

ADDENDUM
PERJANJIAN KERJA SAMA
ANTARA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN
DENGAN
RSUD TAPAN
TENTANG
PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT PERTAMA
BAGI PESERTA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Nomor : 486 / HTR / 11-04 / 1020

Nomor :

Addendum Perjanjian ini yang selanjutnya disebut "Addendum" dibuat dan ditandatangani di Padang, pada hari tanggal Satu Bulan Oktober tahun Dua ribu dua puluh, oleh dan antara:

- I. **Rizka Adhiati, S.Si., Apt., AAK**, selaku Kepala Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Cabang Padang yang berkedudukan dan berkantor di Jl Khatib Sulaiman No 52 Padang, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Keputusan Direksi BPJS Kesehatan Nomor : 0099/Peg-04/0120 tanggal 17 Januari 2020 karenanya sah bertindak untuk dan atas nama serta mewakili Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (disingkat BPJS Kesehatan), selanjutnya disebut "**PIHAK KESATU**";
- II. dr.Elfrina Mirna selaku Direktur RSUD Tapan berdasarkan SK Nomor 821/001/BKPSDM-2020 yang berkedudukan dan beralamat di Jl.Tapan,Kec.Basa Ampek Balai,T dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama RSUD Tapan, 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:

- A. Bahwa **PARA PIHAK** telah menandatangani Perjanjian Kerja Sama Nomor:dan Nomor:tanggal 31 Desember 2019, selanjutnya disebut **PERJANJIAN INDUK**;
- B. Keputusan Presiden Nomor 12 Tahun 2020 tentang Penetapan Bencana Nonalam Penyebaran *Corona Virus Disease* 2019 (Covid-19) Sebagai Bencana Nasional

Pihak I	Pihak II
	

- C. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2020 tentang Pedoman Pembatasan Berskala Besar Dalam rangka Percepatan Penanganan *Corona Virus Disease* 2019 (Covid-19)
- D. Surat Edaran Kepala BNPB Nomor 6 Tahun 2020 tentang Status Keadaan Darurat Bencana Nonalam *Corona Virus Disease* 2019 (Covid-19) Sebagai Bencana Nasional
- E. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada FKTP
- F. Surat Edaran BPJS Kesehatan Nomor 2 tentang Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dalam Masa Bencana *Corona Virus Disease* 2019
- G. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor Hk.02.01/Menkes/455/2020 Tentang Perizinan Dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Dan Penetapan Rumah Sakit Pendidikan Pada Masa Pandemi *Corona Virus Disease* 2019 (Covid-19)
- H. Bahwa dalam surat tanggal 1112/II-04/0320 tanggal 27 Maret 2020 perihal Surat Pemberitahuan tentang Pencegahan Wabah Covid-19 **PIHAK KESATU** telah menyampaikan Pembayaran kapitasi tetap memperhitungkan capaian KBK. Sehubungan dengan kondisi status keadaan darurat bencana wabah COVID-19 sampai dengan 29 Mei 2020 yang menyebabkan perubahan mekanisme pelayanan kesehatan dan berdampak pada penurunan capaian KBK, maka pembayaran kapitasi bulan April sampai bulan Juni 2020 menggunakan capaian indikator KBK bulan Februari 2020 (dasar pembayaran kapitasi Maret 2020).

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

- I. Mengubah dan menambah ketentuan dalam Pasal 4 Tentang Hak dan Kewajiban sehingga keseluruhan Pasal 4 berbunyi sebagai berikut:

**PASAL 4
HAK DAN KEWAJIBAN PARA PIHAK**

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

1. Hak PIHAK KESATU

- a. Menentukan besaran kapitasi berdasarkan norma penetapan besaran tarif kapitasi dan capaian kinerja pelayanan **PIHAK KEDUA** sesuai ketentuan yang berlaku;

