

MATRIKS HASIL WAWANCARA MENDALAM

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4
<p>A. Input</p> <p>1. Tenaga</p>		<p>Di seksi pembiayaan ada 4 orang, sebenarnya kalau dilihat dari sasarannya kurang mencukupi, tapi walaupun ada <i>trouble</i> masih bias ditangani.</p> <p>Kalau masalah pendidikan sudah sesuai, seperti Ibu Ninim sendiri sebagai Kasi, dia S2 nya juga pembiayaan kesehatan jadi sangat kompatibel, Lela dari sisi verifikator jaminannya, dia juga menguasai karena dia S1 farmasi nah kalau saya sendiri ya memang bersangkutan dengan kebijakan, penentuan apakah layaknya dari sisi aturan sudah cukup proporsional.</p> <p>Pelatihan secara khusus tentang keluarga miskin tidak ada, artinya kita</p>	<p>Tenaga</p> <p>Ada 4 orang, rasanya masih kurang tenaganya.</p> <p>Kalau masalah kesesuaian sudah sesuai seperti nya.</p> <p>Sampai saat ini belum ada pelatihan.</p> <p>Kalau pencetakan kartu 185 juta, untuk pelayanannya dianggarnya 4 milyar digabung sama SKTM.</p> <p>Sumbernya dari APBD</p> <p>Proses pengelolaannya pertama ada tagihan dari Rumah Sakit, terus diverifikasi, hasil verifikasi nanti minta disetujui oleh Kepala Dinas, terus kita masukin ke walikota, dari walikota ke BKKD, ditelaah dulu di Bawasda terus ke BKKD lagi baru turun ke Rumah Sakit.</p> <p>Sejauh ini dana tersebut</p>	

		<p>memang disini tidak ada karena Multiguna itu kan programnya kita yang menyusun, jadi kan Multiguna itu awalnya gagasan atau ide dari Bapak Walikota dan Bapak Walikota menginstruksikan Dinas Kesehatan, kemudian Dinas Kesehatan mengkonsep bagaimana supaya menciptakan kartu yang berfungsi multi artinya fungsi kesehatan, pendidikan, dan fungsi social menjadi 1 sehingga ada pemangkasan birokrasi, kalau yang dulu nya sangat ribet sekali untuk pengurusan kesehatan dan pendidikan secara gratis yang harus ada keterangan dari tiap RT/RW/kelurahan/kecamatan, nah mungkin sekarang agak lebih diefisienkan, dipangkas birokrasi nya sehingga masyarakat diberikan</p>	<p>kayanya agak kurang untuk yang 4 milyar, kalau dulu 4 milyar kan cost sharing sama Askes kalau sekarang kan yang cost sharing Cuma 5 Rumah sakit, yang 11 lagi dari APBD, untuk peserta multiguna, kita semua yang nanggung, kalau SKTM baru Cost Sharing.</p> <p>Hambatannya 1. Keterlambatan, terbentur dengan prosedur, 2. Turunnya lama, klaim dari rumah sakit juga lama ga Cuma dari pemerintah daerahnya aja, kadang tagihannya kalau tidak pas kita kembalikan dulu, kembalinya kesini lama lagi.</p> <p>Pertanggungjawaban dananya kita Cuma verifikasi aja, karena uangnya langsung. Pencetakan kartu oleh pihak ketiga, yang menang lelang, juga seperti obat, dll ada juga</p>	
--	--	--	---	--

		<p>kemudahan dalam akses ke pelayanan tersebut.</p> <p>Katanya tahun 2008 ini ada pelatihan verifikator dari depkes tetapi selama ini yang berjalan kan verifikator hanya memverifikasi antara tagihan rumah sakit dengan tarif kesepakatan yang sudah ada jadi tarif rumah sakit tersebut apakah sudah sesuai dengan tarif yang ada atau belum.</p>	yang memegang.	
2. Dana		<p>Kalau dari sisi kesehatan itu kurang lebih 4 milyar, itu untuk pelayanan kesehatan dalam 1 tahun anggaran, tapi kalau memang dikondisi pada akhir tahun terdapat keurangan dapat dijukan perubahan anggaran jadi bias ditambah, jadi artinya pemerintah juga tidak membatasi walaupun sudah direncanakan 1</p>	<p>Kendaraan untuk Utilisasi Review itu susah, tapi Bu Ninim lebih baik pakai mobil sendiri, kalau kita pakai mobil dinas belum minjemnya, belum ngasih makan supirnya, mas hari juga pakai motor</p>	

		<p>tahun anggaran 4 milyar, tapi kalau pada kenyataanya ditengah jalan misalnya di bulan ke 10 atau 11 ada kekurangannya ya kita bias mengajukan perubahan anggaran.</p> <p>Kalau untuk pencetakan kartu sekitar 185juta, yang sumbernya dari APBD murni.</p> <p>Kalau dana cukup saya rasa cukup kenapa dibilang cukup karena dana itu bukan diplot pementah daerah tetapi dana itu berdasarkan usulan dari kita, artinya cukup tidaknya tergantung kita merencanakan suatu anggaran, jadi dalam hal ini pemerintah sebenarnya sangat peduli dan sangat memberikan keleluasaan dalam anggaran asal itu</p>	<p>sendiri, tapi juga ga pernah minta.</p> <p>Untuk telepon juga, kalau ada keluhan dari rumah sakit, kita kan harus menelepon jadi pakai telepon pribadi, kalau mau pakai telepon di biro umum, belum antri. Telepon yang di ruangan ini tidak bisa keluar.</p>	
--	--	---	--	--

		<p>proporsional.</p> <p>Hambatan dalam suatu program itu pasti ada, tapi yang terpenting kan bagaimana kita menyikapi masalah itu, seperti kita ketahui sendiri banyak masyarakat kita itu sangat tidak memahami aturan, artinya dia dijelaskan seperti ini, dia ga mau memahami aturan, yang sulit kadangkala kita sempat dimaki-maki masyarakat, itu sudah hal yang biasa karena kita terbentur juga dengan aturan.</p> <p>Pertanggungjawaban dana ada rekap tagihan, jadi untuk yang pencetakan kartu kita kan jelas ada dokumen kontraknya ada SPJ nya, itulah yang untuk pertanggungjawaban.</p>		
--	--	---	--	--

