

PERJANJIAN KERJASAMA
ANTARA
DINAS KESEHATAN KOTA SURABAYA
DENGAN
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
TENTANG
PELAYANAN KESEHATAN BAGI PESERTA
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
TAHUN 2012

NOMOR : 440 / 2508 / 436.6.3 / 2012

NOMOR : 015 / RSMU / I / 2012

Pada hari ini, Jumat tanggal Enam bulan Januari tahun Dua Ribu Dua Belas, yang bertanda tangan di bawah ini :

1. dr. ESTY MARTIANA RACHMIE : Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya, yang berkedudukan dan berkantor di Jalan Jemursari No. 197 Surabaya, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Keputusan Walikota Surabaya Nomor 821 / 4961 / 436.1.4 / 2005 tanggal 24 Nopember 2005, dan atas nama Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 903 / MENKES / PER / V / 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) Tahun 2011 yang untuk selanjutnya disebut sebagai "PIHAK PERTAMA"
2. dr. HERMINIATI HB, MARS : Direktur Rumah Sakit Mata Undaan yang berkedudukan dan berkantor di Jalan Undaan Kulon 19 Surabaya 60274, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Surat Keputusan Pengurus Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata (P4M) Undaan Nomor : 098 / P4M / SK / IV / 2008 tanggal 25 April 2008 yang untuk selanjutnya disebut sebagai "PIHAK KEDUA"

Bahwa PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA secara bersama sama disebut "PARA PIHAK" dan secara sendiri-sendiri disebut "PIHAK".

Bahwa PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA mengadakan perjanjian kerjasama (selanjutnya disebut "Perjanjian") dengan ketentuan-ketentuan sebagaimana diatur lebih lanjut dalam Perjanjian ini.

Pasal 1
PENUNJUKAN

PIHAK PERTAMA menunjuk PIHAK KEDUA untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi peserta JAMKESMAS meliputi rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kebutuhan medis dan ketentuan pelayanan medis bagi peserta JAMKESMAS Tahun 2012 berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 903 / MENKES / PER / V / 2011 tanggal 4 Mei 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) 2011, dan PIHAK KEDUA menerima penunjukkan tersebut.

Pasal 2
MAKSUD DAN TUJUAN

1. Maksud dari Perjanjian ini adalah sebagai dasar pelaksanaan bersama PARA PIHAK dalam memberikan Pelayanan Kesehatan kepada peserta JAMKESMAS Tahun 2012 sesuai surat keputusan tentang peserta yang ditetapkan oleh Walikota berdasarkan kuota Menteri Kesehatan.
2. Tujuan Perjanjian ini adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya kepada peserta JAMKESMAS Tahun 2012.

Pasal 3
RUANG LINGKUP PELAYANAN KESEHATAN

1. Ruang lingkup pelayanan kesehatan oleh PIHAK KEDUA dalam Perjanjian ini meliputi prosedur pelayanan kesehatan, tatalaksana pelayanan kesehatan, jenis pelayanan kesehatan dan pemberian resep obat sesuai dengan Pedoman Pelaksanaan Program JAMKESMAS tahun 2011 (Peraturan Menkes Nomor 903/MENKES/PER/V/2011) dan ketentuan-ketentuan lain yang berlaku.
2. Apabila PIHAK KEDUA memberikan pelayanan kesehatan diluar ketentuan pasal 3 ayat 1, maka biaya pelayanan tersebut menjadi tanggung jawab PIHAK KEDUA (atau Pemerintah Daerah).

Pasal 4
HAK DAN KEWAJIBAN PIHAK PERTAMA

1. PIHAK PERTAMA berhak :
 - a. Menempatkan Verifikator untuk melakukan verifikasi atas manajemen kepesertaan, manajemen pelayanan, dan manajemen keuangan pemberian pelayanan kesehatan dan kesesuaian besarnya klaim biaya yang akan dibayarkan oleh Kementerian Kesehatan kepada PIHAK KEDUA.
 - b. Memperoleh laporan pelayanan dan tembusan berkas klaim dari PIHAK KEDUA.
 - c. Menerima Keluhan dari peserta JAMKESMAS tahun 2012 dan meneruskan keluhan tersebut kepada PIHAK KEDUA sepanjang hal tersebut menyangkut pelayanan.
 - d. Memperoleh laporan pelayanan JAMKESMAS dari PIHAK KEDUA.