Pihak I	Pihak II
	

- b. Mendapatkan data dan informasi tentang Sumber Daya Manusia, sarana prasarana **PIHAK KEDUA** dan informasi lain tentang pelayanan kepada Peserta;
- c. Melakukan evaluasi atas capaian kinerja pelayanan kesehatan yang diberikan kepada Peserta oleh **PIHAK KEDUA**, termasuk audit terhadap klaim yang dilakukan oleh **PIHAK KESATU** dan/atau **PIHAK** lain sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- d. Menerima pemberitahuan tertulis dan/atau pada aplikasi HFIS dari **PIHAK KEDUA** dalam hal terdapat perubahan yang meliputi Sumber Daya Manusia (termasuk dokter pengganti sementara yang memiliki SIP yang setara), kelengkapan sarana prasarana, lingkup pelayanan, kinerja pelayanan, waktu dan tempat praktik;
- e. Menerima Pakta Integritas tentang kebenaran data Dokter dan Dokter Gigi yang berpraktik di **PIHAK KEDUA** melalui dokumen tertulis dan/atau pada aplikasi HFIS sebagai dasar penetapan norma kapitasi paling lambat tanggal 4 setiap bulan;
- f. Meminta rekam medis Peserta berupa ringkasan medis untuk kepentingan pembayaran biaya pelayanan kesehatan kepada **PIHAK KEDUA** sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Ringkasan rekam medis paling sedikit memuat identitas pasien, diagnosis, dan riwayat pemeriksaan dan pengobatan yang ditagihkan biayanya.
 Dalam hal dibutuhkan untuk kepentingan audit administrasi klaim, **PIHAK KESATU** dapat melihat rekam medis Peserta dari **PIHAK KEDUA** dengan tetap menjaga kerahasiaan isi rekam medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. **PIHAK KESATU** dalam melihat rekam medis Peserta untuk kepentingan audit administrasi klaim harus melalui tim yang ditunjuk oleh **PIHAK KEDUA** dan dengan persetujuan pasien sebagaimana format pada Lampiran III dalam Perjanjian ini;
- g. Menerima data pelayanan kontak langsung dan kontak tidak langsung secara *realtime* melalui aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama yang dikembangkan oleh **PIHAK KESATU** dan/atau laporan lainnya yang berkaitan dengan Program JKN dari **PIHAK KEDUA** dan Jejaring Faskesnya. Bagi **PIHAK KEDUA** yang berada di wilayah yang tidak tersedia jaringan komunikasi, data pelayanan dilaporkan dalam bentuk manual sebagaimana tercantum pada Lampiran IV dalam Perjanjian ini;
- h. Memperoleh surat tugas mengenai penunjukan *Person In Charge* (PIC) yang diberikan wewenang oleh **PIHAK KEDUA** untuk bertanggungjawab dalam pelaksanaan operasional sistem informasi milik **PIHAK KESATU** dan perangkat keras (*hardware*) sesuai standar minimal dan jaringan komunikasi data yang berfungsi dengan baik serta menerima pemberitahuan tertulis apabila terdapat pergantian *Person In Charge*;
- i. Menerima berkas tagihan Klaim Non Kapitasi secara periodik dan lengkap;

Pihak I	Pihak II
	

- j. Memperhitungkan kompensasi pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** jika terjadi kelebihan pembayaran;
 - k. Mendapatkan informasi terkait dengan penyediaan fungsi pelayanan informasi dan penanganan pengaduan di **PIHAK KEDUA**.
 - l. Menerima informasi Peserta yang dirujuk oleh **PIHAK KEDUA** melalui system
2. Kewajiban **PIHAK KESATU**
- a. Menyediakan data nama dan alamat Peserta terdaftar secara berkala setiap bulan melalui aplikasi **PIHAK KESATU**;
 - b. Melakukan pembayaran pelayanan kesehatan kepada **PIHAK KEDUA** dengan cara:
 - 1) kapitasi sesuai norma penetapan besaran tarif kapitasi dan berbasis kinerja.
 - 2) Klaim non kapitasi sesuai dengan ketentuan tarif yang berlaku
 - c. Melakukan pembayaran biaya kapitasi kepada **PIHAK KEDUA** paling lambat tanggal 15 (lima belas) pada bulan berjalan, dalam hal pembayaran kapitasi jatuh pada hari libur maka pembayaran dilakukan pada hari kerja berikutnya;
 - d. Melakukan pembayaran Klaim non kapitasi kepada **PIHAK KEDUA** atau Jejarungnya berdasarkan klaim yang diajukan dan telah di verifikasi, paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak berkas Klaim dinyatakan lengkap, dalam hal pembayaran klaim non kapitasi jatuh pada hari libur maka pembayaran dilakukan pada hari kerja berikutnya;
 - e. Melakukan pembayaran denda kepada **PIHAK KEDUA** dalam hal keterlambatan pembayaran non kapitasi sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan;
 - f. Menyediakan sistem informasi pelayanan Peserta dan daftar FKRTL di **PIHAK KEDUA**;
 - g. Memberikan informasi berkaitan dengan prosedur pelayanan, pembayaran dan proses kerja sama **PIHAK KEDUA**;
 - h. Dalam hal ketidaklengkapan dokumen tagihan Klaim non kapitasi yang disampaikan oleh **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK KESATU**, **PIHAK KESATU** menyampaikan informasi kekurangan berkas dalam waktu 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen diterima oleh **PIHAK KESATU**;
 - i. Melakukan pembayaran kompensasi kepada **PIHAK KEDUA** dalam hal terjadinya kekurangan bayar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - j. Menyampaikan hasil evaluasi kinerja pelayanan kepada **PIHAK KEDUA**;
 - k. Menyampaikan evaluasi hasil survey kepuasan Peserta, *Walk Through Audit*, *Utilization Review* kepada **PIHAK KEDUA**;

