

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan suatu lembaga pelayanan kesehatan masyarakat yang memiliki ciri khas yang khas. Rumah sakit dipengaruhi oleh kemajuan ilmu kesehatan, perkembangan *technology* , dan kondisi sosial-ekonomi masyarakat. Tujuan utamanya adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau kepada masyarakat guna mencapai tingkat kesehatan yang optimal. rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan layanan kesehatan secara komprehensif dan lengkap, termasuk layanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat.

2.1.2. Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tentang Rumah Sakit, (2009) rumah sakit digolongkan berdasarkan jenis layanan dan manajemennya.

1. Berdasarkan jenis layanan yang disediakan, rumah sakit dibagi menjadi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.
 - a. Rumah sakit umum adalah yang menyediakan layanan kesehatan di berbagai bidang dan penyakit. Rumah sakit umum terbagi menjadi empat kelas berdasarkan fasilitas dan kapasitas pelayanan medis:

- 1) Rumah sakit umum kelas A memiliki setidaknya empat spesialis dasar, lima spesialis penunjang medis, dua belas spesialis lainnya, dan tiga belas sub-spesialisasi
 - 2) Rumah sakit umum kelas B memiliki setidaknya empat spesialis dasar, empat spesialis penunjang medis, delapan spesialis lainnya, dan dua subspesialis dasar.
 - 3) Rumah sakit umum kelas C memiliki setidaknya empat spesialis dasar dan empat spesialis penunjang medis.
 - 4) Rumah sakit umum kelas D memiliki setidaknya dua spesialis dasar.
- b. Rumah sakit khusus adalah yang fokus pada satu bidang atau jenis penyakit tertentu, seperti berdasarkan disiplin ilmu, kelompok umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.
2. Berdasarkan manajemennya, rumah sakit dapat dibedakan menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit swasta.
- a. Rumah sakit publik bisa dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, atau badan hukum nirlaba:
- 1) Rumah sakit publik yang dikelola oleh pemerintah atau pemerintah daerah dijalankan melalui Badan Layanan Umum (BLU) atau Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sesuai peraturan perundang-undangan.
 - 2) Rumah sakit publik yang dikelola oleh pemerintah atau pemerintah daerah tidak boleh diubah menjadi rumah sakit swasta.
- b. Rumah sakit swasta dikelola oleh badan hukum dengan tujuan mendapat keuntungan, biasanya berbentuk Perseroan Terbatas (PT).

2.1.3. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tentang Rumah Sakit, (2009) tugas utama rumah sakit adalah memberikan layanan kesehatan yang menyeluruh kepada individu. Layanan ini mencakup aspek penyembuhan, pemulihan, serta promosi kesehatan dan pencegahan penyakit yang dilakukan secara terpadu. Rumah sakit, sesuai dengan amanah tersebut, memiliki fungsi-fungsi sebagai berikut:

1. Menyediakan layanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
2. Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu melalui pelayanan kesehatan tingkat kedua dan ketiga, yang sesuai dengan kebutuhan medis.
3. Menyelenggarakan program pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan keterampilan tenaga medis dalam memberikan pelayanan kesehatan.
4. Melakukan penelitian, pengembangan, serta evaluasi *technology* kesehatan dengan memperhatikan prinsip etika dalam bidang ilmu pengetahuan kesehatan.

2.2 Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah bagian integral dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang dijalankan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib, sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Tujuannya adalah untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak, yang diberikan kepada setiap individu yang telah membayar iuran atau iurannya ditanggung oleh pemerintah. JKN

memberikan perlindungan kesehatan agar peserta dapat mendapatkan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, dengan pembayaran iuran oleh individu atau ditanggung oleh pemerintah sesuai yang tertera dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tentang Jaminan Kesehatan, (2013). Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip dasar Sistem Jaminan Sosial Nasional sebagai berikut:

1. Prinsip gotong royong, yang menyatakan bahwa peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, dengan peserta yang sehat membantu yang sakit atau berisiko tinggi. Hal ini tercermin dalam kewajiban kepesertaan JKN bagi seluruh penduduk.
2. Prinsip nirlaba, di mana pengelolaan dana oleh BPJS Kesehatan tidak bertujuan mencari laba. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat yang tujuannya untuk memenuhi kepentingan peserta sebesar-besarnya.
3. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas dalam manajemen dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.
4. Prinsip portabilitas, yang bertujuan memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta meskipun mereka pindah pekerjaan atau tempat tinggal di dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
5. Prinsip kepesertaan yang wajib, untuk memastikan bahwa seluruh masyarakat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Sistem ini disesuaikan dengan

kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.

