif.

Pihak I	Pihak II
<i>f</i>	<i>u</i>

Penyampaian pesan secara masif/*broadcast* dan/atau tidak terdapat komunikasi 2 (dua) arah antara FKTP dan peserta, maka tidak termasuk ke dalam kategori Kontak tidak langsung.

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

d. Pelayanan Kontak Tidak Langsung adalah sebagai berikut:

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

2) Pelayanan konsultasi upaya promotif preventif seperti:

a) 3 Disiplin Plus!, yaitu:

(1) Disiplin pakai masker yang benar

(2) Disiplin menjaga jarak yang benar

(3) Disiplin mencuci tangan dengan sabun yang benar, Plus

(4) Menjaga pola hidup bersih dan sehat

b) membiasakan diri makan makanan sehat seperti buah dan sayuran, minum air putih, olah raga dan istirahat cukup, dan lainnya

3) Pelayanan konsultasi medis kepada peserta sesuai indikasi medis, dengan fokus peserta yang memiliki riwayat penyakit kronis, seperti peserta PRB dan Prolanis (baik kontak sehat maupun sakit).

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

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

a. Peserta datang ke **PIHAK KEDUA** yang memiliki fasilitas rawat inap.

b. **PIHAK KEDUA** dapat melayani Peserta yang terdaftar maupun Peserta yang dirujuk dari Faskes lain.

c. Peserta menunjukkan Nomor Induk Kependudukan (selanjutnya disebut NIK) atau Nomor Kepesertaan BPJS Kesehatan. Dalam hal peserta berusia dibawah 17 tahun maka identitas lain yang dapat digunakan adalah Kartu Identitas Anak atau Kartu Keluarga (Peserta tidak perlu menyertakan fotokopi identitas).

d. **PIHAK KEDUA** melakukan pengecekan keabsahan eligibilitas peserta melalui aplikasi **PIHAK KESATU**.

e. Dalam hal Peserta JKN terdaftar dengan NIK yang tidak ditemukan pada data aplikasi **PIHAK KESATU** maka dalam mengakses pelayanan kesehatan wajib menunjukkan Kartu Indonesia Sehat/KIS Digital dan Kartu Tanda Penduduk/Elektronik (KTP-el). **PIHAK KEDUA** menginformasikan kepada Peserta JKN untuk melakukan pemutakhiran data Peserta ke **PIHAK KESATU**.

f. **PIHAK KEDUA** melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan BMHP.

g. Setelah mendapatkan pelayanan yang termasuk dalam klaim non kapitasi, Peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing Faskes sesuai lampiran VII.

Pihak I	Pihak II
4	u

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

**PIHAK KESATU**  
 4 **KEPALA BPJS KESEHATAN**  
**CABANG BALIKPAPAN**  
  
**SUGIYANTO, S.KOM., M.M., AAK**

**PIHAK KEDUA**  
**KEPALA PUSKESMAS BLUD BARU**  
**TENGAH**  
  
**drg. RULIDA OSMA MARISYA**

Pihak I	Pihak II
4	u

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

**I. BIAYA PELAYANAN KESEHATAN**

**A. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)**

- a) Ketentuan Biaya RJTP
- a. Besaran tarif Kapitasi per FKTP ditetapkan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan kesepakatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan tingkat wilayah mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.
  - b. Besaran tarif kapitasi mempertimbangkan kriteria teknis yang meliputi:
    - 1) Sumber daya manusia, ditentukan berdasarkan:
      - a) ketersediaan dokter atau rasio dokter dengan jumlah peserta terdaftar; dan/atau
      - b) ketersediaan dokter gigi.
    - 2) Kriteria teknis kelengkapan sarana prasarana ditentukan berdasarkan ketersediaan sarana prasarana yang diperlukan dalam pemberian pelayanan oleh dokter dan dokter gigi.
    - 3) Kriteria teknis lingkup pelayanan ditentukan berdasarkan risiko peserta terdaftar.
    - 4) Kriteria teknis komitmen pelayanan ditentukan berdasarkan kinerja FKTP.
  - c. Besaran kapitasi yang diterima oleh FKTP adalah besaran tarif sesuai ketersediaan SDM dan sarana prasarana dikalikan dengan koefisien risiko peserta terdaftar berdasarkan umur dan jenis kelamin dan capaian kinerja.
  - d. Persyaratan ketersediaan jumlah dokter diantaranya berdasarkan masa berlaku Surat Izin Praktik dokter dan/atau dokter gigi serta Pakta Integritas yang disetujui oleh **PIHAK KEDUA**.
  - e. Dalam hal **PIHAK KEDUA** mengajukan perpanjangan SIP Dokter/Dokter Gigi yang sama tanpa jeda masa berlaku SIP dan dilakukan pemutakhiran pada aplikasi HFIS selambat-lambatnya 1 (satu) hari setelah tanggal terbit SIP maka pemutakhiran data SIP tersebut akan diperhitungkan pada koreksi pembayaran kapitasi bulan berikutnya oleh **PIHAK KESATU**.
  - f. Dokter/Dokter Gigi yang memiliki SIP di **PIHAK KEDUA** melakukan praktik sesuai jadwal praktik dokter pada lampiran VII dan atau pada aplikasi HFIS.
  - g. Dalam keadaan tertentu untuk kepentingan pemenuhan kebutuhan pelayanan, apabila dokter atau dokter gigi berhalangan melaksanakan praktik, maka **PIHAK KEDUA** dapat menunjuk dokter atau dokter gigi pengganti.