Pihak I	Pihak II
✓	✓

- l. Menyediakan sarana / unit yang berfungsi untuk memberikan pelayanan informasi dan penanganan pengaduan bagi Peserta yang dikelola secara bersama-sama atau sendiri-sendiri oleh **PIHAK KESATU** dan **PIHAK KEDUA**;
- m. Menyediakan Mapping Fasilitas Kesehatan rujukan horizontal tingkat pertama dan rujukan vertikal tingkat rujukan melalui aplikasi **PIHAK KESATU**;
- n. Memperhatikan, mempertimbangkan dan melaksanakan rekomendasi TKMKB dan Tim Pencegahan Kecurangan;
- o. Memastikan seluruh jajaran Sumber Daya Manusia yang dimiliki berkomitmen untuk tunduk dan taat pada aturan terkait dengan anti gratifikasi berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- p. Menjaga kerahasiaan informasi rekam medik pasien bagi pihak-pihak yang tidak berhak, sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku

3. Hak **PIHAK KEDUA**

- a. Mendapatkan data nama Peserta dan alamat terdaftar secara berkala setiap bulan melalui aplikasi **PIHAK KESATU**;
- b. Menerima pembayaran pelayanan kesehatan dari **PIHAK KESATU** sebagai berikut:
 - 1) kapitasi sesuai norma penetapan besaran tarif kapitasi dan berbasis kinerja.
 - 2) Klaim non kapitasi sesuai dengan ketentuan tarif yang berlaku;
- c. Menerima pembayaran Klaim non kapitasi atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta sejak berkas klaim diajukan dan telah di verifikasi, paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak berkas dinyatakan lengkap oleh **PIHAK KESATU**;
- d. Menerima pembayaran denda dari **PIHAK KESATU** dalam hal keterlambatan pembayaran klaim non kapitasi sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan;
- e. Mendapatkan sistem informasi pelayanan Peserta dan daftar FKRTL dari **PIHAK KESATU**;
- f. Memperoleh informasi berkaitan dengan prosedur pelayanan, pembayaran dan proses kerjasama dari **PIHAK KESATU**;
- g. Menerima pembayaran kompensasi dari **PIHAK KESATU** dalam hal terjadinya kekurangan bayar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- h. Dalam hal ketidaklengkapan dokumen tagihan Klaim non kapitasi yang disampaikan oleh **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK KESATU**, **PIHAK KEDUA** dapat menerima

Pihak I	Pihak II
	

informasi kekurangan berkas dalam waktu 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen diterima oleh **PIHAK KESATU**;

- i. Menerima hasil evaluasi kinerja pelayanan **PIHAK KEDUA** dari **PIHAK KESATU**;
- j. Menerima evaluasi hasil survey kepuasan Peserta, *Walk Through Audit, Utilization Review* dari **PIHAK KESATU**;
- k. Menyampaikan keluhan kepada **PIHAK KESATU** atas tidak dipenuhinya hak-hak **PIHAK KEDUA** dalam kaitannya dengan pelayanan kesehatan pada peserta ;

4. Kewajiban **PIHAK KEDUA**

- a. Memberikan pelayanan kesehatan secara kontak langsung dan kontak tidak langsung kepada Peserta sesuai dengan ruang lingkup dan prosedur pelayanan kesehatan sebagaimana diatur dalam Lampiran I pada Perjanjian ini;
- b. Menyediakan sarana prasarana sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Panduan Praktik Klinis (PPK) , Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- d. Memberikan pelayanan kontak tidak langsung kepada Peserta melalui sistem informasi **PIHAK KESATU** atau sistem informasi lainnya yang digunakan oleh **PIHAK KEDUA**;
- e. Memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta selain Peserta terdaftar yang mengalami kegawatdaruratan medis dan kepada Peserta terdaftar yang berada diluar wilayah **PIHAK KEDUA** tempat Peserta terdaftar paling banyak 3 (tiga) kali kunjungan dalam waktu paling lama 1 (satu) bulan;
- f. Memberikan pelayanan kesehatan tanpa membedakan antara Peserta JKN-KIS dengan pasien umum;
- g. Memberikan informasi mengenai hak dan kewajiban Peserta termasuk mengenai pelayanan JKN;
- h. Mencantumkan jadwal dan jam pelayanan dokter yang terdaftar sesuai dengan SIP di **PIHAK KEDUA** sebagaimana tercantum dalam lampiran IX pada Perjanjian ini;
- i. Menjamin Peserta mendapatkan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis;
- j. Memastikan pelayanan yang diberikan oleh Jejaring Faskes **PIHAK KEDUA** kepada Peserta sesuai dengan ketentuan, melakukan sosialisasi terkait isi pada perjanjian dan pembinaan berkelanjutan kepada Jejaring Faskes;
- k. Memberikan data dan informasi tentang Sumber Daya Manusia, sarana prasarana dan data rekening pembayaran **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK KESATU** melalui dokumen tertulis dan/atau pada aplikasi HFIS;
- l. Memberikan rekam medis Peserta berupa ringkasan_rekam medis_untuk kepentingan pembayaran biaya pelayanan kesehatan berupa ringkasan rekam medis dan memperlihatkan rekam medis Peserta dengan tetap menjaga kerahasiaan isi rekam medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dalam hal