		<p>Tapi kalau untuk pelayanan bantuan kesehatan ini ya pertanggungjawabannya sesuai dengan rekap tagihan, jadi yang dilampirkan kuitansi resep-resep, semua biaya yang timbul di dalam rekap tagihan tersebut.</p>		
3. Sarana		<p>Inventarisasi kantor, sudah cukup lengkap, inventarisasi kantor, lemari, kursi, computer, semua sudah cukup, kalau kendaraan operasional memang kita belum punya. Kalau prasarana gedung sih kurang leluasa, kita terlalu sempit dengan ruangan segini tapi itu bukan suatu kendala yang fatal, sarana sih kita sudah cukup tapi kendaraan operasional kita tidak ada secara khusus, kalau kita</p>	<p>Kendaraan untuk Utilisasi Review itu susah, tapi Bu Ninim lebih baik pakai mobil sendiri, kalau kita pakai mobil dinas belum minjemnya, belum ngasih makan supirnya, mas hari juga pakai motor sendiri, tapi juga ga pernah minta.</p>	

		dalam perjalanan dinas ada pergantian tapi itu ya tergantung orangnya kalau saya pribadi jarang klaim. Tapi reward itu ada.	Untuk telepon juga, kalau ada keluhan dari rumah sakit, kita kan harus menelepon jadi pakai telepon pribadi, kalau mau pakai telepon di biro umum, belum antri. Telepon yang di ruangan ini tidak bisa keluar.	
4. Metode		<p>Kebijakan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebijakan teknis dari depkes berupa pedoman penyelenggaraan, 2. SK Menkes tentang Jamkesmas 2008 3. SK walikota tentang tata cara pemberian bantuan sosial 	<p>MOU, Pedoman Pelaksanaan ASKESKIN/ JAMKESMAS 2008, Beda antara Multiguna dan JAMKESMAS di kartu, Multiguna cuma bisa dipakai di</p>	

		<p>4. SK Kepala Dinas tentang alokasi dana yankes dasar dan persalian di puskesmas dan jaminan dana tersebut sebenarnya dari depkes bukan dari APBD.</p> <p>Namanya kebijakan, jadi kebijakan yang di bawah/ kebijakan pemerintah daerah tidak boleh bertentangan dengan dengan pemerintah pusat harus seiring sejalan. Nah artinya kebijakan pusat itu kebijakan secara general atau umum, tapi daerah memberikan secara khusus. Kalau dalam suatu birokrasi ga boleh bertentangan, harus seiring sejalan.</p>	<p>Tangerang, kalau JAMKESMAS kan di seluruh Indonesia.</p> <p>MOU masih mungkin ditambahkan pas berjalan kanada perubahan</p>	
--	--	---	--	--

		<p>Kekurangan kebijakan tersebut diketahui setelah kita menjalankan suatu program, artinya kendala-kendala itu akhirnya bisa kita tampung dan kita bisa antisipasi dengan kebijakan-kebijakan, ya selama ini kita dalam pelaksanaan kegiatan itu tidak ada kendala atau hal-hal yang perlu diantisipasi yang memang kebijakan itu berjalan dengan efektif sehingga yang namanya kebijakan itu dari tahun ke tahun pasti ada suatu perubahan.</p>		
<p>B. Proses 1. Validasi data</p>		<p>Proses awal kita lakukan sosialisasi kepada puskesmas</p>	<p>Yang mengentri pihak ketiga, yang aya lihat</p>	

		<p>untuk melakukan pendataan masyarakat miskin, kemudian puskesmas memberikan sosialisasi kepada kader, nah validasi yang kita lakukan, kita melakukan suatu program namanya verifikasi data artinya kita serahkan data yang sudah ada ini kepada tim independen untuk dilakukan verifikasi, artinya kita ingin mengetahui sejauh mana data yang sudah ada, berapa persen erornya, apakah data ini sudah cukup valid.</p> <p>Data yang sudah ada ini, sasarannya memang benar-benar sudah tepat sasaran apa belum, kemudian data yang</p>	<p>kurang kontrol formatnya beda, nama, foto, alamatnya suka berbeda, mungkin pas validasinya kurang kontrol, walaupun mengerjakannya disini.</p>	
--	--	---	---	--

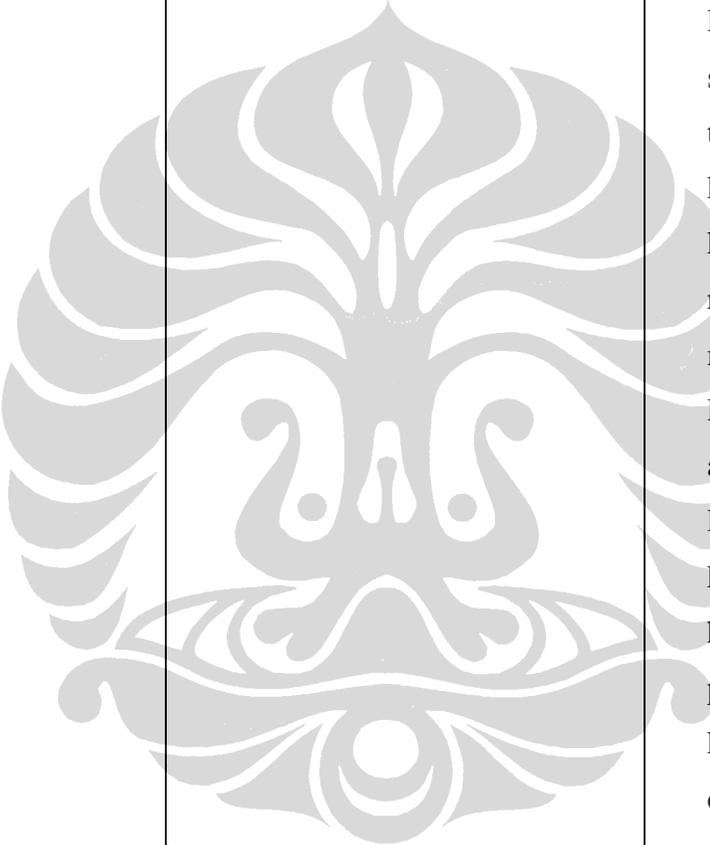
		<p>sudah ada ini kita kasih ke tim independen yang bertugas memverifikasi data untuk mengkroscek di lapangan dari data yang sudah ada itu berapa persen yang tidak valid atau yang sudah cukup valid atau yang lainnya.</p> <p>Data yang dikatakan valid, data yang tepat sasaran sesuai dengan kriteria yang kita buat, orang miskin itu seperti apa, yang rentan itu seperti apa.</p> <p>Hambatannya banyak orang yang bukan sasaran ingin didata, makanya kepala puskesmas juga repot sehingga terjadi penggelembungan data.</p>		
--	--	---	--	--

