

**PERJANJIAN KERJASAMA
ANTARA
RUMAH SAKIT UMUM THALIA IRHAM KAB. GOWA
DENGAN
UPT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LABUANG BAJI SULAWESI SELATAN
TENTANG
RUJUKAN PEMERIKSAAN:
*CT-Scan, MRI, EMG, Endoskopi, Panoramic/Periapikal, Funduskopi***

**NOMOR : 063 /MOU/RSUTI/VIII/2023
NOMOR : 000.4.7.2/2023 a /LB-01.1/Mou/VIII/2023**

Pada hari ini Kamis, Tanggal Dua puluh empat Bulan Agustus Tahun Dua Ribu Dua Puluh tiga (24-08-2023) yang bertanda tangan dibawah ini masing – masing :

1. **dr. IRMASTUTI, MARS** selaku direktur Rumah Sakit Umum Thalia Irham yang berkedudukan dan berkantor di Jalan Poros Sungguminasa – Limbung Km.15, Panciro Kab. Gowa, dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Rumah Sakit Umum Thalia Irham selanjutnya disebut **“PIHAK PERTAMA”**.
2. **Dr. Rachmawati Syahrir, Sp.KK., M.Kes** selaku direktur UPT Rumah Sakit Umum Daerah Labuang baji Sul - Sel yang beralamatkan di Jalan Dr. Ratulangi No. 81 Makassar, dalam hal ini bertindak selaku direktur Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar dalam jabatannya tersebut yang untuk selanjutnya sebagai **“PIHAK KEDUA”**

PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA yang selanjutnya disebut PARA PIHAK sepakat untuk melakukan kerja sama dengan ketentuan sebagaimana diatur dalam pasal – pasal sebagai berikut :

**PASAL 1
DASAR HUKUM**

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1014/MENKES/SK/XI/2008 Tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan.

**PASAL 2
MAKSUD DAN TUJUAN**

1. Maksud Perjanjian kerjasama ini adalah untuk memenuhi kebutuhan pasien terhadap pemeriksaan radiologi berupa pemeriksaan *CT-Scan, MRI, EMG, Endoskopi, Panoramic/Periapikal, Funduskopi*.

PKS RSU Thalia Irham dengan RSUD Labuang baji

Pihak I	
Pihak II	

2. Tujuan perjanjian kerjasama ini adalah tersedianya pemeriksaan *CT-Scan*, *MRI*, *EMG*, *Endoskopi*, *Panoramic/Periapikal*, *Funduskopi* yang dibutuhkan oleh pasien Rumah Sakit Umum Thalia Irham.

PASAL 3 HAK DAN KEWAJIBAN

1. Hak dan Kewajiban PIHAK PERTAMA :
 - a. **PIHAK PERTAMA** berhak merujuk pasien yang membutuhkan pemeriksaan *CT-Scan*, *MRI*, *EMG*, *Endoskopi*, *Panoramic/Periapikal*, *Funduskopi* dari kepada **PIHAK KEDUA**.
 - b. **PIHAK PERTAMA** berkewajiban memenuhi syarat dan ketentuan rujukan.
2. Hak dan Kewajiban PIHAK KEDUA :
 - a. **PIHAK KEDUA** berkewajiban menerima rujukan pemeriksaan *CT-Scan*, *MRI*, *EMG*, *Endoskopi*, *Panoramic/Periapikal*, *Funduskopi* dari **PIHAK PERTAMA**.
 - b. **PIHAK KEDUA** berhak menerima kelengkapan ketentuan persyaratan rujukan.