Pihak I	Pihak II
	

- dibutuhkan untuk kepentingan audit administrasi klaim dengan format persetujuan peserta sebagaimana yang tercantum pada Lampiran II dalam Perjanjian ini;
- m. Memberikan pemberitahuan tertulis dan/atau melalui aplikasi HFIS kepada **PIHAK KESATU** dalam hal terdapat perubahan yang meliputi Sumber Daya Manusia (termasuk dokter pengganti sementara yang memiliki SIP yang setara), kelengkapan sarana prasarana, lingkup pelayanan, kinerja pelayanan, waktu dan tempat praktik;
 - n. Membuat atau menyetujui Pakta Integritas tentang kebenaran data Dokter dan Dokter Gigi yang berpraktik di **PIHAK KEDUA** melalui dokumen tertulis dan/atau pada aplikasi HFIS sebagai dasar penetapan norma kapitasi paling lambat tanggal 4 setiap bulan;
 - o. Memasukkan data pelayanan yang diberikan kepada peserta baik kontak langsung maupun tidak langsung secara *realtime* termasuk pelayanan Jejaring Faskes sesuai ketentuan yang berlaku melalui aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama yang dikembangkan oleh **PIHAK KESATU**;
Bagi wilayah yang tidak tersedia jaringan komunikasi data, laporan pelayanan kesehatan (kunjungan dan rujukan) disampaikan dalam bentuk manual dengan format Laporan sebagaimana yang tercantum pada Lampiran IV dalam perjanjian ini;
 - p. Menyediakan dan memberikan tugas mengenai penunjukan *Person In Charge* (PIC) yang diberikan wewenang oleh **PIHAK KEDUA** untuk bertanggungjawab dalam pelaksanaan operasional sistem informasi milik **PIHAK KESATU**, dan menyediakan perangkat keras (*hardware*) sesuai standar minimal dan jaringan komunikasi data yang berfungsi dengan baik serta memberitahukan secara tertulis apabila terdapat pergantian *Person In Charge*;
 - q. Mengajukan berkas tagihan Klaim non kapitasi secara periodik dan lengkap;
 - r. Mengembalikan kompensasi pembayaran kepada **PIHAK KESATU** jika terjadi kelebihan pembayaran;
 - s. Memperhatikan, mempertimbangkan dan melaksanakan rekomendasi TKMKB dan Tim Pencegahan Kecurangan;
 - t. Menyediakan fungsi pelayanan informasi dan unit penanganan pengaduan di **PIHAK KEDUA**;
 - u. Melaksanakan rujukan secara berjenjang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - v. Menerima dan melayani peserta yang dirujuk dari faskes lain sesuai dengan ketentuan yang peraturan perundangan;
 - w. Memastikan seluruh jajaran Sumber Daya Manusia yang dimiliki berkomitmen untuk tunduk dan taat pada aturan terkait dengan anti gratifikasi berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;

- II. Mengubah dan menambah klausul dalam Lampiran II Perjanjian tentang Biaya dan Tata Cara Pembayaran Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama sehingga keseluruhan Lampiran II Perjanjian berbunyi sebagai berikut:

Pihak I	Pihak II
	

7

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

I. BIAYA PELAYANAN KESEHATAN

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

- Dibayarkan berdasarkan Kapitasi perjiwa perbulan sudah termasuk pajak
- Besaran tarif Kapitasi per FKTP (diisi berdasarkan kesepakatan BPJS Kesehatan bersama dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan dengan standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri).
- Norma penetapan besaran tarif kapitasi berdasarkan data jumlah dokter dan dokter gigi sesuai dengan Surat Izin Praktik Dokter yang berlaku.
- Pembayaran kapitasi per bulan berdasarkan masa berlaku SIP Dokter dan/atau Dokter Gigi yang berlaku selama 1 (satu) bulan penuh dan dokter melakukan praktek, apabila masa berlaku SIP Dokter dan/atau Dokter Gigi kurang dari 1 (satu) bulan maka tidak diperhitungkan dalam penetapan tarif kapitasi bulan tersebut.
- Pembuatan atau persetujuan Pakta Integritas (sebagaimana tertuang dalam Kewajiban PIHAK KEDUA) merupakan persyaratan untuk menentukan tarif kapitasi.

Tarif Kapitasi

No	Norma Kapitasi	Puskesmas					
		3,000	3,500	4,500	5,000	5,500	6,000
	Ketersediaan						
1	Dokter Umum						
	a. tidak ada	√	√				
	b.1 Orang			√	√		
	c. minimal 2 orang					√	√
2	Dokter Gigi						
	a. tidak ada	√		√		√	
	b. ada		√		√		√
3	Bidan/perawat	√	√	√	√	√	√
4	Laboratorium Pratama	√	√	√	√	√	√
5	Apotek/Pelayanan Obat	√	√	√	√	√	√