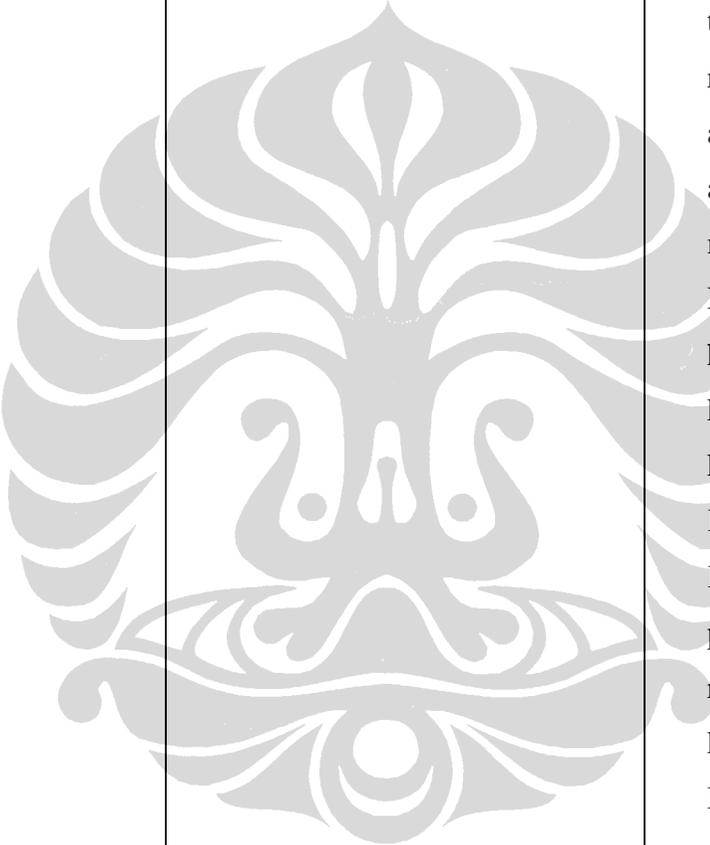
<p>2. Penerbitan surat jaminan</p>		<p>Surat jaminan diterbitkan apabila syarat administrasi dari pasien sudah terpenuhi artinya kalau peserta Multiguna yang penting ada kartu MG+ KTP+KK+surat pengantar dari RS itu bisa kita buat surat jaminan, tapi kalau peserta SKTM itu ada pengantar dari RT/RW/ Kelurahan/ kecamatan/ KPM dan disahkan oleh puskesmas. Hambatan banyak pasien yang datang tanpa surat pengantar RS, pasien yang sudah dirawat sudah beberapa hari baru datang kesini, pasien menempati kelas 2 tapi minta dijamin.</p>		
------------------------------------	--	---	--	--

<p>3. <i>Utilisasi review</i></p>		<p>Tidak ada tim khusus, paling Bu Ninim</p> <p>Pengawasan dalam bentuk UR, kita melihat kondisi pasien secara langsung di lapangan, sekalian dikroscek, dilakukan rutin, setiap bulan beberapa kali di RS yang sudah bekerja sama. Tidak ada jadwal khusus tapi secara rutin dilaksanakan.</p> <p>Yang dilihat kondisi perkembangan pasien, terus kita lihat besaran biaya, tindakannya, apakah sudah sesuai, kalau pasien baru dilihat kelengkapan data pasien.</p> <p>Hambatannya waktu, tenaga dan kendaraan operasional</p>	<p>Yang melaksanakannya Bu Ninim sama Pak Hari, kita kan tidak bisa keluar. Sebulan dilakukan beberapa kali. Yang diawasi pasiennya, dilihat juga obat-obatannya, penunjang medis.</p> <p>.Hambatan selain kendaraan juga tenaganya,</p>	
-----------------------------------	--	--	--	--

<p>4. Verifikasi klaim</p>		<p>RS akan merekap tagihan pasien setiap bulannya, disini maksimal disetorkan tanggal 5 bulan berikutnya, kemudian disini akan dikroscek artinya kita lihat persyaratannya, dokumen-dokumen, bukti-bukti kuitansinya, jenis-jenis tindakannya.</p> <p>Dokumen yang dibutuhkan : kelengkapan administrasi pasien (SKTM, KMG), kuitansi penagihan, jenis-jenis tindakan, jenis-jenis penunjang medis yang dilakukan, obat-obatan, ada resepnya atau tidak, ada dalam SKP atau tidak kalau ada jadi tanggunga pemerintah daerah kalau tidak</p>	<p>Tagihan dari rumah sakit, di sini dilihat tarifnya, pokoknya semuanya komponen perawatan dari kamar, kalau ada operasi kita lihat, sesuaikan harganya, laboratorium.</p> <p>Untuk yang SKTM ada tarif dari Depkes, contoh ada tarif Rumah Sakit kategori A untuk pelayanan bersalin sebesar Rp. 500.000. Tarif yan diberikan Depkes Rp. 300.000, nah kita setengahnya yaitu Rp.</p>	
----------------------------	--	--	--	--

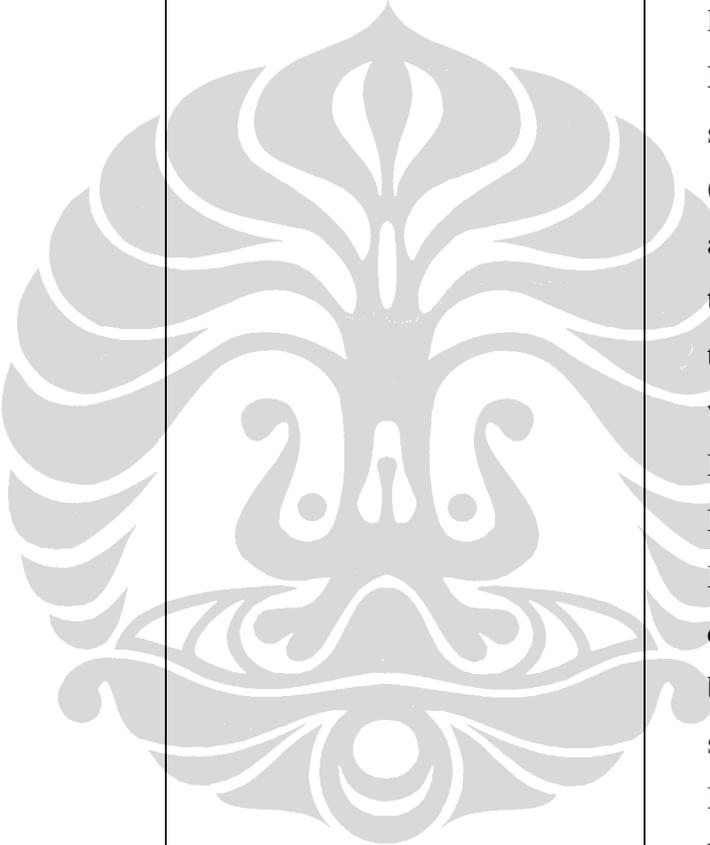
		<p>dibayar sesuai SKP.</p> <p>Hambatannya kadangkala untuk hubungan antara RS dengan Dinkes agak lama karena tagihan itu tidak 100% benar, ada beberapa kesalahan. Hambatannya saat kita kembalikan tagihan tersebut dikembalikannya tagihan tersebut memerlukan waktu.</p>	<p>150.000. Semua berjumlah Rp. 450.000, sisanya yang Rp. 50.000 ditanggung pihak Rumah Sakit. Jadi bukan sisanya, kalau keluarga miskin itu punya tarif khusus, Rumah Sakit harus mau, bukan maksudnya, kalau dia setuju dengan tarif ini, kalau dia tidak setuju ya sudah tidak kerja sama.</p> <p>Dokumen-dokumennya adalah dokumen penunjang</p>	
--	--	---	--	--