2. PIHAK PERTAMA berkewajiban:
 - a. Melakukan pengaturan penempatan terhadap verifikator yang ditugaskan kepada PIHAK KEDUA.
 - b. Melakukan pengawasan terhadap verifikator dalam melaksanakan tugasnya.
 - c. Menyelesaikan perbedaan pendapat/perselisihan antara verifikator dengan PIHAK KEDUA bersama pihak terkait atau meneruskan ke tingkat Provinsi.
 - d. Melakukan monitoring dan evaluasi keuangan/pembiayaan pelayanan kesehatan yang diterima oleh PIHAK KEDUA dari Kementerian Kesehatan.
 - e. Melakukan Penanganan keluhan yang diajukan oleh PPK.
 - f. Bersama PIHAK KEDUA, melakukan sosialisasi Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2011.

Pasal 5 HAK DAN KEWAJIBAN PIHAK KEDUA

1. PIHAK KEDUA berhak :
 - a. Memperoleh pembayaran dari Kementerian Kesehatan atas biaya pelayanan yang telah dilaksanakan terhadap peserta sesuai Pedoman Pelaksanaan JAMKESMAS tahun 2011.
 - b. Mengajukan klaim tagihan atas biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta JAMKESMAS tahun 2012.
 - c. Melakukan klarifikasi jika terdapat perbedaan antara klaim tagihan biaya dan realisasi pembayaran klaim.
 - d. Memperoleh umpan balik atas hasil monitoring dan evaluasi tentang kepesertaan, pelayanan kesehatan, dan keuangan dari PIHAK PERTAMA.
 - e. Mengajukan usul/keluhan sehubungan penyelenggaraan program JAMKESMAS dalam upaya peningkatan pelayanan.
2. PIHAK KEDUA berkewajiban:
 - a. Memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta sesuai dengan kebutuhan medis dan standar pelayanan kesehatan yang berlaku yang mengacu kepada Pedoman Pelaksanaan JAMKESMAS Tahun 2011.
 - b. Menyediakan fasilitas pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) kelas III dan pelayanan gawat darurat sesuai dengan standar pelayanan kesehatan yang berlaku.
 - c. Mempersiapkan sumberdaya manusia yang berkompeten untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar ketenagaan yang berlaku.
 - d. Menyerahkan klaim tagihan biaya pelayanan kesehatan kepada verifikator/Tim Verifikasi untuk diverifikasi.
 - e. Memberikan bantuan sepenuhnya kepada Verifikator/Tim Verifikasi untuk dapat melakukan tugas sebagaimana mestinya.
 - f. Menyampaikan laporan pelayanan JAMKESMAS PPK kepada PIHAK PERTAMA.

Pasal 6 TARIP PELAYANAN

Besarnya tarip pelayanan kesehatan yang dapat diajukan oleh PIHAK KEDUA adalah sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 903/MENKES/PER/V/2011 tanggal 4 Mei 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Tahun 2011.

Pasal 7
TATA CARA PENGAJUAN TAGIHAN

Pengajuan tagihan dilaksanakan berpedoman pada ketentuan sebagaimana dimuat dalam Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2011.

Pasal 8
PEMBAYARAN KLAIM TAGIHAN

1. Klaim tagihan yang sudah diverifikasi diajukan oleh PIHAK KEDUA ke Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat Tingkat Pusat/ Kementerian Kesehatan untuk dibayar kepada PIHAK KEDUA.
2. Pembayaran sebagaimana dimaksud pada angka 1 dilakukan oleh Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat Tingkat Pusat/ Kementerian Kesehatan melalui Bank yang ditetapkan oleh PIHAK KEDUA.

Pasal 9
JANGKA WAKTU BERLAKU

1. Kesepakatan Kerjasama ini berlaku untuk jangka waktu selama 1 (satu) tahun dihitung sejak tanggal 1 Januari 2012 sampai dengan 31 Desember 2012.
2. Selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan sebelum berakhirnya jangka waktu Perjanjian Kerjasama ini, PARA PIHAK sepakat saling memberitahukan maksudnya apabila hendak memperpanjang Kesepakatan Bersama ini.
3. Apabila selambat-lambatnya sampai dengan 1 (satu) bulan sebelum berakhirnya jangka waktu Perjanjian ini tidak ada surat pemberitahuan dari PIHAK PERTAMA untuk memperpanjang waktu Perjanjian, maka perjanjian ini berakhir dengan sendirinya.

Pasal 10
SANKSI

1. Dalam hal PIHAK KEDUA secara nyata terbukti melakukan hal-hal sebagai berikut:
 - a. Tidak melayani peserta JAMKESMAS Tahun 2012 sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 - b. Tidak memberikan fasilitas dan pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 - c. Memungut biaya tambahan biaya pelayanan kesehatan kepada masyarakat peserta program Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2012 atau keluarganya.
 - d. Tidak melakukan prosedur pelayanan sesuai Pedoman Pelaksanaan JAMKESMAS tahun 2011

Maka PIHAK PERTAMA berhak untuk menanggukkan pembayaran atas tagihan biaya pelayanan kesehatan yang diajukan oleh PIHAK KEDUA.

