**CHECKLIST BERKAS IZIN OPERASIONAL RUMAH SAKIT**

**Data Pemohon**

Nama : ……………………………………………………………………………………………..

No. HP : ……………………………………………………………………………………………..

Usaha : ……………………………………………………………………………………………..

Alamat Usaha : ……………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **PERSYARATAN** | **CHECKLIST** | **KETERANGAN** |
| 1. | Persyaratan Registrasi: |  |  |
| 1. Nomor Induk Kependudukan |  |  |
| 1. Email untuk aktivasi akun OSS |  |  |
| 1. Nomor Telepon |  |  |
| 2. | OSS menerbitkan :   1. NIB |  |  |
| 1. Izin Operasional Rumah Sakit dengan komitmen |  |  |
| 3. | Komitmen Izin Operasional Rumah Sakit |  |  |
| 1. Notifikasi Kementerian Kesehatan dan/atau dinas kesehatan sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit |  |  |
| 1. Profil Rumah Sakit paling sedikit meliputi visi dan misi, lingkup kegiatan, rencana strategi, dan struktur organisasi |  |  |
| 1. Isian instrumen *self assessment* sesuai klasifikasi Rumah Sakit yang meliputi pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, bangunan dan prasarana, dan administrasi manajemen |  |  |
| 1. Surat keterangan atau sertifikat izin kelayakan atau pemanfaatan dan kalibrasi alat kesehatan |  |  |
| 1. Sertifikat akreditasi (bagi perpanjangan izin) |  |  |
| 1. Batas paling sedikit pemenuhan jumlah tempat tidur untuk Rumah Sakit penanaman modal asing sesuai dengan kesepakatan atau kerja sama internasional |  |  |

**DISPOSISI**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **ALUR PROSEDUR** | **TANGGAL TERIMA** | **TANGGAL SELESAI** | **CATATAN** | **PARAF** |
| 1. | Front Office (Penerimaan) |  |  |  |  |
| 2. | Kasi Perizinan Umum |  |  |  |  |
| 3. | Kasi Perizinan Usaha |  |  |  |  |
| 4. | Kasi Survey dan Pengaduan |  |  |  |  |
| 5. | Kabid Pelayanan Perizinan |  |  |  |  |
| 6. | Penomoran |  |  |  |  |
| 7. | Operator |  |  |  |  |
| 8. | Kepala Dinas |  |  |  |  |
| 9. | Front Office Pengambilan |  |  |  |  |