			<p>medis, seperti rontgen, laboratorium, obat serta tindakan-tindakan lain terus kalau berkasnya udah kesini dia harus ada rekam medisnya, misalnya tindakan laboratorium harus ada bukti pemeriksaan laboratoriumnya, kalau rontgen juga harus ada bukti pemeriksaan rontgen, kalau sudah lengkap dan kalau sudah sesuai kita acc kalau tidak berarti ada selisih jadi dokumen-</p>	
--	--	---	--	--

			<p>dokumen ini diberi tanda, terus kalau rumah sakit tanya jadi ada keterangannya, acuan tarifnya dari manlak.</p> <p>Dokumen tersebut harus disertakan kuitansi, jaminan dari kita dilampirkan, Kartu Multiguna, KTP, KK, dokumen pasien dari dokter rumah sakit untuk kelengkapan tagihan.</p> <p>Hambatannya kalau rumah sakit tarifnya suka tidak sesuai, suka tidak lengkap</p>	
--	--	---	--	--

			<p>persyaratannya, jadi suka saya telepon lagi, jadi lama prosesnya, lagipula kurang tenaga di sini. 16 rumah sakit gitu, kalau dulu ka masih 5 rumah sakit dan belum ada tarif paket, sekarang harus dilihat dulu satu persatu.</p>	
5. Pembayaran Klaim		<p>Tagihan yang sudah masuk direkap per RS kemudian dibuatkan surat pengantar ke Pak Walikota, dari Walikota membuat disposisi ke bawasda untuk menelaah hasil rekap tagihan, kalau bawasda sudah ok, naik lagi ke Pak walikota,</p>	<p>Setelah sudah fix di sini buat nota dinas yang ditujukan ke walikota, terus walikota tulis disposisi ke BKKD dari BKKD ditelaah Bawasda, terus</p>	

		<p>kemudian disposisi lagi ke BKKD untuk dicairkan. Dari BKKD langsung ke RS. Pembayaran klaim diajukan per 2 bulan</p> <p>Hambatannya waktu tapi itu prosedur yang harus dilewati bukan kesengajaan memperlambat, jadi harus disamakan persepsi sama RS memang kondisinya seperti tu, tetapi itu sudah dipahami pihak RS.</p> <p>Pernah terjadi keterlambatan klaim tapi itu bukan masalah, komplain si engga, tapi nanya kapan tagihan turun.</p>	<p>kembali ke BKKD lagi terus ada srat namanya SP2D (Surat Penerbitan Pembayaran) yang harus di tanda tangani sama rumah sakit yang berisi format pembayaran, setelah tanda tangan, stempel rumah sakit, ditransfer sama orang BKKD.</p> <p>Rumah sakit mengajukan klaim setiap bulan, baru 2 bulan berikutnya klaim baru dibayarkan karena prosesnya. Dari kita, terus di</p>	
--	--	---	--	--

			<p>walikota itu kurang lebih satu bulan.</p> <p>Nota dinas kesehatan sama rincian biayanya (nama pasien, umur, alamat, biaya, tindakan) di tanda tangani kepala dinas, walikota disposisi ke BKKD ditelaah Bawasda, balik lagi ke BKKD baru dibayarin, jadi berkas-berkas ini tidak diikut sertakan.</p> <p>Hambatannya birokrasi</p>	
6. Output		Mempermudah atau	Pelayanan kesehatan,	

		<p>memperluas akses pelayanan terhadap masyarakat miskin, pelayanan disini kan bukan Cuma kesehatan tapi juga pendidikan dan bantuan sosial. Serta berkurangnya beban masyarakat miskin yang akhirnya meningkatkan taraf hidup masyarakat tersebut.</p>	<p>kartu multiguna saya rsa berhasil karena banyak keluarga miskin yang menikmatinya.</p>	
--	--	---	---	--

KESEPAKATAN BERSAMA ANTARA
DINAS KESEHATAN KOTA TANGERANG
DENGAN
RUMAH SAKIT UMUM AMINAH
TENTANG
PELAYANAN RAWAT INAP BAGI PESERTA PELAYANAN DASAR
MASYARAKAT MISKIN KOTA TANGERANG
NOMOR :
NOMOR :.....

Pada hari ini,....., tanggalbulan Januari tahun dua ribu delapan (tanggal-01-2008) yang bertanda tangan dibawah ini :

- I. **Dr. Hj. Lilly Indrawati, M.Kes** KEPALA DINAS KESEHATAN KOTA TANGERANG, berkedudukan di Gedung Balai Kota Jalan Achmad Yani Tangerang, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya berdasarkan Surat Keputusan Walikota Tangerang Nomor :, selanjutnya disebut sebagai PIHAK PERTAMA.
- II. **Dr. Ausvin Geniusman Komaini** DIREKTUR **RSU Aminah** berkedudukan di Jl. HOS Cokroaminoto No 42 A Larangan Selatan bertindak dalam jabatannya mewakili RSU Aminah, selanjutnya disebut PIHAK KEDUA

Dengan ini PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA (yang selanjutnya secara bersama-sama disebut PARA PIHAK) sepakat untuk membuat Kesepakatan Bersama tentang Pelayanan Rawat Inap Bagi Masyarakat Miskin Kota Tangerang, yang selanjutnya disebut KB, dengan ketentuan sebagai berikut:

PASAL 1
DEFINISI

1. **Pelayanan kesehatan yang dijamin pemerintah** adalah pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya, pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan dan rawat inap kelas III di rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta yang ditunjuk sebagaimana diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor

- 417/MENKES/SK/IV/2007 Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin Tahun 2007
2. **Peserta Pelayanan Dasar Masyarakat Miskin adalah** setiap orang yang telah di data dan di verifikasi oleh Tim dari Puskesmas dan Kelurahan yang masuk dalam kategori miskin dan rentan ekonomi.
 3. **Peserta Pelayanan Dasar masyarakat Miskin terdiri dari:**
 - a. Peserta Askeskin
 - b. Masyarakat Rentan Ekonomi
 - c. Kader Kesehatan
 4. **Peserta program Askeskin** adalah setiap orang miskin dan tidak mampu (selanjutnya disebut **Masyarakat Miskin**) yang terdaftar serta memiliki kartu Askeskin dan Kartu Multiguna yang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan sebagaimana diatur dalam Ketentuan Umum Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat.
 5. **Masyarakat rentan ekonomi** adalah setiap warga kota Tangerang yang tidak memiliki pekerjaan yang tetap sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan hidupnya secara layak sehingga perlu mendapatkan perhatian dari Pemerintah.
 6. **Kader Kesehatan adalah** setiap warga kota Tangerang yang telah ditunjuk dan mendapatkan pelatihan secara khusus di bidang pelayanan kesehatan yang secara sukarela mengabdikan dirinya untuk membantu Program Pemerintah di bidang kesehatan di wilayah Puskesmas.
 7. **Pelayanan dasar** adalah pelayanan yang disediakan dan dijamin oleh Pemerintah Kota Tangerang yang meliputi pelayanan Pendidikan, Kesehatan, Sosial, Pengembangan Masyarakat Miskin perkotaan dalam rangka penanggulangan kemiskinan serta dalam upaya peningkatan derajat dan kualitas masyarakat miskin
 8. **Kartu Multiguna** adalah sebuah kartu yang merupakan identitas setiap warga Kota Tangerang yang telah disahkan oleh Tim sebagai masyarakat miskin dan masyarakat rentan ekonomi sehingga memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan dasar dari Pemerintah Kota Tangerang secara gratis.
 9. **Kartu Askeskin atau kartu yang berlaku di PT ASKES** adalah selembarnya surat yang menyatakan satu keluarga miskin yang ditetapkan oleh tim kelurahan dengan kriteria :
 - a. Keluarga yang tidak mampu makan dua kali sehari.
 - b. Keluarga yang tidak mampu makan protein dalam 1 minggu.
 - c. Keluarga yang tidak mampu membiayai pengobatan jika sakit.
 - d. Keluarga yang tidak mampu membiayai sekolah anaknya dan
 - e. Keluarga yang tidak mempunyai pekerjaan / penghasilan termasuk anaknya yang berumur 14 tahun keatas.
 3. **Surat Pengantar**, berarti surat pengantar pengobatan yang diterbitkan oleh PIHAK KEDUA kepada PIHAK PERTAMA untuk mendapatkan prediksi medis penyakit dan surat jaminan.
 4. **Prediksi medis penyakit**, berarti prediksi medis yang dilakukan oleh dokter PIHAK KEDUA atas penyakit yang diderita oleh tertanggung PIHAK PERTAMA.

5. **Surat jaminan**, berarti surat yang menyebutkan Jaminan Biaya Pengobatan dan Perawatan Kesehatan serta Jaminan Tindakan atau obat di luar Formularium Rumah Sakit Program Askeskin Tahun 2007 yang diterbitkan dan disetujui oleh PIHAK PERTAMA kepada PIHAK KEDUA sebagai jaminan pembayaran biaya pengobatan dan perawatan bertanggung PIHAK PERTAMA berdasarkan prediksi medis penyakit dari Rumah Sakit PIHAK KEDUA.
6. **Tertanggung PIHAK PERTAMA** berarti pasien/keluarga miskin dengan kriteria yang disebutkan dalam Pasal 1 ayat 2.
7. **Dokter** berarti dokter umum, sub spesialis dan/atau dokter spesialis yang merawat tertanggung PIHAK PERTAMA.
8. **Iur Bayar** adalah sistem pembayaran biaya pelayanan kesehatan, dimana PIHAK PERTAMA hanya menanggung sebagian biaya yang tidak ditanggung oleh program ASKESKIN PT.ASKES.

PASAL 2 TUJUAN

1. Tujuan Umum
Membantu biaya pelayanan kesehatan di Rumah Sakit bagi keluarga miskin di wilayah Kota Tangerang.
2. Tujuan khusus
 - a. Adanya petunjuk teknis bantuan pelayanan kesehatan untuk keluarga miskin di instalasi rawat inap dan alur pelayanannya.
 - b. Adanya prosedur tetap penagihan biaya penanggulangan pasien keluarga miskin masyarakat rentan ekonomi dan kader kesehatan serta alur pelayanannya.
 - c. Terselenggaranya pelayanan pasien keluarga miskin, rentan ekonomi dan kader kesehatan sesuai dengan petunjuk teknis pelayanan dimasing-masing instansi.
 - d. Terealisasinya penagihan biaya penanggulangan pasien keluarga miskin sesuai dengan prosedur pelaksanaannya.

PASAL 3 WILAYAH PELAYANAN RUMAH SAKIT

1. Pelayanan terutama diberikan kepada Masyarakat Miskin rentan ekonomi dan kader kesehatan yang berada di sekitar wilayah Rumah Sakit PIHAK KEDUA.
2. Dalam keadaan Darurat Rumah Sakit PIHAK KEDUA tidak boleh menolak pasien yang berasal dari luar wilayahnya.

PASAL 4 RUANG LINGKUP PELAYANAN

Semua pelayanan diberikan sesuai standar pelayanan medis yang berlaku dan pelayanan kesehatan tersebut diluar pelayanan kesehatan yang dibiayai oleh PT ASKES meliputi :

1. Pelayanan rawat inap meliputi :
 - a. Perawatan kelas III
 - b. Atau selisih perawatan kelas I dan II (apabila kelas III penuh dan pasien dinyatakan gawat).
 - c. Pemeriksaan Dokter
 - d. Pemeriksaan Penunjang
 - e. Obat-obatan
 - f. Tindakan medik
2. Pelayanan gawat darurat meliputi :
 - a. Pemeriksaan dokter
 - b. Pemeriksaan penunjang
 - c. Obat-obatan
 - d. Tindakan medik

Catatan :

Hanya berlaku untuk pasien yang memerlukan pelayanan rawat inap.

3. Pelayanan Kamar Operasi dan Kamar Bersalin meliputi :

Pelayanan dan tindakan di kamar operasi dan kamar bersalin dilakukan dengan ketentuan :

 - a. Kasus gawat darurat
Dalam kasus gawat darurat pasien harus segera dilakukan pertolongan dan tindakan dikerjakan sesuai dengan standar medis yang berlaku, dengan syarat pasien menunjukkan Kartu Multiguna atau Kartu Askeskin
 - b. Kasus non gawat darurat
Tindakan dilakukan apabila pasien membawa Surat Rujukan dari Puskesmas dan Kartu Multiguna/Kartu Askeskin. .
4. Pelayanan yang terkait dengan program gizi dan P2M
5. Pelayanan kesehatan diberikan kepada keluarga miskin di wilayah Kota Tangerang dengan tanpa membatasi jenis penyakit kecuali *kosmetik*.

PASAL 5 TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB

1. PIHAK PERTAMA bertugas dan bertanggung jawab atas hal-hal sebagai berikut:
 - a. Meminta copy catatan medik/rekam medik dari arsip medik peserta, bilamana PIHAK PERTAMA memandang perlu dan dibutuhkan untuk kepentingan yang berkaitan dengan klaim, kelanjutan pengobatan peserta, maupun dugaan adanya penyimpangan/*moral hazard*.