6. Prinsip dana amanat, di mana dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana yang dititipkan kepada badan penyelenggara untuk dikelola secara optimal demi kesejahteraan peserta.
7. Prinsip penggunaan hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial untuk pengembangan program dan kepentingan peserta sebesar-besarnya.

2.3 Pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional

Iuran Jaminan Kesehatan Nasional adalah sejumlah pembayaran yang secara teratur dilakukan oleh peserta, pemberi kerja, dan/atau pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tentang Jaminan Kesehatan, (2013) pasal 12. Setiap peserta memiliki kewajiban untuk membayar iuran yang jumlahnya dapat ditentukan sebagai persentase dari pendapatan atau sebagai jumlah tetap tertentu.

Setiap pemberi kerja diwajibkan untuk mengumpulkan iuran dari para pekerjanya, menambahkan iuran dari peserta yang menjadi tanggung jawabnya, dan membayarkan total iuran tersebut secara bulanan kepada BPJS Kesehatan secara rutin. BPJS Kesehatan akan mengganti fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan sistem kapitasi dan untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan dengan menggunakan sistem paket INA-CBG's. BPJS Kesehatan bertanggung jawab untuk membayar biaya fasilitas kesehatan atas layanan yang diberikan kepada peserta dalam waktu paling lambat 15 hari setelah menerima dokumen klaim yang lengkap sesuai yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan

Republik Indonesia Nomor 28 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, (2014).

2.4 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan badan hukum yang dibentuk untuk melaksanakan program jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan memulai kegiatan operasionalnya pada tanggal 1 Januari 2014 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, (2014). Transformasi PT Askes (persero) menjadi BPJS Kesehatan terjadi setelah pengesahan Undang-Undang tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. BPJS Kesehatan memiliki tanggung jawab yang serius dalam mengawasi setiap rumah sakit dalam penerapan tarif INA-CBGs. Walaupun revisi berkas klaim telah dilakukan semaksimal mungkin, tanpa pengawasan yang ketat pada tahap implementasi, tujuan dari INA-CBGs mungkin tidak dapat tercapai.

Setiap rumah sakit yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan memiliki petugas verifikator BPJS Kesehatan. Dalam menjalankan tugasnya untuk melakukan verifikasi klaim, petugas verifikator BPJS Kesehatan diwajibkan memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM. Ketentuan pengkodean mengacu pada panduan yang terdapat dalam pedoman INA-CBGs dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, (2016).

2.5 Sistem INA-CBGs

Sistem INA-CBGs merupakan suatu sistem pengkodean yang mengacu pada diagnosis akhir dan tindakan atau prosedur yang dihasilkan dari pelayanan, menggunakan data costing dan coding penyakit yang merujuk pada International Classification of Disease (ICD) yang disusun oleh WHO, dengan menggunakan ICD 10 untuk diagnosis dan ICD 9 CM untuk prosedur. Dalam INA-CBGs, terdapat 1075 kelompok tarif yang terdiri dari 786 tarif pelayanan rawat inap dan 289 tarif pelayanan rawat jalan. Sistem INA-CBGs merupakan sistem pembiayaan prospektif, dengan tujuan utamanya adalah memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan efisien dari segi biaya. Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran di mana besarnya pembayaran telah ditetapkan sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh dari pembayaran prospektif meliputi *global budget*, perdiem, kapitasi, dan *case based payment* sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tentang Pedoman Indonesian *Case Base Groups* (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, (2016).

2.6 Klaim Pelayanan BPJS Kesehatan

2.6.1. *Process* Pengajuan Klaim

Process pengajuan klaim dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, (2014) mengindikasikan bahwa fasilitas kesehatanlah yang bertanggung jawab untuk mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Fasilitas kesehatan diharapkan mengajukan klaim secara berkala setiap bulan dengan batas waktu paling lambat tanggal 10 bulan

berikutnya. BPJS Kesehatan akan melakukan pembayaran biaya pelayanan sesuai dengan tarif INA-CBGs yang telah ditetapkan berdasarkan kelas rumah sakit oleh Menteri Kesehatan dan tarif regional yang berlaku di wilayah tersebut.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, (2014) prosedur pelayanan di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut dimulai dengan langkah-langkah administrasi sebagai berikut:

1. Peserta datang ke Rumah Sakit dengan menunjukkan nomor identitas peserta Jaminan Kesehatan Nasional serta surat rujukan, kecuali dalam keadaan darurat tanpa surat rujukan.
2. Peserta menerima Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk mendapatkan layanan.
3. Peserta menerima layanan rawat jalan dan/atau rawat inap sesuai dengan kebutuhan medis.
4. Jika dokter spesialis atau subspesialis mengeluarkan surat keterangan bahwa pasien masih memerlukan perawatan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) tersebut, pada kunjungan berikutnya, pasien dapat langsung datang ke FKRTL tanpa harus ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) terlebih dahulu, dengan membawa surat keterangan dari dokter tersebut.
5. Jika dokter spesialis atau subspesialis memberikan surat keterangan untuk rujuk balik, maka pada kunjungan selanjutnya, pasien harus langsung ke

FKTP dengan membawa surat rujuk balik dari dokter spesialis atau subspesialis.

