

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan sebuah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah sakit merupakan salah satu dari sarana kesehatan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan, bertujuan untuk mewujudkan kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan mewujudkan sebuah pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang akan dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan. Di Indonesia, rumah sakit merupakan pusat rujukan pelayanan kesehatan untuk puskesmas baik rawat jalan maupun rawat inap yang bersifat spesialistik.

Upaya kesehatan adalah setiap bentuk kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan program kesehatan dan tempat yang telah digunakan untuk menyelenggarakannya disebut sarana kesehatan. Sarana kesehatan berfungsi untuk melakukan upaya kesehatan dasar atau upaya kesehatan rujukan dan/atau upaya kesehatan penunjang. Selain itu sarana kesehatan dapat juga dipergunakan untuk kepentingan pendidikan dan pelatihan serta penelitian, pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kesehatan (UU RI No.44 Tahun 2009).

Departemen Kesehatan RI menyatakan bahwa rumah sakit merupakan pusat pelayanan yang menyelenggarakan pelayanan medik

dasar dan medik spesialistik, pelayanan penunjang medis, pelayanan perawatan, baik rawat jalan, rawat inap maupun pelayanan instalasi. Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan dapat diselenggarakan oleh pemerintah, atau masyarakat. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang 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.

Rumah sakit merupakan salah satu dari sarana kesehatan yang juga merupakan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan yaitu setiap kegiatan untuk memelihara serta meningkatkan kesehatan serta bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Upaya kesehatan dilakukan dengan sebuah pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*) dan pemulihan (*rehabilitatif*) yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu serta berkesinambungan.

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. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Untuk menjalankan tugas sebagaimana yang dimaksud, rumah sakit mempunyai fungsi :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan pelatihan sumber daya manusia

dalam rangka memberikan peningkatan kemampuan dalam sebuah pemberian pelayanan kesehatan.

- d. Penyelenggaraan penelitian pengembangan penapisan pada teknologi bidang kesehatan dalam rangka memberikan peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan pada bidang kesehatan.

2.1.2 Pelayanan Rumah Sakit

2.1.2.1 Tempat Pendaftaran Pasien

Tempat Pendaftaran Pasien menjadi salah satu peningkatan kualitas pelayanan kesehatan karena menjadi pelaksanaan pekerjaan penerimaan pendaftaran pasien rawat inap dengan kualitas pelayanan yang baik, menciptakan tanggapan yang baik dari pasien yang baru saja masuk, menjamin semua kelancaran dan kelengkapan catatan-catatan serta menghemat waktu dan tenaga (Depkes RI, 2007).

2.1.2.2 Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan rawat inap adalah suatu kelompok pelayanan kesehatan yang terdapat di rumah sakit yang merupakan gabungan dari beberapa fungsi pelayanan. Kategori pasien yang masuk rawat inap adalah pasien yang perlu perawatan intensif atau observasi ketat karena penyakitnya. Pelayanan rawat inap adalah pelayanan terhadap pasien yang masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur perawatan untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medik dan atau pelayanan medik lainnya (Depkes RI, 1997).

2.1.2.3 Rekapitulasi Pelayanan

Rekapitulasi pelayanan adalah data-data yang berhubungan dengan pasien yang diperlukan dalam *software INA-CBGs* yaitu nama, nomor identitas, diagnosa penyakit, tanggal masuk dan tanggal keluar perawatan, jumlah hari

rawat, besarnya tarif paket dan jumlah tagihan paket (Depkes, 2013).

2.1.2.4 Casemix

Case-mix merupakan suatu sistem pembiayaan kesehatan yang berhubungan dengan mutu pelayanan kesehatan, pemerataan pelayanan kesehatan dan keterjangkauan pelayanan, yang merupakan unsur dalam model pembayaran biaya pelayanan disarana kesehatan pasien yang berbasis pada kasus campuran.