- b. Menerbitkan Surat Jaminan sebagai jaminan pembayaran biaya pengobatan dan perawatan tertanggung PIHAK PERTAMA berdasarkan prediksi medis penyakit dari Rumah Sakit PIHAK KEDUA
 - c. Membayar klaim yang diajukan oleh PIHAK KEDUA sebagaimana diatur dalam ketentuan Cara Pembayaran
 - d. Menerima pengaduan dari pihak tertanggung dalam hal yang berhubungan dengan pelayanan yang diberikan oleh PIHAK KEDUA
 - e. Melakukan koordinasi dengan PIHAK KEDUA untuk pelayanan yang maksimal
 - f. PIHAK PERTAMA bertanggung jawab dan wajib menjaga nama baik maupun citra PIHAK KEDUA sebagai pelaksana pemberi pelayanan bagi peserta
 - g. Melakukan monitoring dan pengawasan terhadap pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh PIHAK KEDUA
2. PIHAK KEDUA bertugas dan bertanggung jawab atas hal-hal sebagai berikut:
- a. Memberikan pelayanan kesehatan dengan sebaik-baiknya kepada peserta, tanpa membedakan status sosial, ekonomi, dan atau kepentingan lainnya, sesuai dengan standar pelayanan medis/kesehatan yang berlaku; kode etik kedokteran, kode etik keperawatan, dan kode etik pelayanan kesehatan lainnya atau kesepakatan yang tertuang dalam perjanjian kerjasama ini.
 - b. Memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta setiap saat dan waktu, sesuai dengan jam buka pihak kedua.
 - c. Menyediakan dan memberikan obat-obatan sesuai dengan Formularium Program Askeskin Tahun 2007 bagi peserta.
 - d. Menyampaikan penjelasan dan informasi dengan baik dan benar kepada peserta dan keluarganya, berkenaan dengan pelaksanaan pemberian pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh PIHAK KEDUA.
 - e. Memberikan tanggapan secara positif terhadap setiap keluhan/komplain dari peserta berkenaan dengan pemberian pelayanan dan koordinasi dengan PIHAK PERTAMA. Atas keluhan tersebut maka PARA PIHAK akan mengupayakan penyelesaian sebaik-baiknya secara musyawarah dan mufakat.
 - f. Bertanggung jawab sepenuhnya atas hasil pemberian pelayanan kesehatan kepada peserta.
 - g. Membuat Surat Pengantar Jaminan perawatan dan Pengobatan, Pengantar Jaminan Tindakan dan Pengantar Jaminan Obat di Luar Formularium Program Askeskin Tahun 2007.
 - h. Menjaga nama baik maupun citra PIHAK PERTAMA dimata umum/masyarakat/peserta, dan
 - i. Memberikan laporan hasil pelaksanaan kesehatan, yang diberikan kepada peserta serta pembiayaannya kepada PIHAK PERTAMA pada setiap awal bulan berikutnya sesuai dengan format laporan yang telah ditentukan.
3. PARA PIHAK bersama-sama melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2)

PASAL 6 PROSEDUR PELAYANAN

1. Prosedur untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit bagi Peserta Program Pelayanan Dasar Masyarakat Miskin (Kartu Multiguna) adalah sebagai berikut:
 - a. Peserta yang mendapatkan pelayanan adalah Peserta yang memiliki Kartu Multiguna tanpa terkecuali, sedangkan warga masyarakat miskin yang tidak memiliki Kartu Multiguna tidak berhak untuk mendapatkan pelayanan.
 - b. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan pasien cukup dengan menunjukkan Kartu Multiguna apabila dalam keadaan darurat, tetapi jika pasien adalah rujukan dari Puskesmas maka wajib melampirkan surat rujukan dari Puskesmas.
 - c. Prosedur Pelayanan
 - 1) Bagi Rumah Sakit yang telah bekerjasama dengan PT. Askes (Persero)
 - a) Bagi Peserta Askeskin Pasien wajib menunjukkan Kartu Askeskin dan Kartu Multiguna dengan pembiayaan dari PT. Askes (Persero) dan iur bayar dari Dinas Kesehatan sesuai dengan tarif yang telah disepakati sebagaimana terlampir dalam lampiran Kesepakatan Bersama ini.
 - b) Bagi Peserta Masyarakat rentan ekonomi dan kader kesehatan yang tidak memiliki Kartu Askeskin dan hanya memiliki Kartu Multiguna maka pembiayaan di tanggung secara penuh oleh Dana Bantuan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin dari APBD II Kota Tangerang berdasarkan tarif Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin dalam lampiran Surat Kesepakatan Bersama ini.
 - 2) Bagi Rumah Sakit yang belum bekerjasama dengan PT. Askes (Persero)
 - a) Pasien yang dilayani adalah Pasien Pemegang Kartu Multiguna dari unsur Masyarakat Rentan Ekonomi dan Kader Kesehatan yang tidak ditanggung oleh PT. Askes (Persero)
 - b) Bagi Pasien Peserta Askeskin wajib dirujuk ke RS yang telah bekerjasama dengan PT Askes (Persero) kecuali dalam keadaan darurat dengan pembiayaan dari PT Askes dan iur bayar dari Dinas Kesehatan Kota Tangerang berdasarkan tarif yang ada dalam lampiran Kesepakatan Bersama ini
 - c) Bagi Peserta Pelayanan Dasar Masyarakat Miskin Kota Tangerang (Kartu Multiguna) di luar Peserta Askeskin dapat dilaksanakan perawatan, pengobatan dan tindakan dengan pembiayaan di tanggung secara penuh oleh Dana Bantuan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin APBD II Kota Tangerang berdasarkan tarif Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin dalam lampiran Surat Kesepakatan Bersama ini.
 - d. Bagi Pasien yang tidak mendapatkan kamar dengan alasan bahwa kamar kelas III penuh maka pasien dapat dititipkan ke kelas di atasnya dengan batas waktu maksimal 3 x 24 jam sejak masuk, selisih biaya yang dibayar adalah tarif SKB kelas III ditambah 75 % dari tarif SKB kelas III, sedangkan apabila pasien dirawat di kelas II dan Kelas I melebihi dari batas maksimal yang telah ditentukan maka yang dibayarkan adalah tarif kesepakatan kelas III Rumah Sakit.