6. Jika dokter spesialis atau subspesialis tidak mengeluarkan surat keterangan seperti yang disebutkan dalam poin d dan e, pada kunjungan berikutnya, pasien harus melalui FKTP.

Setelah *process* administrasi, langkah berikutnya dalam pengajuan klaim di fasilitas kesehatan, berdasarkan Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS tahun 2014, adalah rekapitulasi pelayanan dan penyelesaian dengan memberikan kode serta memasukkan data melalui aplikasi INA-CBGs, sesuai dengan Pedoman INA-CBGs dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tentang Pedoman Indonesian *Case Base Groups* (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, (2016). Fasilitas kesehatan kemudian menghasilkan berkas dan data klaim dalam format txt, sesuai dengan petunjuk teknis verifikasi klaim tahun 2014.

Process pengajuan klaim di fasilitas kesehatan melibatkan peserta Jaminan Kesehatan Nasional, fasilitas kesehatan, BPJS center, dan kantor cabang BPJS Kesehatan. Peran peserta Jaminan Kesehatan Nasional adalah membawa identitas peserta BPJS dan surat rujukan saat ingin mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat lanjut, kecuali dalam situasi darurat. Hal ini sesuai dengan ketentuan dalam Permenkes Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, (2014) yang mengharuskan peserta Jaminan Kesehatan Nasional

membawa surat rujukan dan menunjukkan nomor identitas peserta saat akan mendapatkan pelayanan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut.

Selanjutnya, peran dari fasilitas kesehatan tingkat lanjut dimulai dari penerimaan pasien, di mana akan dilakukan penentuan status eligibilitas pasien dan pembuatan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) berdasarkan nomor identitas peserta Jaminan Kesehatan Nasional. Penentuan ini melibatkan konfirmasi dengan petugas verifikator BPJS Kesehatan. Jika peserta sudah terverifikasi sebagai eligibel, maka akan dibuatkan SEP. Fasilitas kesehatan kemudian memberikan pelayanan sesuai dengan indikasi medis dan paket INA-CBGs. Hasil pelayanan akan direkapitulasi, termasuk bukti pelayanan, rekam medis, hasil pemeriksaan, dan pemeriksaan penunjang. Rekapitulasi ini penting untuk *process* koding oleh petugas dan entri data ke aplikasi INA-CBGs untuk menentukan tarif pelayanan. Koding dilakukan sesuai dengan ketentuan ICD 10 dan ICD 9. Setelah *process* koding dan entri data selesai, data tersebut akan diubah menjadi format txt untuk diverifikasi lebih lanjut.

Process verifikasi klaim ini dilakukan oleh petugas verifikasi BPJS. Petugas tersebut akan meneliti berkas klaim yang diterima untuk memastikan kebenaran informasi dan menentukan jumlah klaim yang akan diajukan. Selanjutnya, rumah sakit akan membuat laporan penagihan berdasarkan hasil verifikasi tersebut, yang kemudian akan diserahkan ke kantor cabang BPJS Kesehatan.

2.6.2. Pengkodean dan Entri Data Klaim

Pengkodean dan entri data klaim Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, (2016). Sebelum dilakukan verifikasi, fasilitas kesehatan harus menjalani beberapa tahap, termasuk entry data, pengkodean, dan pengelompokan. Entry data, pengkodean, dan pengelompokan ini menggunakan aplikasi INA-CBGs (*Indonesian Case Based Groups*). Aplikasi INA-CBGs merupakan alat entri data pasien yang memungkinkan pengelompokan tarif berdasarkan informasi dari resume medis. Sebelum menggunakan aplikasi INA-CBGs, rumah sakit harus memiliki kode registrasi yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, dan kemudian melakukan aktivasi INA-CBGs yang sesuai dengan kelas dan regionalisasi rumah sakit.