Tarif non kapitasi pada RJTP

Pihak I	Pihak II
<i>A</i>	<i>B</i>

No	Pemeriksaan	Tarif	Keterangan
1	Pelayanan Penunjang Prolanis		
	- Gula darah puasa (GDP) dengan stik	Rp. 10.000,-	1 bulan 1 kali bagi peserta Prolanis DM
	- Pemeriksaan gula darah dengan fotometer	Rp. 20.000,-	
	-Pemeriksaan HbA1c	Rp. 160.000,-	6 bulan 1 kali bagi peserta Prolanis DM
	-Pemeriksaan Microalbuminuria	Rp. 120.000,- (seratus dua puluh ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun bagi seluruh peserta Prolanis
	-Pemeriksaan Ureum	Rp. 30.000,- (tiga puluh ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun bagi seluruh peserta Prolanis
	-Pemeriksaan Kreatinin	Rp. 30.000,- (tiga puluh ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun bagi seluruh peserta Prolanis
	-Pemeriksaan Kolesterol Total	Rp. 45.000,- (empat puluh lima ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun bagi seluruh peserta Prolanis
	-Pemeriksaan Kolesterol LDL	Rp. 60.000,- (enam puluh ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun bagi seluruh peserta Prolanis
	-Pemeriksaan Kolesterol HDL	Rp. 45.000,- (empat puluh lima ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun bagi seluruh peserta Prolanis
-Pemeriksaan Trigliserida	Rp. 50.000,- (lima puluh ribu rupiah)	2 kali dalam 1 tahun bagi seluruh peserta Prolanis	
2	Pelayanan Skrining Kesehatan		
	-Pemeriksaan IVA	-	Masuk dalam Pembiayaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pemerintah Daerah
	-Pemeriksaan papsmear	Rp. 125.000,- (seratus dua puluh	1 kali dalam setahun. Jika hasil negatif, maka

Pihak I	Pihak II
	

Handwritten text at the top left, possibly a date or page number.

Handwritten text in the upper middle section.

Handwritten text in the upper right section.

Handwritten text in the middle left section.

Handwritten text in the middle section, appearing as a list or notes.

Handwritten text in the middle right section.

Handwritten text in the lower middle right section.

Handwritten text in the lower right section.

Handwritten text in the lower middle section.

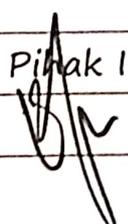
Handwritten text in the bottom right section.

Handwritten text at the bottom right corner.

No	Pemeriksaan	Tarif	Keterangan
	-Pemasangan dan/atau pencabutan IUD/implant	Rp. 100.000,- (seratus ribu rupiah)	--
	-Pelayanan suntik KB	Rp. 15.000,- (lima belas ribu rupiah)	-- Per kali suntik
	-Penanganan komplikasi KB	Rp. 125.000,- (seratus dua puluh lima ribu)	--
	-Pelayanan Keluarga Berencana metode Operasi Pria (KBMOP)/vasektomi	Rp. 350.000,- (tiga ratus lima puluh ribu rupiah)	--
4	- Protesa Gigi	Maksimal Rp. 1.000.000,- (satu juta rupiah)	- Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis untuk gigi yang sama - Full protesa gigi maksimal Rp. 1.000.000,- - Masing-masing rahang maksimal Rp. 500.000,-
5	- Ambulance	Sesuai dengan tarif Perda	- Penggantian biaya pelayanan ambulan diberikan pada pelayanan ambulan darat dan ambulan air - Dalam hal belum terdapat tarif Perda maka mengacu pada standar yang berlaku pada daerah dengan karakteristik geografis yang setara pada satu wilayah

2. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)

Dibayarkan berdasarkan Tarif Non Kapitasi

Pihak I	Pihak II
	

NO	KRITERIA	NORMA KAPITASI	
		200.000	180.000
I	PUSKESMAS RAWAT INAP TELAH AKREDITASI	x	
II	PUSKESMAS RAWAT INAP BELUM AKREDITASI		x

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

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

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

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

Pihak I	Pihak II
	

- 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.
 - d) Bentuk Kontak yang menjadi catatan penilaian adalah:
 - (1) Tempat kontak
 - (2) Jenis Pelayanan
 - (a) Kunjungan Sakit
 - (b) Kunjungan Sehat
 - (3) Pelayanan Kontak Langsung
 - (4) Pelayanan Kontak Tidak Langsung
 - e) Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan kontak FKTP dengan kondisi di tempat dan jenis pelayanan sebagaimana huruf d) yang dicatatkan pada aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan.

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

Pihak I	Pihak II
↓	↓

- penyakit yang menjadi kompetensi dokter di FKTP sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- c) Rujukan kasus non spesialisik dengan kriteria *Time, Age, Complication* dan *Comorbidity* (TACC) tidak diperhitungkan dalam jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialisik.
 - 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:

$$\begin{aligned}
 &\text{RPPT} \\
 &= \frac{\text{Rasio Prolanis DM terkendali} + \text{Rasio Prolanis HT terkendali}}{2}
 \end{aligned}$$

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

$$\begin{aligned}
 &\text{RPPT DM} \\
 &= \frac{\text{jumlah peserta Prolanis DM terkendali}}{\text{jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM}} \times 100\%
 \end{aligned}$$