Pihak I	Pihak II
4	a

- h. **PIHAK KESATU** akan melakukan pembayaran klaim non kapitasi berdasarkan SIP Dokter/tenaga Kesehatan yang masih berlaku pada saat memberikan pelayanan non kapitasi.

b) Tarif Kapitasi

- a. Standar tarif kapitasi di Puskesmas minimal sebesar Rp 3.600,00 (tiga ribu enam ratus rupiah) sampai dengan maksimal Rp 9.000,00 (sembilan ribu rupiah) per peserta per bulan;
- b. Besaran tarif kapitasi berdasarkan ketersediaan dokter atau rasio dokter dengan jumlah peserta terdaftar dan/atau ketersediaan dokter gigi termasuk ketersediaan sarana dan prasarana sebagai berikut:

Ketersediaan dokter atau rasio dokter terhadap jumlah peserta	Ketersediaan dokter gigi	Besaran Tarif
Tersedia dokter dengan rasio 1: ≤ 5000	Tersedia dokter gigi	Rp 7.000,00 (tujuh ribu rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1: ≤ 5000	Tidak tersedia dokter gigi	Rp 6.300,00 (enam ribu tiga ratus rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1: > 5000	Tersedia dokter gigi	Rp 6.000,00 (enam ribu rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1: > 5000	Tidak tersedia dokter gigi	Rp 5.300,00 (lima ribu tiga ratus rupiah)
Tidak tersedia dokter	Tersedia dokter gigi	Rp 4.300,00 (empat ribu tiga ratus rupiah)
Tidak tersedia dokter	Tidak tersedia dokter gigi	Rp 3.600,00 (tiga ribu enam ratus rupiah)

- c. Besaran tarif kapitasi berdasarkan risiko peserta terdaftar:

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

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

Pihak I	Pihak II
γ	α

- 3) Koefisien risiko peserta terdaftar digunakan untuk mengalikan besaran tarif berdasarkan ketersediaan dokter atau rasio dokter dengan jumlah peserta terdaftar dan/atau ketersediaan dokter gigi.
- d. Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja\*\*\* (Bagi FKTP yang menjalankan KBK)
- 1) Penilaian capaian kinerja dan penyesuaian kapitasi dilakukan setiap bulan berdasarkan data luaran sistem informasi BPJS Kesehatan.
  - 2) Penyesuaian kapitasi berdasarkan capaian kinerja diberlakukan pada FKTP yang menerapkan Pembayaran KBK dan memenuhi kriteria sebagai berikut:
    - a) telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan minimal 1 (satu) tahun; dan/atau.
    - b) minimal Peserta terdaftar 5.000 (lima ribu) Peserta.
  - 3) Penilaian Capaian Kinerja
    - a) Indikator Kinerja
      - (1) Angka Kontak (AK)
        - (a) Indikator Angka Kontak (AK) dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut:
 
$$\text{Angka Kontak} = \frac{\text{jumlah peserta yang melakukan kontak}}{\text{jumlah Peserta terdaftar di FKTP}} \times 1000$$

Perhitungan Angka Kontak merupakan perbandingan antara jumlah Peserta terdaftar yang melakukan kontak dengan FKTP dengan total jumlah peserta terdaftar di FKTP dikali 1000 (seribu).
        - (b) Jumlah peserta yang melakukan kontak adalah jumlah peserta JKN (per nomor identitas peserta) yang terdaftar di 1 (satu) FKTP dan mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam 1 (satu) bulan.
        - (c) Jumlah peserta terdaftar adalah jumlah peserta JKN yang terdaftar di suatu FKTP per bulan.
          - i. Bentuk Kontak yang menjadi catatan penilaian adalah:
          - ii. Tempat kontak
          - iii. Jenis Pelayanan
            - Kunjungan Sakit
            - Kunjungan Sehat
            - Pelayanan Kontak Langsung
            - Pelayanan Kontak Tidak Langsung
        - (d) Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan kontak FKTP dengan kondisi di tempat dan jenis pelayanan sebagaimana huruf (c) yang

Pihak I	Pihak II
4	α

dicatatkan pada aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan.

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

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

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

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

- (b) Jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialistik adalah jumlah rujukan dengan diagnosa yang termasuk dalam jenis penyakit yang menjadi kompetensi dokter di FKTP sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (c) Rujukan kasus non spesialistik dengan kriteria *Time, Age, Complication* dan *Comorbidity* (TACC) tidak diperhitungkan dalam jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialistik.
- (d) Jumlah rujukan FKTP adalah total jumlah rujukan FKTP ke FKRTL.
- (e) Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan rujukan peserta ke FKRTL pada Sistem Informasi BPJS Kesehatan.

(3) Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)

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

**RPPT**

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

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

**RPPT DM**

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

Perhitungan Rasio Peserta Prolanis DM Terkendali merupakan perbandingan antara jumlah pasien DM yang

Pihak I	Pihak II
4	a

terdaftar sebagai peserta Prolanis dengan kadar gula darah puasa terkendali dengan jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM dikali 100% (seratus persen).