2. Dalam hal PIHAK KEDUA membatalkan secara sepihak Perjanjian ini, PIHAK PERTAMA berhak mengusulkan kepada Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat Tingkat Pusat/ Keementarian Kesehatan untuk mengenakan denda sebesar nilai tagihan biaya pelayanan kesehatan 3 (tiga) bulan terakhir yang sudah dibayarkan oleh Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat Tingkat Pusat/Kementerian Kesehatan kepada PIHAK KEDUA.

Pasal 11
KEADAAN MEMAKSA (FORCE MAJEURE)

1. Yang dimaksud dengan keadaan memaksa (selanjutnya disebut "Force Majeure") adalah suatu keadaan yang terjadinya diluar kemampuan, kesalahan atau kekuasaan PARA PIHAK dan yang menyebabkan PIHAK yang mengalaminya tidak dapat melaksanakan atau terpaksa menunda pelaksanaan kewajibannya dalam Kesepakatan ini. Force Majeure tersebut meliputi bencana alam, banjir, wabah, perang (yang dinyatakan maupun yang tidak dinyatakan), pemberontakan, huru-hara, pemogokkan umum, kebakaran dan kebijaksanaan Pemerintah yang berpengaruh secara langsung terhadap pelaksanaan Kesepakatan ini.
2. Dalam hal terjadinya peristiwa Force Majeure, maka PIHAK yang terhalang untuk melaksanakan kewajibannya tidak dapat dituntut oleh PIHAK lainnya. PIHAK yang terkena Force Majeure wajib memberitahukan adanya peristiwa Force Majeure tersebut kepada PIHAK yang lain secara tertulis paling lambat 7 (tujuh) hari kalender sejak saat terjadinya peristiwa Force Majeure, yang dikuatkan oleh surat keterangan dari pejabat yang berwenang yang menerangkan adanya peristiwa Force majeure tersebut. PIHAK yang terkena Force Majeure wajib mengupayakan dengan sebaik-baiknya untuk tetap melaksanakan kewajibannya sebagaimana diatur dalam kesepakatan ini segera setelah peristiwa Force Majeure berakhir.
3. Apabila peristiwa Force Majeure tersebut berlangsung terus hingga melebihi atau diduga oleh PIHAK yang mengalami Force Majeure akan melebihi jangka waktu 30 (tiga puluh) hari kalender, maka PARA PIHAK sepakat untuk meninjau kembali Jangka Waktu Kesepakatan ini.
4. Semua kerugian dan biaya yang diderita oleh salah satu PIHAK sebagai akibat terjadinya peristiwa Force Majeure bukan merupakan tanggung jawab PIHAK yang lain.

Pasal 12
PENYELESAIAN PERSELISIHAN

1. Setiap perselisihan, pertentangan dan perbedaan pendapat yang timbul sehubungan dengan Perjanjian ini akan diselesaikan terlebih dahulu secara musyawarah dan mufakat oleh PARA PIHAK.
2. Apabila penyelesaian secara musyawarah sebagaimana dimaksud dalam ayat 1, Pasal ini tidak berhasil mencapai mufakat, maka PARA PIHAK sepakat untuk menyerahkan penyelesaian perselisihan tersebut melalui Pengadilan.
3. Mengenai Kesepakatan ini dan segala akibatnya, PARA PIHAK memilih kediaman hukum atau domisili yang tetap dan umum di Kantor Panitera Pengadilan Negeri Surabaya.

**Pasal 13
ADDENDUM**

Apabila dalam pelaksanaan Kesepakatan bersama ini PARA PIHAK merasa perlu melakukan perubahan, maka perubahan tersebut hanya dapat dilakukan atas kesepakatan PARA PIHAK yang dituangkan dalam Addendum Perjanjian ini yang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari Perjanjian ini.

**PIHAK KEDUA
DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN**



dr. HERMINIATI HB, MARS

**PIHAK PERTAMA
KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA SURABAYA**



**dr. ESTY MARTIANA RACHMIE
Pembina Utama Muda
NIP. 19570328 198512 2 001**

**MENGETAHUI :
KEPALA DINAS KESEHATAN
PROVINSI JAWA TIMUR**



**dr. BUDI RAHAJU, MPH
Pembina Utama Muda
NIP. 19551011 198210 2 001**