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

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

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

Pihak I	Pihak II
	

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

- b) Jumlah Peserta Prolanis terkendali adalah peserta dengan diagnosa penyakit DM atau HT yang terdaftar sebagai peserta Prolanis dengan kadar gula darah puasa bagi pasien DM atau tekanan darah bagi pasien HT terkendali.
 - c) Jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM atau HT adalah peserta terdaftar di FKTP yang telah ditegakkan diagnosa penyakit DM atau HT.
 - d) Kriteria terkendali adalah:
 - 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.
- b. Perhitungan capaian Pembayaran KBK
- 1) Bobot indikator kinerja Pembayaran KBK adalah sebagai berikut:
 - a) Indikator angka kontak adalah sebesar 40% (empat puluh persen)
 - b) Indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik adalah sebesar 50% (lima puluh persen)
 - c) Indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali adalah sebesar 10% (sepuluh persen)
 - 2) Target Indikator Kinerja
Target indikator kinerja adalah nilai dari perhitungan pencapaian indikator Pembayaran KBK dengan ketentuan sebagai berikut:

Pihak I	Pihak II
	

- a) Target indikator angka kontak adalah paling sedikit 150‰ (seratus lima puluh permil)
 - b) Target indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik adalah paling banyak 2% (dua persen)
 - c) Target indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali adalah paling sedikit 5% (lima persen)
- 3) Kriteria penilaian
- Kriteria penilaian Pembayaran KBK dibagi dalam 4 kriteria rating berdasarkan target indikator kinerja, dengan ketentuan sebagai berikut:
- a) Kriteria penilaian angka kontak:
 - (1) Kriteria rating 1 apabila capaian angka kontak $\leq 140\%$
 - (2) Kriteria rating 2 apabila capaian angka kontak $> 140\%$ - 145%
 - (3) Kriteria rating 3 apabila capaian angka kontak $> 145\%$ - $< 150\%$
 - (4) Kriteria rating 4 apabila capaian angka kontak $\geq 150\%$
 - b) Kriteria penilaian Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik
 - (1) Kriteria rating 1 apabila capaian RRNS $> 3\%$
 - (2) Kriteria rating 2 apabila capaian RRNS $> 2,5\%$ - 3%
 - (3) Kriteria rating 3 apabila capaian RRNS $> 2\%$ - $2,5\%$
 - (4) Kriteria rating 4 apabila capaian RRNS $\leq 2\%$
 - c) Kriteria penilaian Rasio Peserta Prolanis Terkendali
 - (1) Kriteria rating 1 apabila capaian RPPT $< 3\%$
 - (2) Kriteria rating 2 apabila capaian RPPT 3% - $< 4\%$
 - (3) Kriteria rating 3 apabila capaian RPPT 4% - $< 5\%$
 - (4) Kriteria rating 4 apabila capaian RPPT $\geq 5\%$
- 4) Penilaian capaian Pembayaran KBK
- a) Penilaian capaian Pembayaran KBK dilakukan atas perhitungan antara bobot indikator kinerja dikalikan dengan rating dari kriteria penilaian capaian kinerja.

Pihak I	Pihak II
	

- b) Besaran pembayaran kapitasi per FKTP berdasarkan penjumlahan nilai capaian Pembayaran KBK per masing-masing indikator, dengan ketentuan sebagai berikut:

FKTP Klinik Pratama

- (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 97% (sembilan puluh tujuh persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
 - (c) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 2-<3, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 96% (sembilan puluh enam persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
 - (d) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 1-<2, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 95% (sembilan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- 5) Dalam hal pemenuhan target capaian kinerja menyebabkan besaran tarif kapitasi lebih rendah dari standar tarif kapitasi minimal yang telah ditetapkan oleh menteri, maka besaran kapitasi yang dibayarkan adalah sebesar tarif kapitasi minimal.

Tabel 1
Penilaian PKBK

Pihak I	Pihak II
	

No	Indikator Kinerja	Bobot	Target	Kriteria Penilaian		Nilai Capaian
				Rating	Deskripsi	
	a	b	c	d	e	f=bxd
1	Angka Kontak	40%	$\geq 150 \text{ ‰}$	4	$\geq 150 \text{ ‰}$	1.6
				3	$> 145 - < 150 \text{ ‰}$	1.2
				2	$> 140 - 145 \text{ ‰}$	0.8
				1	$\leq 140 \text{ ‰}$	0.4
2	Rasio Rujukan Non Spesialistik	50%	$\leq 2\%$	4	$\leq 2\%$	2
				3	$> 2 - 2,5 \%$	1.5
				2	$> 2,5 - 3\%$	1
				1	$> 3 \%$	0.5
3	Rasio Peserta Prolanis Terkendali	10%	$\geq 5 \%$	4	$\geq 5\%$	0.4
				3	$< 5 - 4\%$	0.3
				2	$< 4 - 3\%$	0.2
				1	$< 3 \%$	0.1

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%

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

- Pelayanan kesehatan di FKTP dalam bentuk kontak tidak langsung, yang selanjutnya disebut Pelayanan Kontak Tidak Langsung adalah pemberian pelayanan kesehatan melalui sistem informasi yang digunakan oleh FKTP dan Peserta sebagai sarana komunikasi, atau melalui sistem informasi yang disediakan oleh BPJS Kesehatan.
- Pelayanan Kontak Tidak Langsung akan diperhitungkan sebagai salah satu bentuk kontak yang menjadi catatan penilaian dalam perhitungan indikator Angka Kontak pada Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK).