- e. Bagi Pasien yang memerlukan tindakan khusus dan Pengobatan di luar Formularium Rumah Sakit Program Askeskin Tahun 2007 maka harap segera menghubungi Dinas Kesehatan untuk dibuatkan pengesahan Jaminan Tindakan dan Pengobatan
- f. Surat Pengantar Jaminan Perawatan/Pengobatan serta Tindakan dikirimkan ke Dinas Kesehatan Maksimal 2 x 24 Jam setelah Pasien Masuk
- g. Apabila dalam waktu 2 x 24 jam belum dibuatkan Surat Pengantar Jaminan Pengobatan maka Jaminan diberikan sejak masuknya Surat Pengantar Jaminan.
- h. Tindakan dan pengobatan di luar Formularium Rumah Sakit Program Askeskin Tahun 2007 yang tidak mendapatkan pengesahan dari Dinas Kesehatan tidak akan dibiayai oleh dari Dana Bantuan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Kota Tangerang Tahun 2008

PASAL 7 TARIF PELAYANAN

1. Tarif pelayanan yang akan diberlakukan sesuai dengan tarif yang ada dalam lampiran Kesepakatan Bersama ini.a
2. Tarif yang berlaku ada dua klasifikasi yaitu:
 - a. Tarif untuk RS dengan kategori A : Rumah Sakit yang telah bekerjasama dengan PT. Askes (Persero) dan Rumah Sakit Umum Tipe B
 - b. Tarif Rumah Sakit dengan kategori B adalah Rumah Sakit yang belum bekerjasama dengan PT. Askes (Persero), RSIA dan RSU Tipe C.
3. Tarif RS dengan kategori A pengajuan klaim diajukan ke PT. Askes (Persero) dan iur bayar tindakan, pengobatan, pengobatan di luar Formularium Askeskin Tahun 2007 di ajukan ke Dinas Kesehatan
4. Tarif RS dengan kategori B pengajuan klaim diajukan secara keseluruhan ke Dinas Kesehatan Kota Tangerang
5. Tarif Pelayanan Obat di luar Formularium Rumah Sakit Program Askeskin Tahun 2007 mengacu kepada ketentuan *Standar Harga Obat dari Departemen Kesehatan*

PASAL 8 CARA PEMBAYARAN

1. Dalam hal Pembayaran terhadap biaya pelayanan Tertanggung yang dibayar oleh PIHAK PERTAMA terhadap PIHAK KEDUA adalah sesuai tarif yang telah disepakati bersama dalam Lampiran Kesepakatan Bersama ini.
2. PIHAK PERTAMA akan membayar biaya pelayanan kesehatan dengan syarat PIHAK KEDUA mengajukan klaim biaya pemberian pelayanan kesehatan kepada PIHAK PERTAMA setiap bulan.

3. Klaim yang diajukan bagi Rumah Sakit yang telah bekerjasama dengan PT Askes (Persero) adalah iur bayar (selisih biaya) dari biaya perawatan dan pengobatan, tindakan dan Pengobatan di Luar Formularium Program Askeskin Tahun 2007 dengan melampirkan.
4. Bagi Rumah Sakit yang belum bekerjasama dengan PT Askes (Persero) maka pengajuan klaim diajukan secara keseluruhan ke Dinas Kesehatan
5. PIHAK PERTAMA setiap dua bulan sekali akan mengajukan nota dinas kepada Walikota Tangerang melalui bagian Kesejahteraan Rakyat Sekretariat Daerah Kota Tangerang untuk pencairan. Setelah dana diterima pengelola pembiayaan masyarakat miskin PIHAK PERTAMA, dana akan diberikan dalam bentuk cek/tunai kepada bendahara penerima Rumah Sakit PIHAK KEDUA sesuai dengan jumlah klaim dari PIHAK KEDUA setelah melalui proses verifikasi.

PASAL 9 PENCATATAN DAN PELAPORAN

1. Pencatatan
 - a. Persyaratan administrasi
Pasien yang masuk program bantuan pelayanan kesehatan untuk keluarga miskin di Kota Tangerang harus memenuhi syarat administrasi sebagai berikut :
 - 1) Memiliki Kartu Askeskin/Kartu Multiguna
 - 2) Surat rujukan dari puskesmas (pasien non gawat darurat)
 - 3) Surat jaminan dari Dinas Kesehatan Kota Tangerang
2. Pengesahan
 - a. Pasien IGD
 - 1) Pasien masuk pada jam diluar jam dinas (14.00 s/d 07.00 pagi) dilakukan di pendaftaran IGD.
 - a) Pasien pulang, tidak ditanggung program bantuan pelayanan kesehatan untuk keluarga miskin di Kota Tangerang.
 - b) Pasien dirawat, pengesahan dengan melampirkan Kartu Askeskin/Kartu Multiguna, kalau Kartu Askeskin/Kartu Multiguna Sesuai dengan Identitas Pasien berhak mendapatkan jaminan perawatan dan pengobatan sementara kemudian dibuatkan Surat Pengantar Jaminan pada hari selanjutnya saat jan dinas dengan batas waktu maksimal 1 x 24 Jam.
 - 2) Pasien masuk pada jam dinas, maksimal dalam waktu 2 x 24 Jam harus segera dibuatkan Surat Pengantar Jaminan Pengobatan dan Perawatan, Tindakan dan Obat di Luar Formularium Rumah Sakit Program Askeskin Tahun 2007 ke Dinas Kesehatan Kota Tangerang dilakukan seperti pasien rawat inap.
 - b. Pasien Rawat Inap
Pengesahan dari Dinas Kesehatan Kota Tangerang dilakukan di Dinas Kesehatan dengan melampirkan :
 - 1) Kartu Askeskin/Kartu Multiguna

- 2) Surat rujukan dari puskesmas kecuali pasien gawat darurat
- 3) Surat pengantar dari Rumah Sakit PIHAK KEDUA
- c. Tim verifikasi program bantuan kesehatan untuk keluarga miskin akan meneliti keabsahan surat-surat Kartu Askeskin/Kartu Multiguna sesuai dengan data base yang ada. Pengesahan akan diberikan bila surat-surat tersebut secara administrasi memenuhi syarat dan pasien tercatat secara sah masuk program bantuan pelayanan kesehatan untuk keluarga miskin dengan menerbitkan surat jaminan dari Dinas Kesehatan Kota Tangerang.
- d. Pengesahan harus dilakukan :
 - 1) Segera sesudah masuk perawatan dan paling lambat 2 x 24 jam perawatan. Setelah pengesahan semua biaya pengobatan ditanggung oleh program bantuan pelayanan kesehatan untuk keluarga miskin.
 - 2) Bilamana pengesahan dilakukan sesudah 2 x 24 jam perawatan maka pasien tercatat masuk program sejak pengesahan, dan biaya pengobatan ditanggung program bantuan pelayanan kesehatan untuk keluarga miskin.
- e. Penagihan biaya pengobatan masyarakat miskin yang sudah dilayani di Rumah Sakit PIHAK KEDUA harus memenuhi syarat administrasi sebagai berikut :
 - 1) Foto Copy Kartu Askeskin/Kartu Multiguna
 - 2) Surat jaminan dari Dinas Kesehatan Kota Tangerang
 - 3) Rincian biaya rumah sakit
 - 4) Resep dan kwitansi-kwitansi obat yang sudah diberikan kepada pasien tersebut sesuai dengan pelayanan yang sudah diberikan
 - 5) Untuk komponen jasa medik / jasa pelayanan diberikan diskon 50%.
3. Pelaporan
Dari semua pencatatan yang dilakukan digunakan untuk membuat laporan secara berkala setiap bulan, yaitu :
 - a. Laporan bulanan program bantuan pelayanan kesehatan untuk keluarga miskin di Rumah Sakit PIHAK KEDUA (formulir laporan terlampir).
 - b. Data pendukung berupa kwitansi dan rincian biaya perawatan pasien gakin.

