

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Pengertian Klaim

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak Rumah Sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Ardhitya, 2015). Tujuan klaim adalah untuk membayar semua klaim yang valid, mengidentifikasi kemungkinan terjadi tindakan kecurangan, baik yang disengaja (fraud) maupun yang tidak disengaja (abuse) dalam melakukan klaim, memenuhi peraturan pemerintah, menghindari atau mencegah tuntutan hukum, mengkoordinasikan keuntungan, melakukan kontrol terhadap biaya klaim (Ilyas, 2014).

2. Verifikasi Klaim

BPJS Kesehatan melakukan proses verifikasi berkas klaim sejak berkas dinyatakan lengkap dibuktikan dengan berita acara kelengkapan berkas klaim. Sebelum melakukan pembayaran BPJS kesehatan akan melakukan verifikasiklaim dengan tujuan menguji kebenaran dan keabsahan seluruh berkas klaim yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan tingkat lanjut, sesuai dengan petunjuk teknis verifikasiklaim yang diterbitkan oleh BPJS kesehatan. Yang merupakan acuan bagi verifikator BPJS kesehatan maupun bagi fasilitas kesehatan dalam rangka menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS kesehatan.

3. Verifikasi Klaim

1) Tahap verifikasi administrasi

a. 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.

b. Verifikasi administrasi pelayanan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah:

b.1. Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan persyaratan klaim rawat inap.

b.2. Apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas, maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi

b.3. Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi

operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis. Perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

4. Pending Klaim

Ketidak lengkapan persyaratan berkas klaim maka akan terjadi pengembalian berkas ke rumah sakit yang melakukan proses klaim atau yang sering disebut pending klaim hingga adanya permasalahan yang sangat krusial sekali dan perlu jadi perhatian yaitu berkas klaim yang di tolak atau tidak layak bayar. Tentunya hal ini sangat berdampak sekali operasi pelayanan rumah sakit karena finansial terganggu maka ketersediaan alat kesehatan, kinerja petugas dan mutu rumah sakit juga akan terganggu. Adanya klaim pending disebabkan oleh faktor yaitu kesalahan dalam proses coding, kesalahan dalam proses input, kesalahan dalam penempatan diagnosis dan ketidaklengkapan resume medis.

5. Faktor yang menyebabkan pending klaim antara lain :

a. Kesesuaian Administratif Kepesertaan

Kesalahan administrasi kepesertaan karena persyaratan pendaftaran pasien seperti ketersediaan kartu BPJS kesehatan asli dan fotocopi, fotocopi identitas diri (KK) dan input SEP. Pada proses persetujuan klaim petugas verifikator BPJS mencocokkan seluruh administrasi dengan data kepesertaan pasien. Ketika tidak ada fotocopi karu BPJS, fotocopi KTP atau fotocopi KK yang dilampirkan, maka persyaratan klaim tidak disetujui oleh verifikator BPJS. (Ayu, 2017)

b. Kesesuaian Administratif Pelayanan Medik

Menurut Molanda (2014) Kesalahan administrasi pelayanan medik karena kesalahan dalam pengisian dan kelengkapan berkas resume medis, laporan penunjang, penetapan episode rawatan, penulisan diagnosa dan pemberian kode penyakit serta pengesahan tanda tangan DPJP pada lembar INA-DRG.

c. Ketepatan Diagnosa Penyakit

Kesalahan ketepatan diagnosa penyakit karena pengaruh dari kesalahan dalam penetapan diagnosa penyakit yaitu pengaruh dari kejelasan penulisan diagnosa, kurangnya tanggung jawab dokter, adanya diagnosa singkatan, kelengkapan penulisan diagnosa serta penetapan diagnosa primer dan diagnosa sekunder (Oktamianiza, 2016)

d. Ketepatan Kode Penyakit

Kesalahan ketepatan kode penyakit karena kurang telitinya pihak koder dalam penetapan kode, pemberian kode diagnosa sekunder dan tindakan penunjang untuk menunjang ketepatan kode diagnosa utama dan petunjuk penggunaan ICD-10 untuk merujuk kode pada Vol. 3 ke Vol.1 ICD-10

6. Dampak dari Pending klaim

Pending klaim adalah klaim yang sudah di verifikasi namun belum bisa dibayar oleh pihak ke satu di karenakan adanya ketidaklengkapan administrasi, masih dalam proses konfirmasi. Terjadinya pending klaim akan berdampak pada pengembalian klaim, yang berakibat tidak terbayarnya pelayanan

kesehatan yang dilakukan rumah sakit dan mengakibatkan menurunnya pemasukan rumah sakit.

7. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

a. Pengertian BPJS

Badan Penyelenggara Jaminan Nasional (BPJS) Kesehatan adalah Badan hukum yang di bentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan mulai beroperasi secara operasional pada tanggal 1 Januari 2014 (Kementrian Kesehatan RI, 2014 : 40). PT Akses (persero) dinyatakan bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan setelah disahkannya Undang-undang tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. BPJS Kesehatan bertugas melakukan pengawasan yang seris pada setiap rumah sakit dalam implementasi tarif INA-CBGs. Meskipun telah dilaksanakan revisi berkas klaim seideal mungkin, ketika tanpa disertai pengawasan yang serius pada tahaop implementasi bisa jadi tujuan dari INA-CBGs tidak dicapai.

Setiap rumah sakit yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan terdapat petugas verifikator BPJS Kesehatan. Untuk menjalankan tugasnya dalam melakukan verifikasi klaim, verifikator BPJS Kesehatan wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM. Ketentuan *coding* mengikuti panduan ketentuan *coding* yang terdapat dalam pedoman INA-CBGs (PMK RI Nomor 76 Tahun 2016).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang bertanggungjawab kepada presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di indonesia. (UU No.24 tahun 2011 tentang BPJS)

b. Fungsi BPJS Dalam pasal 5 ayat (2) UU No.24 Tahun 2011 disebutkan fungsi BPJS adalah :

- 1) Berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan
- 2) Berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan kecelakaan kerja , program jaminan kematian, program jaminan pensiun dan jaminan hati tua.

c. Tugas BPJS

Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana tersebut diatas BPJS bertugas untuk:

- 1) Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta.
- 2) Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja.
- 3) Menerima bantuan iuran dari Pemerintah.
- 4) Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta.
- 5) Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan

sosial.

- 6) Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial.
 - 7) Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.
- d. Wewenang
- 1) Menagih pembayaran Iuran.
 - 2) Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai.
 - 3) Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memaanuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional.
 - 4) Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah.
 - 5) Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan.
 - 6) Mengenaikan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya.
 - 7) Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.
 - 8) Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan social
- e. Prinsip BPJS
- Prinsip dasar BPJS adalah sesuai dengan apa yang dirumuskan oleh UU SJSN Pasal 19 ayat 1 yaitu jaminan kesehatan yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Maksud prinsip asuransi sosial adalah :
- 1) Kegotongroyongan antara si kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, serta yang beresiko tinggi dan rendah.
 - 2) Kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selaktif.
 - 3) Iuran berdasarkan presentase upah atau penghasilan.
 - 4) Bersifat nirlaba
- f. Tujuan dan Manfaat
- 1) Memberi kemudahan akses pelayanan kesehatan kepada peserta di seluruh jaringan fasilitas jaminan kesehatan masyarakat

- 2) Mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang terstandar bagi peserta, tidak berlebihan sehingga nantinya terkendali mutu dan biaya pelayanan kesehatan.
- 3) Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

8. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Jaminan Kesehatan Nasional adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam

memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada ssetiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013)

B. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka pemikiran merupakan wujud dari penggambaran pemecahan masalah peneliti yang dapat digambarkan dalam bentuk skema, yang dapat menjelaskan secara garis besar alur logika, yang berjalan akan sebuah penelitian yang akan dilaksanakan. Skema tersebut merupakan kerangka pemikiran penelitian yang merupakan rangkuman dari penelitian terdahulu dan landasan teori kedalam satu bagan, sehingga menunjukkan kejelasan variabel, hipotesis dan model penelitian.

Model konseptual tentang bagaimana teori berhubungan dengan berbagai faktor yang mau diidentifikasi sebagai masalah yang didasarkan pada tinjauan pustaka, maka kerangka pemikiran teoritiknya yaitu:

Gambar 1. Kerangka Berpikir