Pihak I	Pihak II
	

- c. Implementasi Pelayanan Kontak Tidak Langsung diperhitungkan dalam capaian indikator Angka Kontak pada KBK dilaksanakan secara bertahap, yaitu sebagai berikut:
- 1) tahap persiapan implementasi; dan
 - 2) tahap implementasi.
- d. Tahap persiapan implementasi
- 1) Pada Tahap Persiapan Implementasi, nilai capaian indikator KBK yang digunakan adalah nilai capaian KBK bulan pelayanan Februari 2020.
 - 2) Nilai capaian KBK sebagaimana dimaksud pada angka 1) digunakan sebagai nilai capaian KBK bulan Maret 2020 sampai dengan bulan Juli 2020.
 - 3) Para Pihak melakukan sosialisasi terkait pelayanan Kontak Tidak Langsung
 - 4) Para Pihak akan melakukan monitoring dan evaluasi atas pelayanan dan pencatatan Pelayanan Kontak Tidak Langsung.
- e. Tahap implementasi
- 1) Tahap implementasi adalah tahap dimulainya perhitungan Pelayanan Kontak Tidak Langsung sebagai capaian indikator Angka Kontak pada KBK.
 - 2) Tahap implementasi berlaku mulai bulan pelayanan Agustus 2020 dan berakhir pada saat ditetapkannya Keputusan Presiden tentang Penetapan Berakhirnya Status Bencana Nonalam *Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)* Sebagai Bencana Nasional atau adanya kebijakan lain yang mengatur tentang Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja.
 - 3) Ketentuan perhitungan Pelayanan Kontak Tidak Langsung dalam capaian indikator Angka Kontak pada KBK, adalah sebagai berikut:
 - a) Pelayanan Kontak Tidak Langsung yang diperhitungkan sebagai Angka Kontak pada KBK adalah Pelayanan Kontak Tidak Langsung yang telah terinput pada aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan.
 - b) Jenis Pelayanan Kontak Tidak Langsung meliputi:
 - (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

Pihak I	Pihak II
	

- preventif. Penyampaian pesan secara masif/*broadcast* dan/atau tidak terdapat komunikasi 2 (dua) arah antara FKTP dan peserta, maka tidak termasuk ke dalam kategori Kontak tidak langsung.
- (2) Pelayanan kontak tidak langsung sakit (kontak sakit) merupakan kontak antara FKTP dan Peserta untuk konsultasi atas kondisi keluhan sakit Peserta.
- c) Penentuan Jenis Pelayanan Kontak Tidak Langsung dilakukan oleh Dokter atau tenaga kesehatan di FKTP berdasarkan hasil konsultasi yang dilakukan.
- d) FKTP wajib melakukan input Pelayanan Kontak Tidak Langsung pada aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan.
- e) Selain melakukan input pada aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama sebagaimana dimaksud pada huruf d), FKTP melakukan:
- (1) pencatatan dalam dokumen pendukung (*log book*), yang paling sedikit berisi informasi:
- (a) nama Peserta;
 - (b) nomor kartu JKN;
 - (c) sistem informasi yang digunakan untuk Pelayanan Kontak Tidak Langsung;
 - (d) nomor telepon/kontak Peserta; dan
 - (e) jenis layanan (kontak sehat/kontak sakit).
- (2) pencatatan dalam rekam medik pada kontak tidak langsung dilakukan sesuai peraturan perundangan.
- (3) Mendokumentasikan bentuk Pelayanan Kontak Tidak Langsung pada media penyimpanan yang dimiliki oleh PIHAK KEDUA.
- f) Sumber data yang digunakan dalam perhitungan capaian indikator Angka Kontak adalah hasil input data pelayanan Kontak Langsung dan Kontak Tidak Langsung pada aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama yang dikembangkan oleh PIHAK KESATU.
- g) Dalam pelaksanaan monitoring evaluasi pembayaran KBK khususnya indikator Angka Kontak, Kantor Cabang bersama Tim Monev KBK dapat

Pihak I	Pihak II
	

20

melakukan *sampling* kesesuaian kontak berdasarkan dokumen pendukung sesuai poin e).