Ada 14 variabel yang dibutuhkan Case-mix dan dapat diperoleh dari data rekam medis antara lain:

- a. Identitas pasien
- b. Tanggal masuk dan tanggal keluar rumah sakit
- c. *Lengh of stay* (lama hari rawat)
- d. Tanggal lahir
- e. Umur ketika masuk rumah sakit
- f. Umur ketika keluar rumah sakit
- g. Jenis kelamin
- h. Status keluar rumah sakit (*Outcome*)
- i. Berat badan baru lahir (gram)
- j. Diagnosis utama dan sekunder (komplikasi& ko-morbiditi)
- k. Prosedur pembedahan utama (Hosizah, 2016).

Seluruh masyarakat berhak mempunyai harapan yang sama yaitu mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu baik dan dengan biaya yang dapat dijangkau (Hosizah, 2016).

Menghadapi persaingan yang semakin ketat antar rumah sakit sebagai pemberi pelayanan dibidang kesehatan yang utama, biaya yang ditimbulkan rumah sakit dapat dilakukan pengendalian contohnya dengan pembiayaan atau pembayaran yang terstandar dan pengendalian mutu pelayanan

kesehatan. Hal tersebut akan banyak memberikan keuntungan selain keuntungan bagi pasien secara langsung, keuntungan bagi penyedia pelayanan kesehatan dan tidak kalah pentingnya adalah keuntungan bagi pihak yang meyangand. Pengembangan ini nantinya dapat dipergunakan untuk mempermudah evaluasi mutu pelayanan.

Ada beberapa faktor yang menyebabkan kecenderungan terjadinya peningkatan dalam pembiayaan kesehatan di Indonesia diantaranya :

- a. Perubahan pola dari penyakit degeneratif Adanya orientasi lebih pada pembiayaan yang bersifat kuratif
- b. Pembayaran *out of pocket (fee for service)* secara individual
- c. Provider yang menentukan jenis service
- d. Perkembangan teknologi yang semakin canggih
- e. (Sub) spesialisasi ilmu kedokteran yang mengalami perkembangan dan tidak lepas juga dari tingkat inflasi (Hosizah, 2016).

2.1.2.5 Berkas Pendukung Pasien dan Bukti Pelayanan Lainnya

Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:

- a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
- b) Surat perintah rawat inap
- c) Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP
- d) Bukti pelayanan lain yang telah ditandatangani oleh DPJP (bila diperlukan), misal:
 - Laporan operasi
 - Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat pemberian obat khusus
 - Perincian tagihan Rumah Sakit (manual atau automatic billing)
 - Berkas pendukung lain yang diperlukan (BPJS, 2014)

2.1.2.6 Pengkodean dan Pengentrian

Hasil penelitian tentang pengajuan klaim fasilitas kesehatan ke BPJS Kesehatan pada pengkodean dan pengentrian Data, sebagian besar informan menyatakan bahwa pengkodean atau proses koding dan pengentrian data mengenai keterlambatan dan prosesnya berlangsung lama. Dokumen klaim pada pengkodean dan pengentrian data meliputi dokumen klaim rekapitulasi pelayanan, dan dokumen klaim pada berkas pendukung serta bukti pelayanan lain. Informasi yang dihasilkan dari suatu proses perolehan data tidak boleh terlambat, sehingga untuk itu dibutuhkan sebuah teknologi-teknologi terbaru untuk mendapatkan, mengelolah dan mengirim informasi (Kristanto, 2003).

2.1.2.7 Verifikasi Pelayanan

Menurut Susan (2016), verifikasi dokumen klaim JKN menjadi hal yang penting dikarenakan FKRTL berkewajiban melengkapi dokumen klaim sebelum pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan dikarenakan segala biaya pelayanan yang telah diberikan oleh FKRTL kepada pasien wajib dilaporkan kepada BPJS Kesehatan untuk mendapatkan penggantian sesuai besaran biaya yang telah dikeluarkan sesuai tarif INA-CBG's (*Indonesia Case Base Groups*). Menurut peraturan BPJS Kesehatan, dokumen klaim rawat jalan tingkat lanjutan harus diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya menggunakan aplikasi INA-CBG's Kementerian Kesehatan yang berlaku.