PASAL 10

JANGKA WAKTU KESEPAKATAN BERSAMA

1. Kesepakatan Bersama ini berlaku selama 1 (satu) Tahun terhitung sejak tanggal ditandatangani
2. Kesepakatan Bersama dapat diperpanjang sesuai dengan kesepakatan PARA PIHAK dan sepanjang dianggap perlu
3. Kesepakatan Bersama dapat berakhir atau batal dengan sendirinya apabila terdapat peraturan perundang-undangan dan atau kebijakan Pemerintah yang tidak memungkinkan berlangsungnya Kesepakatan Bersama.
4. Dalam hal Kesepakatan Bersama berakhir sebagaimana dimaksud pada ayat (3), maka pengakhiran Kesepakatan Bersama tidak membebaskan tugas dan tanggung jawab PARA PIHAK yang belum diselesaikan

PASAL 11
HAL-HAL DILUAR KEKUASAAN/*FORCE MAJEURE*

1. PARA PIHAK dapat menunda dan atau membebaskan kewajiban masing masing bila terjadi hal-hal diluar kekuasaan manusia/*force majeure*, dan harus memberitahukan kepada pihak lainnya secara tertulis paling lambat dalam waktu 7 tujuh hari kalender setelah terjadinya *force majeure*, disertai bukti-bukti yang layak adanya *force majeure* dan akibat-akibatnya terhadap pelaksanaan kewajiban masing-masing pihak. Keterlambatan pemberitahuan terjadinya *force majeure* akan mengakibatkan hapusnya hak masing-masing pihak untuk menunda atau membebaskan kewajiban dengan alasan *force majeure*.
2. Yang dimaksud dengan *force majeure* adalah suatu keadaan dimana terdapat suatu kejadian di luar dugaan manusia sebagai contoh kebakaran, bencana alam, huru hara, peperangan, pemogokan yang menyeluruh (massal), dan adanya peraturan perundangan dan peraturan pemerintah atau penguasa setempat yang secara langsung dapat mempengaruhi kewajiban masing-masing pihak.
3. PARA PIHAK sepakat untuk dapat melanjutkan kembali Kesepakatan Bersama ini apabila salah satu pihak menerima dengan baik pemberitahuan dari pihak terkena *force majeure* tersebut. Berlanjutnya kembali Kesepakatan Bersama ini disampaikan kepada masing-masing pihak paling lambat 7 (tujuh) hari setelah keadaan *force majeure* tersebut sudah tidak ada.
4. Apabila satu pihak tidak dapat menerima alasan-alasan dari pihak terkena *force majeure* tersebut dan berkeinginan untuk mengakhiri Kesepakatan ini, maka keinginannya tersebut harus disampaikan secara tertulis paling lambat 14 (empat belas) hari setelah diterimanya pemberitahuan keadaan *force majeure* serta masing-masing pihak sepakat untuk mengakhiri Kesepakatan Bersama ini pada tanggal yang akan ditentukan dengan memberikan kesempatan kepada semua pihak selama 30 (tiga puluh) hari sebelum tanggal pengakhiran, untuk menyelesaikan segala hak dan kewajiban masing-masing pihak.

PASAL 12
PENYELESAIAN PERSELISIHAN

1. Apabila dikemudian hari terjadi perselisihan yang bersumber dari Kesepakatan Bersama ini maka baik PIHAK PERTAMA maupun PIHAK KEDUA sepakat untuk menyelesaikan secara musyawarah untuk mencapai mufakat.
2. Apabila tidak dapat dicapai kata sepakat sebagaimana dimaksud ayat (1) pasal ini, maka KEDUA BELAH PIHAK sepakat untuk menyelesaikan di Pengadilan Negeri.
3. Mengenai Kesepakatan Bersama ini dan pelaksanaannya, PARA PIHAK sepakat memilih domisili/kedudukan hukum yang tetap dan seumumnya di Kantor Kepaniteraan Pengadilan Negeri Tangerang, di Kota Tangerang

PASAL 13
PEMUTUSAN KESEPAKATAN BERSAMA

1. Penyimpangan dan pelanggaran terhadap ketentuan dalam Kesepakatan ini memberikan hak kepada PARA PIHAK untuk memutuskan perjanjian ini.
2. Dalam hal kejadian sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) pasal ini, PARA PIHAK sepakat dan setuju untuk tidak memberlakukan ketentuan pasal 1266 dan 1267 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.

PASAL 14
HAL-HAL LAIN

1. KB ini dibuat berdasarkan dan tunduk pada hukum Positif di Negara Republik Indonesia.
2. KB ini tidak dapat dialihkan kepada pihak lain tanpa persetujuan tertulis terlebih dahulu dari PARA PIHAK.
3. KB ini merupakan satu-satunya perjanjian yang berlaku dan mengikat PARA PIHAK, oleh karenanya, isi dalam KB ini tidak dapat diubah dan atau ditambah tanpa persetujuan tertulis terlebih dahulu dari PARA PIHAK.
4. KB ini dapat diubah, ditambah atau ditinjau kembali sesuai kesepakatan PARA PIHAK
5. Apabila terdapat perbedaan penafsiran dalam pelaksanaan KB ini, maka atas dasar pemufakatan, PARA PIHAK akan mengadakan pengaturan tersendiri secara tertulis yang merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari KB ini.
6. Hal-hal yang belum cukup diatur dan atau belum disepakati dalam Kesepakatan Bersama ini akan diatur lebih lanjut dalam suatu addendum/amandemen dan lampiran Kesepakatan Bersama ini atas persetujuan PARA PIHAK dan merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dengan Kesepakatan Bersama ini.
7. Semua lampiran yang terdapat dalam Kesepakatan Bersama ini merupakan bagian yang menyatu dan tidak terpisahkan dengan Kesepakatan Bersama ini.
8. Dengan berlakunya Kesepakatan Bersama ini, maka semua kesepakatan atau komitmen yang pernah dan telah dibuat oleh dan antara PARA PIHAK dinyatakan tidak berlaku lagi.

PASAL 15

PENUTUP

KB dibuat dalam rangkap 4 (empat), dua diantaranya telah diberi materai secukupnya dan berlaku sebagai asli serta mempunyai kekuatan yang sama dan masing-masing pihak mendapat 1 (satu) rangkap, sedangkan 2 (dua) rangkap lainnya sebagai copy untuk keperluan administrasi. Perjanjian yang dibuat dan ditandatangani pada hari, tanggal dan tahun sebagaimana tersebut di atas.

**PIHAK KEDUA,
RUMAH SAKIT SARI ASIH CILEDUG**

**PIHAK PERTAMA,
DINAS KESEHATAN
KOTA TANGERANG**

Dr. Ni'matullah Mansur, MARS

Dr. Hj. Lilly Indrawati M.Kes
NIP. 140 135 803