Process entri data ke aplikasi INA-CBGs dilakukan oleh petugas koder atau petugas administrasi klaim di rumah sakit. Mereka menggunakan informasi dari resume medis dan memastikan kelengkapan data administratif untuk memvalidasi klaim. Data pasien dimasukkan ke dalam aplikasi setelah pasien selesai menerima pelayanan di rumah sakit dan berdasarkan informasi dari resume medis. Tahap awal melibatkan entri data seperti nama, jenis kelamin, dan tanggal lahir, serta variabel tarif rumah sakit atau ADL (*Activity Daily Living*) jika relevan. Kemudian, dilakukan pengkodean dengan menggunakan kode diagnosis ICD 10 dan kode prosedur ICD 9 yang diambil dari resume medis pasien. Setelah *process* pengkodean, aplikasi akan menghasilkan kelompok hasil.

2.6.3. Verifikasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, (2014) tahap terakhir dalam *process* pengajuan klaim adalah verifikasi klaim. Tujuan dari verifikasi ini adalah untuk mengevaluasi keakuratan administrasi yang terkait dengan pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan. Verifikasi data juga membantu fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut untuk mengikuti standar penilaian klaim berdasarkan Perjanjian Kerja Sama antara penyedia layanan kesehatan dan BPJS Kesehatan.

Berdasarkan petunjuk teknis verifikasi klaim, *process* verifikasi dilakukan dalam beberapa tahapan, yakni verifikasi administrasi, verifikasi pelayanan kesehatan, dan verifikasi menggunakan aplikasi verifikasi klaim. Berikut adalah penjelasan mengenai tahap verifikasi klaim Jaminan Kesehatan Nasional pada rawat jalan:

a. Verifikasi Administrasi

Dalam verifikasi administrasi untuk pelayanan rawat jalan, dokumen yang diverifikasi meliputi:

- 1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP).
- 2) Bukti pelayanan yang mencakup diagnosis, prosedur, dan ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).
- 3) Untuk kasus tertentu di luar INA CBG, dibutuhkan bukti tambahan seperti protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus, resep alat kesehatan, tanda terima alat bantu kesehatan.

Verifikasi administrasi klaim terbagi menjadi dua tahap, yaitu verifikasi administrasi kepesertaan dan verifikasi administrasi pelayanan, yang meliputi:

- 1) Verifikasi administrasi kepesertaan, yaitu Memeriksa kesesuaian berkas klaim antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan dalam aplikasi INA-CBGs.
- 2) Verifikasi administrasi pelayanan, hal - hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah:
 - a) Memastikan kesesuaian berkas klaim dengan persyaratan yang telah disebutkan sebelumnya.
 - b) Apabila terjadi ketidaksesuaian, berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi.
 - c) Konfirmasi kewenangan medis untuk kesesuaian tindakan operasi dengan spesialis operator.

b. Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Hal-hal yang perlu diperhatikan meliputi:

- 1) Memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM. Ketentuan *coding* mengikuti panduan *coding* yang terdapat dalam Juknis INA- CBGs.
- 2) Menetapkan bahwa satu episode rawat jalan merupakan satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter serta pemeriksaan penunjang yang sesuai sesuai indikasi medis dan obat yang diberikan pada

hari pelayanan yang sama. Apabila pemeriksaan penunjang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama maka tidak dihitung sebagai episode baru.

- 3) Memasukkan pelayanan IGD, rawat sehari, dan bedah sehari dalam kategori rawat jalan.
- 4) Penggunaan kode "Z" untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan diagnosis yang sama.

c. Verifikasi menggunakan aplikasi INA-CBGs

Tahapan ini mencakup:

- 1) Purifikasi data untuk memvalidasi output data INA-CBG yang ditagihkan dengan data penerbitan SEP. Purifikasi data yang terdiri dari:
 - a) Nomer SEP
 - b) Nomor Kartu Peserta
 - c) Tanggal SEP
- 2) Verifikasi administrasi dengan membandingkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dan hasil entri rumah sakit.
- 3) Menentukan status klaim yang layak atau tidak layak secara administratif.
- 4) *Process* verifikasi lanjutan dilakukan dengan tujuh langkah untuk menghindari kesalahan verifikasi dan potensi *double* klaim.
 - a) Verifikasi klaim ganda untuk dua layanan atau lebih di RITL.
 - b) Verifikasi klaim ganda RJTL yang dirujuk secara langsung ke RITL.
 - c) Verifikasi klaim ganda untuk dua layanan atau lebih di RJTL.

- d) Verifikasi klaim terhadap kode INA-CBGs yang berpotensi tidak akurat.
- e) Verifikasi klaim terhadap kode diagnosa yang tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- f) Pemeriksaan ini tidak memerlukan langkah-langkah verifikasi.
- g) Verifikasi atas alasan lainnya untuk kasus-kasus yang tidak termasuk dalam kategori langkah-langkah sebelumnya, tetapi harus ditolak karena alasan tertentu.