II. TATA CARA PEMBAYARAN

A. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

1. Biaya pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dibayar dengan kapitasi, yaitu berdasarkan tarif kapitasi dan jumlah Peserta terdaftar di **PIHAK KEDUA** sesuai ketentuan pendaftaran Peserta di **PIHAK KEDUA** yang berlaku
2. Pemilihan fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar berdasarkan pilihan Peserta.
3. Ketentuan mutasi tambah kurang Peserta
 - a. Peserta lama yang melakukan pergantian FKTP;
 - Apabila Peserta melakukan perpindahan (mutasi) dari FKTP ke FKTP lainnya pada bulan berjalan, maka perhitungan kapitasi pada FKTP yang baru akan dihitung pada bulan berikutnya.
 - b. Peserta baru
 - Peserta baru yang masuk pada tanggal 1 sd 31 bulan berjalan, dapat langsung dilayani meskipun kapitasi belum dibayarkan.
 - 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 tanpa dikenakan sanksi ganti rugi keterlambatan pembayaran kapitasi.
4. Pembayaran kapitasi kepada **PIHAK KEDUA** dilaksanakan setiap bulan selambat-lambatnya tanggal 15 (lima belas) bulan berjalan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
5. Jika pembuatan dan persetujuan Pakta Integritas belum dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** maka tarif kapitasi belum bisa ditetapkan sehingga besaran jumlah kapitasi tidak bisa terbentuk dan pembayaran kapitasi belum bisa dilakukan.
6. Penyesuaian norma penetapan besaran tarif kapitasi dalam hal terjadi penambahan ketersediaan sumber daya manusia khususnya tenaga kesehatan, kelengkapan sarana prasarana dan lingkup pelayanan yang mempengaruhi kapasitas layanan dan besaran kapitasi yang dibayarkan sesuai dengan

Pihak I	Pihak II
	

ketentuan yang berlaku, diberlakukan pada bulan berikutnya setelah **PIHAK KEDUA** memberitahukan secara tertulis kepada **PIHAK KESATU**

7. Apabila terjadi keterlambatan pemberitahuan dan/atau tidak ada pemberitahuan dari **PIHAK KEDUA**, terhadap terjadinya pengurangan ketersediaan sumber daya manusia khususnya tenaga kesehatan seperti dokter pindah tempat tugas, cuti melahirkan 3 bulan, meninggal dunia dll, kelengkapan sarana prasarana dan lingkup pelayanan yang mempengaruhi kapasitas layanan dan besaran kapitasi yang dibayarkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, penyesuaian norma penetapan besaran tarif kapitasi diberlakukan sejak terjadinya pengurangan.
 8. Kelebihan pembayaran kapitasi akibat kejadian sebagaimana angka 6 diatas, akan dikompensasikan pada pembayaran kapitasi bulan berikutnya.
 9. Kelebihan pembayaran non kapitasi karena *incorrect claim* (ketidaksesuaian Klaim) atau hasil audit akan dikompensasikan pada pembayaran kapitasi dan atau non kapitasi bulan berikutnya dan atau melalui mekanisme lain yang disepakati oleh para pihak.
 10. Kompensasi kelebihan atau kekurangan pembayaran kapitasi dan non kapitasi dituangkan dalam berita acara yang disepakati oleh para pihak.
 11. 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.
- B. **PIHAK KEDUA** tidak diperkenankan menarik biaya apapun terhadap Peserta sepanjang pelayanan kesehatan yang diberikan masih tercakup dalam ruang lingkup Perjanjian ini;
- C. Pembayaran dana kapitasi dan non kapitasi termasuk promotif preventif untuk kegiatan kelompok Prolanis dari **PIHAK KESATU** melalui rekening yang telah ditetapkan dalam perjanjian kerjasama sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- D. Nomor rekening pembayaran dana kapitasi JKN dan tagihan non kapitasi termasuk promotif preventif dari **PIHAK KESATU** kepada **PIHAK KEDUA**, sebagai berikut:

1. Rekening Kapitasi
Rekening Atas Nama : JKN RSUD TARAN
Nama Bank : NABARI
Nomor Rekening : 1900.0101.000504
No. NPWP : a.n
2. Rekening Non Kapitasi
Rekening Atas Nama : UPT RSUD TARAN NON KAPITASI
Nama Bank : NABARI

Pihak I	Pihak II
	

Nomor Rekening : 1900-0210.14227-0
 No. NPWP :a.n.....
 3. Rekening Promotif Preventif
 Rekening Atas Nama :
 Nama Bank :
 Nomor Rekening :
 No. NPWP :a.n.....

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

F. Biaya administrasi bank yang timbul akibat adanya transfer (kliring) dibebankan kepada masing-masing rekening **PIHAK KEDUA** dan Jejaring Faskes.

G. Pembayaran klaim non kapitasi kepada **PIHAK KEDUA** dan Jejaring Faskes sebesar Netto setelah dikurangi biaya administrasi bank dan pajak sesuai ketentuan yang berlaku.

I. Pasal-pasal lain berikut Lampiran yang tidak diubah dalam **Addendum** ini, tetap diberlakukan dan mengikat para Pihak sebagaimana yang tertuang di dalam **PERJANJIAN INDUK**.

II. **Addendum** ini merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari **PERJANJIAN INDUK**.

III. **Addendum** ini berlaku efektif sejak tanggal 1 Maret 2020.

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.

PIHAK KESATU


RIZKA ADHIATI

PIHAK KEDUA



Jr. ELERINA MIKNA
 Nip. 19840427 20412 2 002

Pihak I	Pihak II
	