

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) resmi beroperasi pada 1 Januari 2014, sebagai transformasi dari PT Askes. Menurut Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011, BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Sedangkan tujuan dari BPJS Kesehatan yaitu untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/ atau anggota keluarganya. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program BPJS Kesehatan guna menjamin hak mendasar masyarakat Indonesia dalam hal memperoleh pelayanan kesehatan. Adapun tugas dari BPJS yaitu :

- a. melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta
- b. memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja
- c. menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah
- d. mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta
- e. mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial
- f. membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial
- g. memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat

2.1.1.1 Kepesertaan

Menurut Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011, Semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta JKN-KIS yang dikelola oleh BPJS Kesehatan termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia dan telah membayar iuran, yang dibagi atas jenis kepesertaan sebagai berikut:

1. Penerima Bantuan iutan jaminan kesehatan (PBI)
2. Bukan penerima Bantuan iuran (Non PBI)

2.1.2 Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif). Rumah Sakit bertujuan:

- a. mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan
- b. memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit
- c. meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit
- d. memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah Sakit.

Tugas dan Fungsi Rumah Sakit Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit yaitu, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas sebagaimana yang dimaksud, rumah sakit mempunyai fungsi :

- 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

2.1.2.1 Pelayanan di Rumah Sakit

1. Rawat Inap

Menurut Departemen Kesehatan RI 1987, rawat inap adalah pelayanan kesehatan terhadap pasien yang menginap di rumah sakit untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik, dan atau penunjang medik lainnya.

2. Rawat Jalan

Menurut Departemen Kesehatan RI 1987, rawat jalan adalah pelayanan kesehatan terhadap pasien yang tanpa tinggal di ruang rawat inap rumah sakit untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik, dan atau penunjang medik lainnya. Pelayanan rawat jalan mencakup pengobatan medis praktek swasta perorangan, praktek bersama, klinik-klinik, pusat pelayanan medis swasta maupun pemerintah termasuk rumah sakit.

3. Gawat Darurat

Menurut Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009, gawat darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut.

2.1.2.2 Konsep Pembayaran Pelayanan Kesehatan

1. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Menurut Permenkes Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standart Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan terdapat 2 jenis tarif pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), yaitu tarif kapitasi dan tarif non kapitasi.

a. Tarif Kapitasi

Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran perbulan yang dibayar di muka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Tarif kapitasi diberlakukan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang melakukan pelayanan:

- 1) Adminitrasi Pelayanan
- 2) Promotif dan Preventif
- 3) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis
- 4) Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif
- 5) Obat dan bahan medis habis pakai
- 6) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboraturium tingkat pertama

b. Tarif non Kapitasi

Tarif Non Kapitasi adalah pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Tarif non Kapitasi diberlakukan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang melakukan pelayanan, yang diantaranya:

- 1) Pelayanan Ambulans
- 2) Pelayanan Obat Program Rujuk Balik
- 3) Pemeriksaan Penunjang Pelayanan Rujuk Balik
- 4) Pelayanan penapisan (*screening*) kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio untuk kanker leher rahim.
- 5) Rawat Inap tingkat pertama sesuai indikasi medis
- 6) Jasa pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter sesuai kompetensi dan kewenangannya
- 7) Pelayanan Keluarga Berencana di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

2. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL)

Menurut Permenkes No. 52 Tahun 2016 Tentang Standart Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan 2 jenis tarif pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), yaitu Tarif INA-CBG dan Tarif Non INA-CBG.

- a. Tarif Indonesian-Case Based Groups yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG adalah Tarif INA-CBG merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun nonmedis.
- b. Tarif Non INA-CBG merupakan tarif diluar tarif paket INA-CBG untuk beberapa item pelayanan tertentu meliputi alat bantu kesehatan, obat kemoterapi, obat penyakit kronis, CAPD dan PET Scan, dengan proses pengajuan klaim dilakukan secara terpisah dari tarif INA-CBG.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016, terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif.

a. Metode Pembayaran Retrospektif

Metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Contoh pola pembayaran retrospektif adalah Fee For Services (FFS).

b. Metode Pembayaran Prospektif

Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah global budget, perdiem, kapitasi dan case based payment

Metode pembayaran prospektif dikenal dengan case based payment (casemix), dan sudah diterapkan sejak Tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama.

Dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diatur pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan INA-CBG. Dasar pengelompokan dalam INA-CBG menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 Revisi Tahun 2010 untuk diagnosis dan ICD-9-CM Revisi Tahun 2010 untuk tindakan/prosedur. Pengelompokan

menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1.075 Group/Kelompok Kasus yang terdiri dari 786 kelompok kasus rawat inap dan 289 kelompok kasus rawat jalan.

1.1.3 Klaim

Menurut Menurut peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 7 tahun 2018, Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

1.1.3.1 Dokumen Administrasi Klaim

Dokumen menurut kamus umum bahasa Indonesia, adalah sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat dipergunakan sebagai bukti atau keterangan.

Sedangkan, Administrasi klaim menurut definisi HIAA (Health Insurance Association of America) adalah proses pengumpulan bukti atau fakta yang berhubungan dengan kejadian sakit dan cedera, melakukan perbandingan dengan ketentuan polis dan menentukan manfaat yang dapat dibayarkan kepada tertanggung atau penagih klaim. (Ilyas,2006)

Menurut peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 7 tahun 2018, Kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan RITL adalah sebagai berikut :

- a. Lembar surat eligibilitas Peserta (SEP) yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta.
- b. Resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).
- c. Laporan tindakan, prosedur atau laporan operasi.
- d. Hasil pemeriksaan penunjang, apabila dilakukan.

- e. Surat perintah rawat inap.
- f. Surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan rumah sakit.
- g. *Checklist* klaim rumah sakit.
- h. Luaran sistem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi BPJS Kesehatan

1.1.3.2 Persyaratan Pengajuan Klaim

Persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan di FKRTL adalah sebagai berikut:

1. Kelengkapan administrasi umum terdiri dari :
 - a. Surat pengajuan klaim yang ditandatangani oleh Pimpinan FKRTL atau pejabat setingkat Direktur yang diberi kewenangan
 - b. Kwitansi asli bermaterai
 - c. Surat tanggung jawab mutlak bermaterai yang ditandatangani oleh Pimpinan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut atau pejabat yang setingkat direktur yang telah diberi kewenangan.
2. Kelengkapan administrasi khusus terdiri dari :
 - a. Bukti pendukung pelayanan
 - b. Kelengkapan lain yang dipersyaratkan dalam masing-masing tagihan klaim.

1.1.3.3 Langkah-Langkah Prosedur Klaim

Tahapan dari prosesi klaim pada setiap perusahaan asuransi dapat bervariasi, tetapi perbedaannya relatif kecil. Secara umum, langkah-langkah prosedur klaim adalah sebagai berikut:

a). Dokumentasi

Dilakukan pengecekan ulang terhadap berkas-berkas yang diajukan. Hal yang perlu dipertanyakan adalah apakah berkas-berkas klaim tersebut sesuai dengan syarat yang diberlakukan dan disepakati oleh kedua belah pihak atau tidak.

b). Telaah dan Verifikasi Klaim

Klaim yang diterima oleh unit klaim sebelum diputuskan untuk dibayar perlu ditelaah secara cermat terlebih dahulu. Untuk itu ada langkah-langkah baku yang biasanya dilakukan oleh perusahaan asuransi. Tahapan yang harus dilakukan biasanya dikerjakan secara berurutan agar tidak terjadi kemungkinan lolosnya kegiatan yang harus dilakukan. Disamping itu, tahapan tersebut harus dilakukan secara konsisten dan cermat. Beberapa tahapan yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Keabsahan pihak yang mengajukan klaim.
- 2) Kelengkapan formulir klaim, termasuk didalamnya tanda tangan dokter yang memeriksa dan peserta.
- 3) Kesesuaian klaim dengan kesepakatan kedua belah pihak atau polis, khususnya mengenai: batasan pelayanan, batasan biaya, dan pengecualian tindakan.
- 4) Batas waktu pengajuan klaim.
- 5) Kewajaran klaim, yaitu kewajaran antara diagnosa, jenis obat, dan tindakan yang dilakukan.

c) Penyelesaian Klaim

Pada prakteknya, dalam menyelesaikan klaim, perusahaan asuransi selalu berpatokan kepada dokumen legal yang menjadi kesepakatan bersama antara tertanggung dengan perusahaan asuransi. Dokumen yang paling penting sebagai basis prosesi klaim adalah manfaat polis dan

kontrak/perjanjian kerjasama dengan PPK. Penyelesaian klaim dapat dibagi menjadi dua kelompok yaitu:

a. Tahapan penyelesaian klaim PPK

- 1) Telaah klaim/kontrak dan polis
- 2) Periksa isi kontrak, yang meliputi: cakupan hak dan kewajiban, hal-hal yang tidak dijamin, limitasi, hal-hal yang boleh atau tidak, keabsahan mengenai kepesertaan dan waktu peserta, cara pembayaran.

b. Tahapan penyelesaian klaim peserta

- 1) Telaah isi klaim/kontrak dan polis.
- 2) Periksa isi kontrak, yang meliputi:
 - i. cakupan hak dan kewajiban,
 - ii. hal-hal yang membatasi,
 - iii. limitasi
 - iv. hal-hal yang boleh atau tidak,
 - v. keabsahan mengenai kepesertaan dan waktu peserta,
 - vi. cara pembayaran dapat dilakukan secara tunai baik diambil langsung oleh peserta maupun melalui transfer bank.

1.1.3.4 Pengajuan Klaim

Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan. BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan. Pengajuan klaim rawat inap tingkat lanjutan :

1. Biaya pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan dibayar dengan paket INA CBGs tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta.
2. Tarif paket INA CBGs sesuai dengan ketentuan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam Permenkes No 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
3. Tarif paket INA CBGs sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan, baik biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat/bahan habis pakai, obat, akomodasi dan lain-lain.
4. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk softcopy (luaran aplikasi INA CBGs Kementerian Kesehatan yang berlaku) dan hardcopy (berkas pendukung klaim).
5. Tagihan klaim di fasilitas kesehatan lanjutan menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani Direktur/Kepala Fasilitas Kesehatan lanjutan dan Petugas Verifikator BPJS Kesehatan (BPJS, 2014).

1.1.3.5 Verifikasi Administrasi Klaim

Menurut Panduan Praktis 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 yang diinput dalam aplikasi INA CBGs dengan berkas pendukung lainnya.

2. Verifikasi Administrasi Pelayanan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam deteksi dini administrasi pelayanan adalah :

- a. Untuk kode INA CBGs severity level III pastikan ada pengesahan dari Komite Medik.
- b. Kesesuaian Spesialisasi Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dengan diagnosa. Misalnya, pasien dengan diagnosa jantung namun DPJP-nya adalah spesialis mata, lakukan cross check ke resume medis atau poli.
- c. Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator.
Misalnya, dalam laporan tindakan Apendiktomi oleh operator spesialis jantung, perlu dilakukan cross check lebih lanjut.
- d. Kesesuaian antara Tipe Rumah Sakit dan kompetensi dokter di Rumah Sakit tersebut. Misalnya : Tindakan Kraniotomi yang dilakukan di Rumah Sakit Type D, Tindakan CABG yang dilakukan di Rumah Sakit yang tidak memiliki ahli Bedah Thorax Kardio Vaskuler, perlu dilakukan cross check lebih lanjut.
- e. Koding yang ditentukan koder tidak unbundling.
Contoh : Diabetes Melitus with Nephrophyty menjadi Diabetes Melitus (Diagnosa Primer) dan Nephrophyty (Diagnosa Sekunder).
- f. Perhatikan Readmisi untuk diagnosa penyakit yang sama, jika pasien masuk dengan diagnosa yang sama lakukan cross check dengan riwayat pulang rawat pada episode yang lalu, apakah pada episode rawat yang lalu pasien pulang dalam keadaan sembuh atau pulang dalam keadaan pulang paksa, ataupun dirujuk. Jika pasien telah

dipulangkan dalam keadaan pulang paksa maka episode rawat pada readmisi merupakan kelanjutan dari pembiayaan penyakit yang sama.

g. Pada kasus special CMGs :

- 1). Alat kesehatan dengan prosedur operasi : pastikan kesesuaian tagihan dengan resume medis, billing RS dan laporan operasi.
- 2). Diluar prosedur operasi : pastikan kesesuaian tagihan dengan resume medis, billing RS, resep alat kesehatan, bukti tanda terima alat kesehatan.
- 3). Pada kasus *special drug*, pastikan kesesuaian antara tagihan dengan resume medis, billing dan regimen (jadual dan rencana pemberian obat).

1.1.3.6 Kadaluarsa Klaim

- a. Klaim Kolektif Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah maupun Swasta, baik Tingkat Pertama maupun Tingkat Lanjutan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan.
- b. Klaim Perorangan Batas waktu maksimal pengajuan klaim perorangan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan, kecuali diatur secara khusus (BPJS, 2014).

1.1.3.7 Faktor Klaim Panding

1. Faktor Administrasi Kepesertaan

Menurut panduan praktis teknis verifikasi klaim, administrasi kepesertaan adalah kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBGs

Menurut Irmawati ddk 2018, administrasi kepesertaan dilaksanakan dengan melihat sesuai atau tidak sesuai data SEP dengan data yang diinputkan dalam aplikasi INA

CBGs pada lembar individual pasien dengan data berkas pendukung klaim rawat inap.

2. Faktor Resume Medis

Menurut Permenkes 269/MenKes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis, resume medis (discharge summary) adalah ringkasan pulang yang harus dibuat oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan pasien. Isi dari resume medis sekurang-kurangnya memuat :

1. Identitas pasien
2. Diagnosa masuk dan indikasi pasien dirawat
3. Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diangnosa akhir, pengobatan, dan tindak lanjut
4. Nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan

3. Faktor Koding

Menurut Permenkes No 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosa utama dan diagnosa sekunder yang sesuai dengan ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) serta memberikan kode tindakan atau prosedur yang sesuai dengan ICD-9CM (International Classification of Diseases Revision Clinical Modification). Koding dalam INA-CBG menggunakan ICD-10 revisi Tahun 2010 untuk mengkode diagnosis utama dan diagnosis sekunder serta menggunakan ICD-9- CM revisi Tahun 2010 untuk mengkode tindakan/prosedur.