5) Finalisasi klaim.

2.6.4. Sistem Pembayaran Klaim

Sistem pembayaran klaim Jaminan Kesehatan Nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan diatur dalam Pedoman Administrasi Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan Tahun 2014. Berikut adalah ringkasan ketentuan dalam pedoman tersebut:

a. Ketentuan Umum Pembayaran BPJS Kesehatan:

- 1) BPJS Kesehatan bertanggung jawab untuk membayar Fasilitas Kesehatan yang memberikan layanan kepada peserta.
- 2) Besaran pembayaran BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan didasarkan pada kontrak antara keduanya.
- 3) Standar tarif ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
- 4) Asosiasi fasilitas kesehatan untuk tingkat pertama dan tingkat lanjutan ditetapkan oleh Keputusan Menteri.

- 5) Kesepakatan tarif antara BPJS Kesehatan dan asosiasi fasilitas kesehatan dilakukan di tingkat provinsi.
 - 6) Tarif yang disepakati menjadi acuan dalam kontrak antara BPJS Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan.
 - 7) Tarif kapitasi bagi faskes tingkat pertama akan disesuaikan sesuai norma kapitasi.
 - 8) Jika tidak ada kesepakatan, tarif mengikuti ketentuan Menteri Kesehatan.
 - 9) Pembayaran klaim kepada Fasilitas Kesehatan harus dilakukan paling lambat 15 hari kerja setelah dokumen klaim diterima.
 - 10) Klaim pelayanan harus diajukan paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya.
- b. Pembayaran di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan:
- 1) Pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan tingkat lanjutan didasarkan pada pola Indonesian Case Based Group (INA-CBGs).
 - 2) Tarif INA-CBGs ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.
 - 3) Tarif INA-CBGs di tingkat lanjutan merupakan hasil kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan Asosiasi Fasilitas Kesehatan.
 - 4) Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dibayar sebagai bagian dari paket INA-CBGs.

Pembayaran di luar INA-CBGs hanya untuk alat kesehatan yang digunakan di luar tubuh dengan tarif sesuai ketentuan Menteri Kesehatan.

2.7 Pendekatan pada Teori Sistem

Sistem, dalam konteks teori, adalah rangkaian komponen yang saling terkait dengan maksud mencapai suatu tujuan. Sistem juga bisa dianggap sebagai satu kesatuan atau pendekatan untuk mencapai tujuan tersebut (Widarti, 2024).

Pendekatan dasar dalam memahami sistem terdiri dari dua aspek, yaitu:

1. Pendekatan berdasarkan prosedur

Prosedur dalam konteks sistem merujuk pada jaringan langkah-langkah terhubung yang bekerja bersama untuk menyelesaikan tugas atau memecahkan masalah tertentu.

2. Pendekatan berdasarkan komponen

Dalam pendekatan ini, komponen sistem adalah elemen-elemen yang berinteraksi sesuai pola yang teratur untuk membentuk sistem yang mampu memecahkan masalah tertentu.

Sistem juga bisa dipahami sebagai kumpulan elemen yang saling berinteraksi dalam satu kesatuan yang tak terpisahkan, memungkinkan terjadinya *process* untuk mencapai tujuan utama dengan cara yang komponen dan prosedural. Komponen sistem dapat diklasifikasikan menjadi beberapa bagian:

1. Masukan (*Input*)

Input dalam administrasi merujuk pada segala hal yang diperlukan untuk menjalankan pekerjaan administratif atau data yang dimasukkan ke sistem sebagai bahan *process*. Ini mencakup sumber daya, prosedur, dan kapabilitas yang diperlukan.

2. Pengolahan (*Process*)

Process sistem mengubah input menjadi output sesuai dengan tujuan sistem.

Ini melibatkan serangkaian langkah untuk mencapai tujuan yang ditetapkan.

3. Keluaran (*Output*)

Output adalah hasil atau produk dari *process* sistem, yang bisa berupa informasi yang digunakan sebagai input untuk sistem lain atau sebagai hasil akhir dari *process*.

4. Dampak (*Impact*)

Dampak merujuk pada konsekuensi yang dihasilkan dari sistem, baik secara langsung maupun tidak langsung, terkait dengan hasil sistem tersebut, termasuk manfaat dan efek dari pencapaian tujuan program.

5. Umpan Balik (*Feedback*)

Umpan balik adalah hasil dari sistem yang berfungsi sebagai masukan bagi sistem itu sendiri dan informasi yang diterima dari lingkungan, penting untuk pengendalian sistem dan untuk memastikan konsistensi dan koreksi dalam *process* sistem.