PASAL 4 SYARAT DAN KETENTUAN

1. **PIHAK PERTAMA** merujuk pasien baik dari rawat jalan maupun rawat inap.
2. Pasien yang dirujuk dari Rumah Sakit **PIHAK PERTAMA** harus memberitahukan rencana rujukan pemeriksaan *CT-Scan*, *MRI*, *EMG*, *Endoskopi*, *Panoramic/Periapikal*, *Funduskopi* melalui telepon kepada **PIHAK KEDUA** sebelum melakukan rujukan.
3. **PIHAK KEDUA** harus mengkonfirmasi/memberitahukan persetujuan terhadap rujukan pemeriksaan *CT-Scan*, *MRI*, *EMG*, *Endoskopi*, *Panoramic/Periapikal*, *Funduskopi* dari **PIHAK PERTAMA**.
4. Apabila pasien membutuhkan pemeriksaan *CT-Scan*, *MRI*, *EMG*, *Endoskopi*, *Panoramic/Periapikal*, *Funduskopi* berasal dari poliklinik maka pasien akan datang sendiri dengan membawa surat rujukan/surat permintaan untuk pemeriksaan dari **PIHAK PERTAMA**.
5. Apabila pasien membutuhkan pemeriksaan *CT-Scan*, *MRI*, *EMG*, *Endoskopi*, *Panoramic/Periapikal*, *Funduskopi* berasal dari rawat inap maka pasien akan diantar dengan ambulance dan didampingi perawat dari **PIHAK PERTAMA**.
6. **PIHAK PERTAMA** bertanggungjawab melengkapi syarat administrasi rujukan (untuk Pasien JKN antara lain : surat rujukan *CT-Scan*, *MRI*, *EMG*, *Endoskopi*, *Panoramic/Periapikal*, *Funduskopi* dan fotocopy SEP pasien, untuk pasien umum membawa surat rujukan *CT-Scan*, *MRI*, *EMG*, *Endoskopi*, *Panoramic/Periapikal*, *Funduskopi*
7. **PIHAK KEDUA** memberikan rujukan balik berupa hasil pemeriksaan *CT-Scan*, *MRI*, *EMG*, *Endoskopi*, *Panoramic/Periapikal*, *Funduskopi* yang telah dilakukan kepada **PIHAK PERTAMA**.
8. **PIHAK KEDUA** memberikan keterangan uji kalibrasi jaminan mutu peralatan yang dikerjasamakan tersebut (*CT-Scan*, *MRI*, *EMG*, *Endoskopi*, *Panoramic/Periapikal*, *Funduskopi*).

PASAL 5 PEMBIAYAAN

1. Bila pasien tidak memiliki jaminan kesehatan (pasien umum), maka biaya pemeriksaan *CT-Scan, MRI, EMG, Endoskopi, Panoramic/Periapikal, Funduskopi* tersebut ditanggung langsung oleh pasien pada saat pemeriksaan sesuai dengan tarif pergub/peraturan yang berlaku di Rumah Sakit **PIHAK KEDUA**.
2. Bila pasien merupakan peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) maka biaya untuk pemeriksaan akan dibayar oleh **PIHAK PERTAMA** kepada **PIHAK KEDUA** dengan ketentuan sebagai berikut :
 - a. Jika tarif pemeriksaan tercantum khusus dalam Permenkes Tarif INACBG's yang berlaku maka tarif yang dikenakan adalah Tarif INACBG's **PIHAK KEDUA**.
 - b. Jika tarif pemeriksaan tidak tercantum khusus (masuk paket perawatan) dalam Permenkes Tarif INACBG's maka biaya pemeriksaan *CT-Scan, MRI, EMG, Endoskopi, Panoramic/Periapikal, Funduskopi* tersebut sesuai dengan tarif pergub/peraturan yang berlaku di **PIHAK KEDUA**.
 - c. Biaya tersebut akan dibayarkan oleh **PIHAK PERTAMA** kepada **PIHAK KEDUA** secara kumulatif setiap bulan selambat-lambatnya 1 (satu) bulan setelah pengajuan tagihan oleh **PIHAK KEDUA** diterima oleh **PIHAK PERTAMA**; dan.
 - d. **PIHAK KEDUA** menyerahkan tagihan kepada **PIHAK PERTAMA** untuk poin c diatas dengan menyerahkan identitas pasien, tanggal pemeriksaan, jenis tindakan dan tarif yang dikenakan untuk pemeriksaan tersebut.

PASAL 6 TATA CARA PENAGIHAN DAN PEMBAYARAN

1. **PIHAK KEDUA** membuat surat tagihan dan rekapan pelayanan selama 1 (satu) bulan dan mengirim kepada **PIHAK PERTAMA** dengan tujuan:
 - a. Nama Penerima : Rosmidah SKM
 - b. Jabatan : Bendahara RSU Thalia Irham
 - c. Alamat : Jl. Poros Sungguminasa-Limbung Km.15, Panciro Kab. Gowa
 - d. Telpon/Hp : 0853 4361 1453
2. **PIHAK PERTAMA** melakukan pembayaran tagihan melalui transfer ke nomor rekening **PIHAK KEDUA**;
 - a. Nama : BLUD RSUD Labuang Baji
 - b. Bank : Bank SULSELBAR
 - c. No. Rek : 130-002-000029207-7
3. **PIHAK PERTAMA** melakukan pembayaran paling lambat 1 (satu) bulan setelah menerima surat tagihan dari **PIHAK KEDUA**.
4. **PIHAK PERTAMA** setelah melakukan pembayaran dan mengirimkan bukti dengan rincian pembayaran (kuitansi) kepada **PIHAK KEDUA** paling lambat 2 (dua) hari setelah melakukan pembayaran (transfer) yang ditujukan kepada:

- a. Nama : Nurbaya Yusuf, SE, MM
b. Jabatan : Kabid. Perencanaan Monitoring dan Evaluasi
c. Alamat : Jl. Dr. Ratulangi No. 81 Makassar
d. Nomor Hp : 0813 4319 6343

PASAI 7 ALAMAT KORESPONDENSI

Semua pemberitahuan sehubungan dengan Perjanjian Kerjasama ini dilakukan secara tertulis dan dianggap telah diterima jika disampaikan dengan langsung atau dengan surat tercatat dan atau dengan surat yang disertai dengan tanda penerimaannya dari Petugas yang ditunjuk para Pihak sebagai berikut:

1. PIHAK PERTAMA :

- Nama : Khusnul Khotimah A.Md. Rad
- Alamat : Bt. Rea Desa Pallangga, Kec. Pallangga,
- Nomor Telp/Hp : 085241180742,
- Email : nhunuslim@gmail.com

2. PIHAK KEDUA

- Nama : Astuty Fridawanty, A.Md.Rad
- Jabatan : Kepala Ruangan Radiologi
- HP. : 081243965001
- E-mail : astutyfridawanty@gmail.com
- Alamat : Jl. Dr. Ratulangi No. 81 Makassar

PASAL 8 KEADAAN MEMAKSA (FORCE MAJEUR)

1. Yang dimaksud dengan keadaan memaksa (selanjutnya disebut "Force Majeure") adalah suatu keadaan yang terjadi diluar kemampuan, atau kekuasaan kedua **belah pihak** dan yang menyebabkan Pihak yang mengalaminya tidak dapat atau terpaksa menunda pelaksanaan kewajibannya dalam Perjanjian ini. Force Majeure tersebut meliputi bencana alam, banjir, wabah, perang (yang dinyatakan maupun yang tidak dinyatakan), pemberontakan, huru-hara, pemogokan umum, kebakaran dan kebijakan pemerintah yang berpengaruh langsung terhadap pelaksanaan perjanjian ini.
2. Dalam hal yang 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 lainnya secara lisan atau tertulis.

PASAL 9 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 tersebut melalui pengadilan.
3. Mengenai perjanjian ini dan segala akibatnya, para pihak memilih Kediaman Hukum atau domisili yang tetap dan umum di Kantor Panitera Pengadilan Negeri Makassar.

PASAL 10 JANGKA WAKTU PERJANJIAN

1. Perjanjian ini berlaku terhitung sejak tanggal 24 -08- 2023 dan akan berakhir dengan tanggal 24-08-2025, dengan tidak mengurangi hak masing-masing pihak untuk mengakhirinya.
2. Perjanjian Kerjasama ini berakhir dengan :
 - a. Selesai masa berlaku perjanjian kerjasama ini, seperti yang tertera pada ayat 1 pasal ini.
 - b. Pengunduran diri salah satu pihak dengan memberitahukan secara tertulis kepada pihak lainnya sekurang-kurangnya 1 (satu) bulan sebelumnya.
 - c. Salah satu pihak tidak melaksanakan ketentuan sesuai kesepakatan bersama.

PASAL 11 PENUTUP

Demikianlah perjanjian ini dibuat dalam rangkap 2 (dua) asli, masing-masing sama bunyinya, diatas kertas bermaterai cukup serta mempunyai kekuatan hukum yang sama setelah ditanda tangani oleh para pihak.

PIHAK PERTAMA

Rumah Sakit Umum Thalia Irham



dr. Irmastuti, MARS

Direktur

PIHAK KEDUA

Rumah Sakit Umum Daerah
Labuang Baji Prov SUL – SEL



dr. Rachmawati Syahrir, Sp.KK., M.Kes

Direktur