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

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

- (b) Jumlah Peserta Prolanis terkendali adalah peserta dengan diagnosa penyakit DM atau HT yang terdaftar sebagai peserta Prolanis dengan kadar gula darah puasa bagi pasien DM atau tekanan darah bagi pasien HT terkendali.
  - (c) Jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM atau HT adalah peserta terdaftar di FKTP yang telah ditegaskan diagnosa penyakit DM atau HT.
  - (d) Kriteria terkendali adalah:
    - (1) pasien DM dengan capaian kadar gula darah puasa; dan
    - (2) pasien HT dengan capaian tekanan darah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh Organisasi Profesi.
  - (e) Penjaminan pelayanan pemeriksaan kadar gula darah puasa sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
  - (f) Ketentuan mengenai pengelolaan Peserta Prolanis mengacu pada Pedoman Program Pengelolaan Penyakit Kronis yang berlaku.
  - (g) Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan pemantauan kadar gula darah puasa dan tekanan darah pasien pada Sistem Informasi BPJS Kesehatan.
- 4) Perhitungan capaian Pembayaran KBK
- a) Bobot indikator kinerja Pembayaran KBK adalah sebagai berikut:
    - (1) Indikator angka kontak adalah sebesar 40% (empat puluh persen)
    - (2) Indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik adalah sebesar 50% (lima puluh persen)

Pihak I	Pihak II
4	50

- (3) Indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali adalah sebesar 10% (sepuluh persen)

b) Target Indikator Kinerja

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

- (1) Target indikator angka kontak adalah paling sedikit 150‰ (seratus lima puluh permil)
- (2) Target indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik adalah paling banyak 2% (dua persen)
- (3) Target indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali adalah paling sedikit 5% (lima persen)

c) Kriteria penilaian

Kriteria penilaian Pembayaran KBK dibagi dalam 4 kriteria rating berdasarkan target indikator kinerja, dengan ketentuan sebagai berikut:

- (1) Kriteria penilaian angka kontak:
  - (a) Kriteria rating 1 apabila capaian angka kontak  $\leq 140\%$
  - (b) Kriteria rating 2 apabila capaian angka kontak  $> 140\%$  -  $145\%$
  - (c) Kriteria rating 3 apabila capaian angka kontak  $> 145\%$  -  $< 150\%$
  - (d) Kriteria rating 4 apabila capaian angka kontak  $\geq 150\%$
- (2) Kriteria penilaian Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik
  - (a) Kriteria rating 1 apabila capaian RRNS  $> 3\%$
  - (b) Kriteria rating 2 apabila capaian RRNS  $> 2,5\%$  -  $3\%$
  - (c) Kriteria rating 3 apabila capaian RRNS  $> 2\%$  -  $2,5\%$
  - (d) Kriteria rating 4 apabila capaian RRNS  $\leq 2\%$
- (3) Kriteria penilaian Rasio Peserta Prolanis Terkendali
  - (a) Kriteria rating 1 apabila capaian RPPT  $< 3\%$
  - (b) Kriteria rating 2 apabila capaian RPPT  $3\%$  -  $< 4\%$
  - (c) Kriteria rating 3 apabila capaian RPPT  $4\%$  -  $< 5\%$
  - (d) Kriteria rating 4 apabila capaian RPPT  $\geq 5\%$

Pihak I	Pihak II
4	a

Tabel 1  
Penilaian PKBK

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

d) Penilaian capaian Pembayaran KBK

- (1) Penilaian capaian Pembayaran KBK dilakukan atas perhitungan antara bobot indikator kinerja dikalikan dengan rating dari kriteria penilaian capaian kinerja.
- (2) Besaran pembayaran kapitasi per FKTP berdasarkan penjumlahan nilai capaian Pembayaran KBK per masing-masing indikator, dengan ketentuan sebagai berikut:
  - (a) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 4 (empat), maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 100% (seratus persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
  - (b) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 3-<4, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 95% (sembilan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
  - (c) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 2-<3, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 90% (sembilan puluh persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
  - (d) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 1-<2, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 85% (delapan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.

Pihak I	Pihak II
4	4

Tabel 2  
Penyesuaian Pembayaran Kapitasi Berdasarkan Nilai Capaian PKBK

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

e) Ketentuan besaran pembayaran kapitasi:

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

c) Tarif non kapitasi pada RJTP

No	Pemeriksaan	Tarif	Keterangan
1	Pemeriksaan penunjang pada program pengelolaan penyakit kronis		
	Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu (GDS)	Rp 20.000,00 (Dua Puluh Ribu Rupiah)	Sesuai indikasi medis
	Pemeriksaan Gula Darah Puasa (GDP).	Rp 20.000,00 (Dua Puluh Ribu Rupiah)	1 bulan 1 kali
	Pemeriksaan Gula Darah Post Prandial (GDPP)	Rp 20.000,00 (Dua Puluh Ribu Rupiah)	1 bulan 1 kali
	Pemeriksaan HbA1c	Rp 160.000,00 (Seratus Enam Puluh Ribu Rupiah)	3 (tiga) sampai dengan 6 (enam) bulan 1 (satu) kali
	Pemeriksaan Ureum	Rp 30.000,00 (Tiga Puluh Ribu Rupiah)	2 kali dalam 1 tahun
	Pemeriksaan Kreatinin	Rp 30.000,00 (Tiga Puluh Ribu Rupiah)	2 kali dalam 1 tahun
	Pemeriksaan Kolesterol Total	Rp 45.000,00 (Empat Puluh Lima	2 kali dalam 1 tahun