Berdasarkan Panduan 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. Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan (diuraikan termasuk menjelaskan tentang kelengkapan dan keabsahan berkas). Apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi. Kesesuaian antara tindakan operasi yang telah dilakukan dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis dan perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

2.1.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Menurut Undang-Undang No. 24 Tahun 2011, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan mulai beroperasional pada tanggal 1 Januari 2014. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program pelayanan kesehatan terbaru yang sistemnya menggunakan sistem asuransi. Artinya, seluruh warga Indonesia wajib menyisihkan sebagian kecil pendapatannya untuk jaminan kesehatan di masa depan. Jaminan Kesehatan Nasional dan BPJS Kesehatan berbeda. JKN merupakan nama programnya, sedangkan BPJS Kesehatan adalah

badan penyelenggaranya yang kinerjanya nanti diawasi oleh DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional). Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menggantikan program jaminan kesehatan yang dulunya diselenggarakan oleh PT Askes dan juga PT Jamsostek.

Tujuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara umum yaitu mempermudah masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan dan mendapatkan layanan kesehatan yang baik dan bermutu. Perubahan sistem pembiayaan menuju *Universal Health Coverage* adalah hal yang baik namun mempunyai dampak dan risiko sampingan. Fungsi pembiayaan kesehatan merupakan sebuah fungsi penting dalam sebuah sistem kesehatan, dalam fungsi pembiayaan kesehatan ada 3 fungsi penting yang berperan yaitu: *revenue collection*, *risk pooling* dan *purchasing*. Pada teori fungsi pembiayaan kesehatan dari sebuah sistem dengan skema asuransi kesehatan sosial (*social health insurance*).

2.1.3.1 Jenis Kepesetaan

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 Pasal 4, Peserta JKN-KIS adalah semua orang yang ada di Indonesia, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran, meliputi :

1. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI) :

Fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Terdiri dari :

PBI APBN dan PBI APBD

- a) Peserta PBI APBN adalah peserta yang ditanggung oleh pemerintah pusat dari dana APBN.

b) Peserta PBI APBD adalah peserta yang ditanggung oleh pemerintah daerah dari dana APBD.

2. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI), terdiri dari :

1. Pekerja Penerima Upah (PPU) dan anggota keluarganya, meliputi:
 - a. Pegawai Negeri Sipil;
 - b. Anggota TNI;
 - c. Anggota Polri;
 - d. Pejabat Negara;
2. Pegawai Pemerintah non Pegawai Negeri; Pegawai Swasta; dan Pekerja yang menerima Upah. Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.

3. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, meliputi:

1. Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri; dan Pekerja yang bukan penerima Upah. Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
2. Bukan pekerja dan anggota keluarganya, meliputi:
 - a. Investor;
 - b. Pemberi Kerja;
 - c. Penerima Pensiun, terdiri dari:
 - d. Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
 - e. Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
 - f. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
 - g. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun yang mendapat hak pensiun;
 - h. Penerima pensiun lain; dan
 - i. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pension lain yang mendapat hak pensiun.

- j. Veteran
- k. Bukan pekerja yang mampu membayar iuran
- l. Perintis Kemerdekaan
- m. Janda, duda, atau anak yatim dan piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan.

2.1.4 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).

2.1.4.1 Manajemen Klaim Fasilitas Kesehatan

1. Manajemen Klaim FKTP

Klaim Manfaat Pelayanan Kesehatan Jaminan Kesehatan atau yang biasa disebut klaim yaitu permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan melakukan pembayaran manfaat jaminan pelayanan kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), secara kapitasi berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar di FKTP tersebut dan non kapitasi berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

a. Dana Kapitasi

Dana Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama tersebut tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2014, dana Kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan dimanfaatkan

seluruhnya untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan.

b. Non-Kapitasi

Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

2.1.4.2 Manajemen Klaim FKRTL

BPJS Kesehatan bertugas melakukan pembayaran klaim manfaat jaminan pelayanan kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) secara *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG) didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur dan non paket INA-CBG untuk beberapa item pelayanan tertentu.

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.

2.1.4.3 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).

2.1.4.4 Pengajuan Klaim

Pengajuan klaim sering terlambat disebabkan karena dokumen tidak lengkap dan waktu penyeteroran yang lambat sehingga mempengaruhi pada proses coding dan entri data serta verifikasi. Dokumen klaim yang berhubungan dengan pengajuan klaim adalah laporan pertanggungjawaban, yaitu laporan klaim dari rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Laporan rekapitulasi klaim berbentuk Rekapitulasi Klaim yang berisi jumlah klaim dan total klaim keseluruhan ditanda tangani kedua belah pihak, dengan salinan (*fotokopi*) sebagai arsip verifikator, serta Klaim koreksi bila ada hal lainnya yang perlu untuk di koreksi (Taliana D. Malonda, 2015).

Menurut Peraturan BPJS No.7 Tahun 2018 tentang Pembayaran Klaim Manfaat Pelayanan Kepada FKRTL, FKRTL akan mengajukan klaim secara kolektif kepada BPJS Kesehatan secara periodik dan lengkap setiap bulan. BPJS Kesehatan menerbitkan bukti penerimaan klaim kepada FKRTL setelah FKRTL mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan, selain mengajukan klaim FKRTL harus

mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari sejak klaim diajukan oleh FKRTL dan diterima oleh BPJS Kesehatan. Dalam hal klaim yang telah diajukan oleh FKRTL tidak memenuhi syarat kelengkapan berkas klaim, BPJS Kesehatan mengembalikan berkas klaim kepada FKRTL dan mengeluarkan berita acara pengembalian berkas klaim.

Dalam hal BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam jangka waktu 10 (sepuluh) hari, berkas klaim dinyatakan lengkap. Hari ke-10 (sepuluh) dihitung mulai hari pengajuan klaim FKRTL yang ditandai dengan penerbitan bukti penerimaan klaim.

BPJS Kesehatan melakukan proses verifikasi berkas klaim sejak berkas dinyatakan lengkap dibuktikan dengan berita acara kelengkapan berkas klaim. BPJS Kesehatan melakukan pembayaran klaim berdasarkan hasil verifikasi yang telah dinyatakan sesuai. Dalam hal berkas klaim yang telah dilakukan verifikasi oleh BPJS Kesehatan belum sesuai dan memerlukan konfirmasi, berkas klaim dikembalikan kepada FKRTL untuk mendapatkan konfirmasi. Pengembalian berkas klaim kepada FKRTL sebagaimana disertai berita acara pengembalian berkas klaim berikut penjelasannya.

Berkas klaim yang dikembalikan dapat diajukan kembali oleh FKRTL pada pengajuan klaim bulan berikutnya. BPJS Kesehatan mengajukan persetujuan klaim kepada FKRTL dalam hal proses verifikasi klaim telah selesai dilaksanakan. Persetujuan klaim akan dibuktikan dengan formulir persetujuan hasil verifikasi yang telah ditandatangani oleh pejabat FKRTL yang ditunjuk. Hasil

persetujuan verifikasi oleh FKRTL diterima kembali oleh BPJS Kesehatan paling lambat 1 (satu) hari setelah formulir diterima oleh FKRTL. Dalam hal FKRTL pada hari ke-11 (sebelas) belum menyerahkan persetujuan klaim, FKRTL dianggap menyetujui hasil verifikasi klaim BPJS Kesehatan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan wajib melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat: 15 (lima belas) hari sejak dikeluarkannya berita acara kelengkapan berkas klaim atau 15 (lima belas) hari sejak berkas klaim otomatis dinyatakan lengkap.

2.1.4.5 Pengajuan Klaim Rawat Inap Tingkat Lanjutan

- a. Biaya pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan dibayar dengan paket INA-CBGs tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta.
- b. Tarif paket INA-CBGs yang telah 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.
- c. 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.
- d. 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). Tagihan klaim pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani Direktur atau Kepala Fasilitas Kesehatan lanjutan dan Petugas Verifikator BPJS Kesehatan.
- e. Klaim yang diajukan kepada Kantor Cabang atau Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan lain sebagai berikut:
- 1) Rekapitulasi pelayanan
 - 2) Berkas pendukung pasien, yang terdiri dari:
 - a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
 - b) Surat perintah rawat inap
 - c) Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP
- f. Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP seperti laporan operasi, rotokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat), perincian tagihan Rumah Sakit, berkas pendukung lain yang diperlukan (BPJS, 2014).

2.1.5 Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG

Berdasarkan dari hasil pertemuan kedua belah pihak Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dan Deputi Direksi Bidang Jaminan Pembiayaan Kesehatan Rujukan BPJS Kesehatan dalam pembahasan Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA CBG Tahun 2018, telah disepakati diagnosis dan tindakan prioritas yang terdiri atas aspek koding, medis, dan administrasi (BPJS, 2018).

Sesuai amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS), BPJS Kesehatan sebagai Badan Penyelenggara merupakan badan hukum

publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi seluruh rakyat Indonesia, telah diamanatkan untuk mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu dan kendali biaya, serta sistem pembayaran pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif guna tercapainya sustainabilitas program JKN. Beberapa upaya kendali mutu dan kendali biaya telah dilakukan sejak beroperasionalnya BPJS Kesehatan. Salah satu kendali biaya yang telah dilakukan adalah melalui upaya penyelesaian klaim-klaim bermasalah yang diinventarisir baik dari BPJS Kesehatan maupun dari Kementerian Kesehatan.

Bentuk kesepakatan upaya penyelesaian klaim bermasalah antara BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, dan Organisasi Profesi dituangkan pertama kali dalam Surat Edaran Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan Nomor HK 03.03/X/1185/2015 tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG dalam Penyelenggaraan JKN yang memuat tentang 17 kasus permasalahan koding dan 18 kasus permasalahan klinis. Tidak berhenti sampai di situ, penyempurnaan terhadap upaya penyelesaian permasalahan klaim terus dilakukan hingga diterbitkannya Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.03.03/MENKES/63/2016 dan Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.03.03/MENKES/518/2016 yaitu tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INACBG dalam Penyelenggaraan JKN yang mana dalam Surat Edaran terakhir telah disepakati penyelesaian terhadap 20 (dua puluh) kasus permasalahan koding, 49 kasus permasalahan klinis, serta 2 (dua) kasus permasalahan klinis dan mekanisme pengajuan klaim. Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG Pada tahun 2018 ini, BPJS Kesehatan bersama Kementerian Kesehatan kembali menyusun sebuah penyelesaian terhadap permasalahan klaim yang dituangkan dalam surat Berita Acara

Kesepakatan Bersama antara kedua pihak mengenai Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA CBG Tahun 2018.

Dalam Berita Acara tersebut terdiri dari 281 (dua ratus delapan puluh satu) kasus dengan rincian 208 (dua ratus delapan) kasus permasalahan koding, 63 (enam puluh tiga) kasus permasalahan medis/klinis, dan 10 (sepuluh) kasus permasalahan administrasi pengajuan klaim. Panduan Manual Verifikasi Klaim INA CBG Edisi 2 ini, disusun berdasarkan diagnosa dan prosedur terbanyak yang terdiri atas manual verifikasi terkait koding, aspek klinis, dan administrasi. Diharapkan dengan adanya Manual Verifikasi Klaim INA CBG Edisi 2 ini dapat meminimalisir terjadinya dispute claim baik dari sisi koding, klinis, maupun administrasi (BPJS, 2018).

2.1.5.1 Penyebab Klaim Pending dari Aspek Koding

A. Pengertian koding

Menurut Savitri Citra Budi (2011) kegiatan pengkodean adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf dan angka atau kombinasi antara huruf dan angka yang mewakili komponen data. Kegiatan yang dilakukan dalam coding yaitu meliputi kegiatan pengkodean diagnosis penyakit dan pengkodean tindakan medis yang telah dilakukan. Tenaga medis sebagai pemberi kode bertanggungjawab atas keakuratan kode.

B. Tujuan Koding

Menurut Savitri Citra Budi (2011) Kode klasifikasi penyakit oleh WHO (World Health Organization) bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan. Sejak tahun 1993 WHO mengharuskan negara anggotanya termasuk Indonesia menggunakan klasifikasi penyakit revisi

10 (ICD-10, *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision*).

C. Tugas Pokok dan Fungsi Koding umum

1. