

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1.Landasan Teori

2.1.1 Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan atau untuk anggota keluarganya.

Program JKN ini diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). BPJS Kesehatan sebagai Badan Pelaksana merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia.

BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas:

- a. Kemanusiaan
- b. Manfaat, dan
- c. Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya.

2.1.2. Rumah Sakit

Pengertian Rumah Sakit menurut (Permenkes RI, 2020) Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Menurut Undang-undang no 44 tahun 2009 Rumah Sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.

Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas tersebut, Rumah Sakit mempunyai fungsi sebagai berikut

:

- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.3 Rawat Inap

Pelayanan rawat inap merupakan pelayanan terhadap pasien rumah sakit yang menempati tempat tidur perawatan karena keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik dan pelayanan medik lainnya. Pelayanan rawat inap merupakan pelayanan medis yang utama di rumah sakit dan merupakan tempat untuk interaksi antara pasien dan pihak-pihak yang ada di dalam rumah sakit dan berlangsung dalam waktu yang lama. Pelayanan rawat inap melibatkan pasien, dokter, dan perawat dalam hubungan yang sensitif yang menyangkut kepuasan pasien, mutu pelayanan dan citra rumah sakit. Semua itu sangat membutuhkan perhatian pihak manajemen rumah sakit. Berbagai kegiatan yang terkait dengan pelayanan rawat inap di rumah sakit yaitu, penerimaan pasien, pelayanan medik (dokter), pelayanan perawatan oleh perawat, pelayanan penunjang medik, pelayanan obat, pelayanan makan, serta administrasi keuangan. (Mariyanti & Citrawati, 2011)

2.1.4. Klaim

Klaim merupakan suatu permintaan dari salah satu atau dua pihak yang mempunyai ikatan agar haknya terpenuhi. Satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan tersebut akan mengajukan klaim kepada pihak lainnya sesuai dengan perjanjian yang disepakati bersama oleh kedua pihak tersebut. (Leonard, 2016)

Berdasarkan Permenkes no 28 tahun 2014 Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan yang tujuannya adalah untuk menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan. Ketentuan mengenai verifikasi klaim FKTP dan FKRTL diatur lebih lanjut dalam Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang diterbitkan BPJS Kesehatan.

Menurut Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim dan Panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan tahun 2014, dalam verifikasi klaim terdapat beberapa tahapan. Tahapan proses verifikasi klaim, yaitu:

Tahap verifikasi administrasi klaim yaitu :

- 1) Verifikasi Administrasi Kepesertaan Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBGs
- 2) Verifikasi Administrasi Pelayanan Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah :
 - a) Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan sebagaimana tersebut pada poin 1a diatas (diuraikan termasuk menjelaskan tentang kelengkapan dan keabsahan berkas)
 - b) Apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi.
 - c) Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis. Perlu dilakukan dilakukan konfirmasi lebih lanjut

Menurut (Permenkes, 2014) dan (Direksi BPJS Kesehatan, 2016) menyebutkan bahwa dalam proses ini, apabila ada berkas yang tidak sesuai atau kurang, pihak BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas-berkas pasien BPJS rawat inap dan rawat jalan tersebut ke rumah sakit. Berkas-berkas yang dikembalikan ini merupakan berkas yang tidak lolos verifikasi oleh verifikator di BPJS Kesehatan. Dengan kata lain berkas-berkas yang dikembalikan ini disebut berkas pending dan harus dilengkapi oleh rumah sakit dan harus diserahkan lagi kepada pihak BPJS Kesehatan dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Selain itu berkas klaim yang pending ini, harus dikembalikan dalam kurun waktu selambat-lambatnya yaitu 6 (enam) bulan dari berkas tersebut dikembalikan oleh BPJS Kesehatan. Apabila pihak rumah sakit tidak mengembalikan berkas ini dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, maka berkas-berkas pasien BPJS rawat inap dan rawat jalan yang dikembalikan (pending) tersebut tidak dapat diklaim oleh pihak BPJS Kesehatan.

2.1.5 Alur Klaim JKN

Menurut penelitian dari (Susan et al., 2016), Proses administrasi klaim dimulai dari loket pendaftaran sebagai tahap awal yang paling krusial dalam menentukan kelengkapan dokumen persyaratan pasien JKN. Hal yang sering diabaikan adalah bahwa memastikan kelengkapan

dokumen klaim bukan hanya kewajiban dari petugas loket pendaftaran saja, namun seluruh petugas yang terlibat dalam administrasi klaim termasuk petugas administrasi ruang poliklinik, petugas kasir, petugas coding juga wajib berperan dalam menjaga kelengkapan dokumen klaim. Selain itu, karena proses administrasi klaim melibatkan petugas dari berbagai bagian di dalam rumah sakit dan dokumen harus diserahkan dari petugas satu ke petugas lain maka seharusnya petugas yang menerima dokumen klaim dari petugas sebelumnya perlu menghitung, mencatat dan melakukan pengecekan ulang kelengkapan dokumen klaim sehingga dapat dilakukan pelacakan apabila terdapat dokumen klaim yang hilang.

Menurut Petunjuk Teknis Verifikasi klaim BPJS Kesehatan, tahap verifikasi administrasi klaim yaitu :

1. Verifikasi Administrasi Kepesertaan Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBGs
2. Verifikasi Administrasi Pelayanan. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah :
 - a. Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan sebagaimana tersebut pada poin 1a diatas (diuraikan termasuk menjelaskan tentang kelengkapan dan keabsahan berkas)
 - b. Apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi.
 - c. Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis. Perlu dilakukan dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

2.1.6 Klaim Pending

Menurut PKS BPJS Kesehatan Klaim Pending adalah klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan dikarenakan adanya ketidaklengkapan administrasi, masih dalam proses konfirmasi.

- a. Faktor Administrasi terhadap klaim pending RSUD Pindad Turen

Menurut (Ilyas, 2006), sebagaimana yang dikutip oleh (Sihombing et al., 2018), administrasi Klaim menurut definisi HIAA (*Health Insurance Association Of America*) adalah proses pengumpulan bukti atau fakta yang berhubungan dengan sakit dan cedera, melakukan perbandingan dengan ketentuan polis dan menentukan manfaat yang dapat dibayarkan kepada tertanggung atau penagih klaim.

Faktor administrasi terhadap klaim pending disebabkan oleh kelengkapan administrasi tidak memenuhi syarat seperti nomor kartu tidak sesuai, nomor SEP tidak sesuai, tidak adanya billing (tagihan), surat perintah rawat inap, penunjang yang tidak lengkap.

b. Faktor Koding terhadap klaim pending RSUD Pindad Turen

Dasar pengelompokan dalam INA-CBGs menggunakan system kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi INA-CBG yang menghasilkan kode-kode rawat inap dan rawat jalan. Klaim dengan sistem INA-CBG's sangat tergantung pada ketepatan penulisan diagnosis yang dicantumkan dalam bentuk kode. Kesalahan penulisan kode dapat mengakibatkan "under coding" atau "over coding". Kesalahan ini berimbas pada besaran klaim biaya perawatan dan atau dapat menyentuh ranah hukum.

Semua rumah sakit yang menjadi mitra BPJS Kesehatan wajib menggunakan output dari aplikasi INA CBG untuk mengajukan tagihan pembiayaan atas pelayanan yang sudah dilakukan. Untuk itu perlu kesiapan berbagai profesi yang terkait dan bertanggung jawab dalam pelayanan kesehatan dengan sistem pembiayaan INA-CBG's ini. Pemahaman tentang INA-CBG's, koding diagnosis dengan ICD 10 dan ICD - 9 CM merupakan suatu hal yang harus dimiliki oleh profesi-profesi yang terkait, terutama Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP), petugas koding rekam medis dan petugas yang bertanggung jawab untuk pengajuan klaim.

Faktor coding terhadap klaim pending disebabkan karena koding yang tidak sesuai dengan diagnosis, ketidakjelasan pada penulisan dokter yang membuat diagnosis yang diajukan tidak tepat, serta tidak terisinya diagnosa akhir di resume medis

c. Faktor Medis terhadap klaim pending RSUD Pindad Turen

Dispute Medis disebabkan karena adanya ketidaksepahaman antara verifikator dengan petugas klaim di rumah sakit mengenai diagnosis yang diajukan, banyaknya kasusnya bedah yang mengalami Permasalahan disebabkan karena tidak disertai dengan bukti penunjang. Selain itu disebabkan juga karena belum adanya regulasi atau literatur yang akan digunakan untuk proses penyelesaian klaim yang tidak disetujui oleh verifikator terkait masalah koding maupun diagnosis. (Amir et al., 2020)

Menurut Permenkes tahun 2014, kesalahan dalam diagnosis dapat menimbulkan terjadinya klaim dispute yang mempengaruhi proses klaim. Dispute atas klaim

pelayanan kesehatan karena adanya ketidaksepakatan antara BPJS Kesehatan dengan FKRTL terkait masalah medis yang tidak sesuai dengan Panduan Praktik Klinik (PPK). Faktor medis terhadap klaim pending disebabkan karena ketidaksepahaman antara verifikator dengan petugas klaim di rumah sakit mengenai diagnosis yang diajukan, kelengkapan administrasi tidak memenuhi syarat seperti nomor kartu tidak sesuai, nomor SEP tidak sesuai, tidak adanya billing (tagihan), surat perintah rawat inap, penunjang yang tidak lengkap banyaknya kasusnya bedah yang mengalami permasalahan disebabkan karena tidak disertai dengan bukti penunjang. (Amir et al., 2020)

2.2.Kerangka Konsep