Pihak I	Pihak II
/	u

No	Pemeriksaan	Tarif	Keterangan
		Ribu Rupiah)	
	Pemeriksaan Kolesterol LDL	Rp 60.000,00 (Enam Puluh Ribu Rupiah)	2 kali dalam 1 tahun
	Pemeriksaan Kolesterol HDL	Rp 45.000,00 (Empat Puluh Lima Ribu Rupiah)	2 kali dalam 1 tahun
	Pemeriksaan Trigliserida	Rp 50.000,00 (Lima Puluh Ribu Rupiah)	2 kali dalam 1 tahun
	Pemeriksaan Microalbuminuria	Rp 120.000,00 (Seratus Dua Puluh Ribu Rupiah)	2 kali dalam 1 tahun
2	Tarif Pelayanan skrining kesehatan tertentu		
	Pemeriksaan IVA	-	Masuk dalam Pembiayaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pemerintah Daerah
	Pemeriksaan papsmear	paling tinggi sebesar Rp 125.000,00 (Seratus Dua Puluh Lima Ribu Rupiah);	1 kali dalam setahun.
	Pemeriksaan gula darah sewaktu (GDS), gula darah puasa (GDP), dan gula darah <i>Post Prandial</i> (GDPP)	-	Masuk dalam Pembiayaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pemerintah Daerah
	Pemeriksaan darah lengkap dan apus darah tepi untuk skrining <i>thalasemia</i>	Rp 55.000,00 (Lima Puluh Lima Ribu Rupiah)	
	Pemeriksaan <i>rectal touche</i> dan darah samar feses untuk skrining kanker usus	Rp 45.000,00 (Empat Puluh Lima Ribu Rupiah).	
	Terapi Krio	Rp 150.000,00 (Seratus Lima Puluh Ribu Rupiah)	Untuk kasus IVA Positif

Pihak I	Pihak II
<i>f</i>	<i>w</i>

No	Pemeriksaan	Tarif	Keterangan
3	Pelayanan Kesehatan masa hamil ( <i>ante natal care</i> )		
	a. 1 (satu) kali pada trimester pertama yang dilakukan oleh dokter beserta pemeriksaan ultrasonografi (USG);		
	b. 2 (dua) kali pada trimester kedua yang dapat dilakukan oleh dokter atau bidan; dan		
	c. 3 (tiga) kali pada trimester ketiga yang dilakukan oleh dokter atau bidan, dengan kunjungan kelima dilakukan oleh dokter beserta pemeriksaan USG.		
	Paket ANC	Rp 140.000,00 (Seratus Empat Puluh Ribu Rupiah)	- ANC dilakukan oleh dokter disertai USG.
Rp 80.000,00 (Delapan Puluh Ribu Rupiah)		- ANC dilakukan oleh dokter	
Rp 60.000,00 (Enam Puluh Ribu Rupiah)		- ANC dilakukan oleh bidan Puskesmas	
Rp 70.000,00 (Tujuh Puluh Ribu Rupiah)		- ANC dilakukan oleh bidan jejaring	
<p>Dalam kondisi tertentu karena tidak ada dokter atau sarana pemeriksaan ultrasonografi (USG) dalam fasilitas kesehatan, pelayanan masa hamil (<i>ante natal care</i>) pada kunjungan trimester pertama dan kunjungan kelima di trimester ketiga dapat dilakukan oleh :</p> <p>a. dokter tanpa pemeriksaan USG: atau</p> <p>b. dilakukan oleh bidan.</p>			
4	Pelayanan Kesehatan masa sesudah melahirkan ( <i>Post Natal Care</i> ) Ibu dan bayi baru lahir.		
	<p>Tarif pelayanan untuk pemeriksaan masa sesudah melahirkan dilaksanakan dengan 3 (tiga) kali kunjungan ibu nifas dan bayi baru lahir serta 1 (satu) kali kunjungan ibu nifas keempat, yang meliputi:</p> <p>a. 1 (satu) kali pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 2 (dua) hari pasca persalinan untuk Ibu dan bayi;</p> <p>b. 1 (satu) kali pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari pasca persalinan untuk ibu dan bayi</p> <p>c. 1 (satu) kali pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari pascapersalinan untuk ibu dan bayi dan</p> <p>d. 1 (satu) kali pada periode 29 (dua puluh sembilan) hari sampai dengan 42 (empat puluh dua) hari pasca persalinan untuk ibu.</p>		
	Pemeriksaan PNC	Rp 40.000,00 (Empat Puluh Ribu	Untuk Puskesmas Maksimal PNC ibu 4 kali

Pihak I	Pihak II
<i>f</i>	<i>u</i>

No	Pemeriksaan	Tarif	Keterangan
		Rupiah) untuk setiap kunjungan	Dan bayi baru lahir 3 kali
		Rp 50.000,00 (Lima Puluh Ribu Rupiah) untuk setiap kunjungan.	Untuk bidan jejaring Maksimal PNC ibu 4 kali dan bayi baru lahir 3 kali.
5	Pra rujukan pada komplikasi kehamilan	Rp 180.000,00 (Seratus Delapan Puluh Ribu Rupiah)	
6	Pelayanan Kontrasepsi Tarif Non Kapitasi pelayanan kontrasepsi meliputi: a. pra pelayanan kontrasepsi; b. tindakan pemberian pelayanan kontrasepsi; dan c. pasca pelayanan kontrasepsi.		
	pemasangan dan/atau pencabutan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)	Rp 105.000,00 (Seratus Lima Ribu Ribu Rupiah)	
	pemasangan dan/atau pencabutan implan	Rp 105.000,00 (Seratus Lima Ribu Ribu Rupiah)	
	Pelayanan suntik KB	Rp 20.000,00 (Dua Puluh Ribu Rupiah)	setiap kali suntik
	Penanganan komplikasi KB	Rp 125.000,00 (Seratus Dua Puluh Lima Ribu)	
	Pelayanan Keluarga Berencana metode Operasi Pria (KBMOP)/vasektomi	Rp 370.000,00 (Tiga Ratus Tujuh Puluh Ribu Rupiah)	
7	Protesa Gigi	Maksimal Rp 1.000.000,00 (Satu Juta Rupiah)	Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali sesuai indikasi medis untuk rahang gigi yang sama - 2 (dua) rahang gigi, maksimal sebesar Rp. 1.000.000,00 (Satu Juta Rupiah) - 1 (satu) rahang gigi, maksimal sebesar Rp.

Pihak I	Pihak II
4	u

No	Pemeriksaan	Tarif	Keterangan
8			500.000,00 (Lima Ratus Ribu Rupiah).
	Ambulans	Sesuai dengan tarif Pemerintah Daerah	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diberikan pada pelayanan ambulans darat atau air untuk pasien rujukan dengan kondisi tertentu dari FKTP ke FKTP lain atau ke FKRTL disertai dengan upaya menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.</li> <li>- Dalam hal belum terdapat standar tarif ambulans yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah setempat, biaya ambulans dibayarkan mengacu pada standar biaya yang berlaku pada Pemerintah Daerah terdekat dengan karakteristik geografis yang setara.</li> </ul>

Pembiayaan Kegiatan Kelompok Prolanis, meliputi:

No	Pelayanan	Biaya (Rp)	Ketentuan
1	Edukasi Kesehatan Prolanis	<p>a. Paling banyak Rp 890.000,00 (Delapan Ratus Sembilan Puluh Ribu Rupiah) per kegiatan per klub untuk pertemuan tatap muka secara langsung (<i>offline</i>). Dengan rincian:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Honor narasumber: Rp. 500.000,00 (Lima Ratus Ribu Rupiah) per kegiatan</li> <li>2) <i>Unit Cost</i> konsumsi peserta Prolanis maksimal Rp 13.000,00 (Tiga Belas Ribu Rupiah) per peserta per kegiatan</li> </ol> <p>b. Rp 500.000,00 (Lima Ratus Ribu Rupiah) per kegiatan per klub</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dilaksanakan paling banyak 1 (satu) kali per Klub per bulan oleh FKTP kepada Peserta Prolanis.</li> <li>2. Jumlah minimal Peserta Prolanis yang mengikuti edukasi kesehatan sebanyak 15 (lima belas) peserta dan maksimal sebanyak 30 (tiga puluh) peserta.</li> <li>3. Biaya pertemuan secara daring (<i>online</i>) sebesar Rp 500.000 (Lima Ratus Ribu Rupiah)</li> </ol>

Pihak I	Pihak II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

		untuk pertemuan secara daring ( <i>online</i> ).	merupakan honor narasumber. 4. Biaya dikenakan pajak penghasilan sesuai ketentuan perpajakan yang berlaku.
2	Aktivitas Fisik Prolanis	<p>a. Paling banyak Rp 590.000,00 (Lima Ratus Sembilan Puluh Ribu Rupiah) per kegiatan per klub untuk pertemuan tatap muka secara langsung (<i>offline</i>). Dengan rincian:</p> <p>1) Honor instruktur: Rp 200.000,00 (Dua Ratus Ribu Rupiah) per kegiatan 2) <i>Unit Cost</i> konsumsi peserta Prolanis maksimal Rp 13.000,00 (Tiga Belas Ribu Rupiah) per peserta per kegiatan</p> <p>b. Rp 200.000,00 (Dua Ratus Ribu Rupiah) per kegiatan per klub untuk pertemuan secara daring (<i>online</i>).</p>	<p>1. Diberikan paling banyak 1 (satu) kali per Klub per minggu oleh FKTP kepada Peserta Prolanis. 2. Jumlah minimal Peserta Prolanis yang mengikuti aktifitas fisik sebanyak 15 (lima belas) peserta dan maksimal sebanyak 30 (tiga puluh) peserta. 3. Biaya pertemuan secara daring (<i>online</i>) sebesar Rp 200.000 (Dua Ratus Ribu Rupiah) merupakan honor nara sumber. 4. Biaya dikenakan pajak penghasilan sesuai ketentuan perpajakan yang berlaku.</p>

d) Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) \*\* bagi Puskesmas dengan fasilitas rawat inap

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

Pihak I	Pihak II
4	u

No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)
1	persalinan dilakukan oleh tim paling sedikit 1 (satu) orang dokter dan 2 (dua) orang tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan. Termasuk pengambilan sampel Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) yang dilakukan oleh bidan atau dokter	Rp 1.000.000,00
2	persalinan tanpa komplikasi dilakukan oleh tim paling sedikit 2 (dua) orang tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan dalam kondisi tertentu, termasuk pengambilan sampel Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK).	Rp 800.000,00
3	persalinan dengan tindakan emergensi dasar di Puskesmas PONED, termasuk pengambilan sampel Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK). Lama perawatan 2 (dua) hari	Rp 1.250.000,00
4	persalinan dengan tindakan emergensi dasar di Puskesmas PONED, termasuk pengambilan sampel Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK). Lama perawatan 3 (tiga) hari	Rp 1.500.000,00
5	tindakan pasca persalinan di Puskesmas PONED	Rp 180.000,00

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

## II. TATA CARA PENGAJUAN KLAIM

1. **PIHAK KEDUA** mengajukan klaim pelayanan kesehatan secara kolektif kepada Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota **PIHAK KESATU** secara periodik dan lengkap dengan dilengkapi dokumen pengajuan klaim. Langkah-langkah pengajuan klaim diantaranya sebagai berikut:
  - a. **PIHAK KEDUA** melakukan input data pelayanan pada sistem informasi (aplikasi).
  - b. **PIHAK KEDUA** melakukan input data penagihan klaim pelayanan non kapitasi pada sistem informasi (aplikasi) segera setelah pelayanan selesai diberikan
  - c. **PIHAK KEDUA** mempersiapkan dokumen pendukung tagihan klaim sesuai ketentuan yang berlaku.
  - d. Jejaring **PIHAK KEDUA** dapat melakukan entri data pelayanan pada sistem informasi (aplikasi), kemudian melalui persetujuan **PIHAK KEDUA** disampaikan kepada **PIHAK KESATU**.
  - e. Jejaring **PIHAK KEDUA** menyiapkan dokumen pendukung tagihan klaim sesuai ketentuan yang berlaku untuk disampaikan kepada **PIHAK KESATU** melalui **PIHAK KEDUA**.
  - f. **PIHAK KEDUA** melengkapi dokumen kelengkapan administrasi klaim sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
  - g. **PIHAK KEDUA** berkewajiban memeriksa kesesuaian dan kelengkapan berkas pengajuan klaim oleh jejaringnya.

Pihak I	Pihak II
<i>f</i>	<i>w</i>

- h. **PIHAK KEDUA** menyampaikan dokumen kelengkapan administrasi klaim kepada **PIHAK KESATU**.
  - i. **PIHAK KEDUA** dan jejaring dapat melakukan monitoring tahapan proses penyelesaian klaim melalui sistem informasi (aplikasi).
  - j. **PIHAK KEDUA** melakukan pengelolaan klaim dengan baik dengan mempertimbangkan tahapan proses pengajuan klaim agar tidak melampaui batas waktu pengajuan klaim yang terhitung sejak pelayanan non kapitasi diberikan sampai dengan pengajuan klaim (formulir pengajuan klaim/FPK) melalui sistem informasi (aplikasi) dan penerimaan dokumen klaim oleh **PIHAK KESATU**.
  - k. **PIHAK KEDUA** wajib mendokumentasikan pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai prinsip tata kelola rekam medis.
2. **PIHAK KESATU** melakukan proses pengelolaan klaim yang disampaikan oleh **PIHAK KEDUA** diantaranya sebagai berikut:
- a. Menerima dan melakukan pemeriksaan kesesuaian jumlah dokumen tagihan klaim sesuai ketentuan yang berlaku melalui format digital serah terima pada aplikasi verifikasi.
  - b. Apabila dokumen tagihan klaim yang disampaikan oleh **PIHAK KEDUA** terdapat ketidaksesuaian jumlah, maka pengajuan klaim tersebut akan dikembalikan untuk dilakukan perbaikan oleh **PIHAK KEDUA** dan menyampaikan kembali ke **PIHAK KESATU** apabila telah diperbaiki dengan tetap mempertimbangkan batas waktu kedaluarsa klaim.
  - c. Menyatakan dokumen lengkap apabila telah sesuai melalui format digital berkas lengkap pada aplikasi verifikasi.
  - d. **PIHAK KESATU** melakukan proses verifikasi sejak dokumen tagihan klaim dinyatakan lengkap melalui format digital berkas lengkap pada aplikasi verifikasi.
  - e. **PIHAK KESATU** menyampaikan persetujuan hasil verifikasi kepada **PIHAK KEDUA** berupa dokumen umpan balik (*hardfile*) dan/ atau dokumen umpan balik secara elektronik melalui sistem informasi yang dikembangkan oleh **PIHAK KESATU**.
  - f. **PIHAK KEDUA** berkewajiban untuk segera memberikan persetujuan atas dokumen umpan balik hasil verifikasi dalam waktu 1 (satu) hari kerja.
  - g. Dalam hal **PIHAK KEDUA** belum menyerahkan persetujuan klaim sebagaimana dimaksud pada huruf f, **PIHAK KEDUA** dianggap menyetujui hasil verifikasi klaim **PIHAK KESATU**, dan proses selanjutnya terhadap klaim dapat dilanjutkan. Persetujuan Klaim yang telah ditanda tangani oleh **PIHAK KEDUA** dapat disusulkan paling lambat pada hari jatuh tempo pembayaran klaim. Dalam hal terjadi keterlambatan penyerahan persetujuan klaim kepada **PIHAK KEDUA**, maka **PIHAK KEDUA** harus membuat Pernyataan Keterlambatan tersebut.

Pihak I	Pihak II
γ	α

- h. **PIHAK KESATU** melakukan proses tindak lanjut pembayaran klaim kepada **PIHAK KEDUA**.
- i. Tahapan proses penyelesaian klaim mulai dari pengajuan klaim sampai dengan selesai verifikasi dapat dimonitor melalui aplikasi.

### III. TATA CARA PEMBAYARAN

1. Pemilihan fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar berdasarkan pilihan Peserta.
2. Ketentuan mutasi tambah kurang Peserta
  - a. Peserta lama yang melakukan pergantian FKTP;
 

Apabila Peserta melakukan perpindahan (mutasi) dari FKTP sebelumnya ke FKTP lainnya pada bulan berjalan, maka perhitungan kapitasi pada FKTP yang baru akan dihitung pada bulan berikutnya.
  - b. Peserta baru
    - 1) Peserta baru yang masuk pada tanggal 1 sd 31 bulan berjalan, dapat langsung dilayani meskipun kapitasi belum dibayarkan.
    - 2) Perhitungan kapitasi dengan penambahan Peserta baru yang masuk pada tanggal 1 sd 31 bulan berjalan, maka kapitasi pada bulan berjalan tersebut akan dibayarkan dengan menambahkan pada pembayaran kapitasi pada bulan berikutnya.
3. Pembayaran biaya kapitasi kepada **PIHAK KEDUA** paling lambat tanggal 15 (lima belas) pada bulan berjalan, dalam hal pembayaran kapitasi jatuh pada hari libur maka pembayaran dilakukan pada hari kerja berikutnya.
4. Jika **PIHAK KEDUA** belum membuat dan menyetujui Pakta Integritas sampai dengan tanggal 4 setiap bulan, maka persetujuan Pakta Integritas akan dilakukan secara otomatis melalui aplikasi sesuai data SDM yang ada. Ketidaksihonestan SDM karena **PIHAK KEDUA** tidak melakukan persetujuan Pakta Integritas sepenuhnya menjadi tanggungjawab **PIHAK KEDUA**.
5. Pembayaran kapitasi dilakukan berdasarkan besaran tarif kapitasi perjiwa perbulan sebesar Netto, yaitu nilai tersebut telah dikurangi dengan pajak sesuai ketentuan yang berlaku dan biaya administrasi bank.
6. Dalam hal terjadi kelebihan atau kekurangan atas pembayaran kapitasi, maka akan dilakukan koreksi terhadap pembayaran kapitasi.
7. Kelebihan atau kekurangan yang dimaksud dapat disebabkan oleh:
  - a. Hasil rekonsiliasi jumlah kepesertaan
  - b. Hasil audit baik oleh auditor internal maupun eksternal
  - c. Hal lain yang menyebabkan terjadinya kelebihan atau kekurangan pembayaran kapitasi
8. Penyesuaian penetapan besaran tarif kapitasi dalam hal terjadi penambahan ketersediaan sumber daya manusia khususnya tenaga kesehatan, lingkup pelayanan dan/atau komitmen pelayanan yang mempengaruhi kapasitas layanan dan besaran kapitasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku, diberlakukan pada

Pihak I	Pihak II
<i>g</i>	<i>w</i>

- bulan berikutnya setelah **PIHAK KEDUA** melakukan *update* melalui aplikasi HFIS dikecualikan untuk FKTP non jarkomdat melakukan pemberitahuan secara tertulis.
9. Apabila terjadi keterlambatan pemberitahuan dan/atau tidak ada *update* pada aplikasi HFIS oleh **PIHAK KEDUA**, terhadap terjadinya pengurangan ketersediaan sumber daya manusia khususnya tenaga kesehatan yang berhenti melakukan praktik, seperti Surat Izin Praktik habis masa berlaku, dokter pindah tempat tugas, dokter meninggal dunia dan lain-lain dan/atau pengurangan lingkup pelayanan dan/atau komitmen pelayanan, maka penyesuaian besaran tarif kapitasi diberlakukan sejak terjadinya pengurangan.
  10. Kelebihan pembayaran kapitasi akibat kejadian sebagaimana angka 8 diatas, akan dikompensasikan pada pembayaran kapitasi bulan berikutnya.
  11. Kelebihan pembayaran non kapitasi karena *incorrect claim* (ketidaksesuaian Klaim) atau hasil audit akan dikompensasikan pada pembayaran non kapitasi bulan berikutnya dan/atau melalui mekanisme lain yang disepakati oleh **PARA PIHAK**.
  12. Kelebihan atau kekurangan yang disebabkan oleh hasil rekonsiliasi jumlah kepesertaan PBI JK dan PBPU BP Pemda sesuai dengan ketentuan yang berlaku akan dikompensasikan dan diinformasikan secara tertulis oleh **PIHAK KESATU** kepada **PIHAK KEDUA**.
  13. Kompensasi kelebihan atau kekurangan pembayaran kapitasi dan non kapitasi dituangkan dalam berita acara yang disepakati oleh **PARA PIHAK**.
  14. Biaya pelayanan kesehatan yang dibayar dengan tarif non kapitasi untuk pelayanan yang telah dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** maupun jejaringnya, diajukan secara kolektif oleh **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK KESATU** dengan kelengkapan administrasi berdasarkan pada ketentuan yang berlaku.
  15. Dalam hal **PIHAK KESATU** terlambat dalam melakukan pembayaran klaim non kapitasi, maka **PIHAK KESATU** akan melakukan pembayaran denda kepada **PIHAK KEDUA** sebesar 1 % (satu persen) dari jumlah pembayaran klaim non kapitasi yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan dengan mekanisme sebagai berikut:
    - a. **PIHAK KESATU** dan **PIHAK KEDUA** melakukan rekonsiliasi perhitungan dan pembuatan Berita Acara Kesepakatan Denda.
    - b. Berita Acara Kesepakatan Denda untuk klaim Bidan Jejaring ditandatangani oleh **PIHAK KEDUA** yang menaungi.
    - c. Berita Acara Kesepakatan Denda meliputi kesepakatan atas jumlah hari keterlambatan, besaran nilai denda, serta kesediaan kedua belah pihak untuk patuh dan tunduk terhadap kesepakatan yang telah dibuat tanpa mengajukan upaya hukum.
    - d. Denda keterlambatan pembayaran non kapitasi dihitung secara proporsional secara harian menggunakan hari kalender dengan perhitungan besaran jumlah denda untuk keterlambatan sebagai berikut:

Pihak I	Pihak II
?	u

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

Keterangan:

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

16. **PIHAK KEDUA** tidak diperkenankan menarik biaya apapun terhadap Peserta sepanjang pelayanan kesehatan yang diberikan masih tercakup dalam ruang lingkup Perjanjian ini;
17. Pembayaran dana kapitasi dan non kapitasi termasuk promotif preventif untuk kegiatan kelompok Prolanis dari **PIHAK KESATU** melalui rekening yang telah ditetapkan dalam Keputusan Kepala Puskesmas sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
18. Rekening dana kapitasi JKN dan non kapitasi termasuk promotif preventif sebagaimana dimaksud pada angka 17 disampaikan oleh Kepala Puskesmas kepada **PIHAK KESATU**;
19. Nomor rekening pembayaran dana kapitasi JKN dan tagihan non kapitasi termasuk promotif preventif dari **PIHAK KESATU** kepada **PIHAK KEDUA**, sebagai berikut:

**Rekening Kapitasi**

Rekening Atas Nama :PUSKESMAS BARU TENGAH  
 Nama Bank :BANK BRI  
 Nomor Rekening :012101003099303  
 No. NPWP :60.692.558.4-729.000  
 Nama NPWP :PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT BARU TENGAH

**Rekening Non Kapitasi**

Rekening Atas Nama :PUSKESMAS BARU TENGAH  
 Nama Bank :BANK BRI  
 Nomor Rekening :012101003099303  
 No. NPWP :60.692.558.4-729.000  
 Nama NPWP :PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT BARU TENGAH

**Rekening Promotif Preventif**

Rekening Atas Nama :PUSKESMAS BARU TENGAH  
 Nama Bank :BANK BRI  
 Nomor Rekening :012101003099303  
 No. NPWP :60.692.558.4-729.000  
 Nama NPWP :PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT BARU TENGAH

20. Pembayaran dari **PIHAK KESATU** kepada Jejaring Faskes melalui mekanisme transfer bank ke nomor rekening masing-masing Jejaring Faskes sebagaimana pada Lampiran V Perjanjian ini.

Pihak I	Pihak II
1	2

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


  
**PIHAK KESATU**  
**KEPALA BPJS KESEHATAN**  
**CABANG BALIKPAPAN**  
  
**SUGIYANTO, S.KOM., M.M., AAK**


  
**PIHAK KEDUA**  
**KEPALA PUSKESMAS BLUD BARU**  
**TENGAH**  
  
**drg. RULIDA OSMA MARISYA**

Pihak I	Pihak II
4	u

**PERNYATAAN PERSETUJUAN JEJARING PUSKESMAS BLUD BARU TENGAH UNTUK  
MENUNDUKKAN DIRI PADA PERJANJIAN KERJASAMA**

Kami yang bertandatangan dibawah ini :

**Rumah Bersalin (RB)/Bidan**

- Nama Penanggungjawab : -
- Alamat Praktik : -
- Surat Izin Operasional : -
- Nomor Telepon : -
- Nama Bank\* : -
- Nomor Rekening\* : -
- Rekening Atas Nama\* : -
- NPWP\* : -
- Email : -
- Masa Berlaku PKS Jejaring : -

*Ket\* : Hanya untuk RB/Bidan Jejaring*

**Rumah Bersalin (RB)/Bidan**

- Nama Penanggungjawab : -
- Alamat Praktik : -
- Surat Izin Operasional : -
- Nomor Telepon : -
- Nama Bank\* : -
- Nomor Rekening\* : -
- Rekening Atas Nama\* : -
- NPWP\* : -
- Email : -
- Masa Berlaku PKS Jejaring : -

**Laboratorium**

- Nama Penanggungjawab : dr. Ranisa Handayani, SpPK
- Alamat Praktik : Jl. Wain No. 33 RT 007 Baru Ilir, Kec. Balikpapan Barat
- Surat Izin Operasional : 08042200211480001
- Nomor Telepon : (0542) 7256485
- Email : sayangibubpn@yahoo.com
- Masa Berlaku PKS Jejaring : 31 Desember 2023

**: RSKB SAYANG IBU BALIKPAPAN**

Pihak I	Pihak II
4	a

## Apotek

- Nama Penanggungjawab : -
- Alamat Praktik : -
- Surat Izin Operasional : -
- Nomor Telepon : -
- Email : -
- Masa Berlaku PKS Jejaring : -

Dengan memepertimbangkan hal-hal sebagai berikut :

- i. Pasal 4 ayat (4) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional sebagaimana diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional, mengatur sebagai berikut:  
*"Dalam hal perjanjian kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan yang membentuk jejaring harus ditandatangani oleh unsur Fasilitas Kesehatan dan semua jejaringnya."*
- ii. Pasal 32A Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional sebagaimana diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional, mengatur sebagai berikut:  
*"Terhadap pelayanan nonkapitasi yang diberikan oleh jejaring Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan membayarkan langsung klaim pembiayaan pelayanan tersebut kepada jejaring Fasilitas Kesehatan."*

Menyatakan dengan ini :

1. Setuju dan Sepakat serta menundukkan diri terhadap seluruh isi perjanjian;
2. Melaksanakan dan bertanggung jawab terhadap hak dan kewajiban sebagai jejaring **PIHAK KEDUA** sebagaimana diatur dalam perjanjian; dan
3. Pernyataan ini tidak dapat dicabut atau diubah tanpa adanya persetujuan dari **PIHAK KESATU** dan **PIHAK KEDUA**.

Demikian pernyataan persetujuan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Balikpapan, 25 Januari 2023

Yang menyatakan persetujuan,

Tanda tangan	Tanda tangan	Tanda tangan
--------------	--------------	--------------

Pihak I <i>[Signature]</i>	Pihak II <i>[Signature]</i>
-------------------------------	--------------------------------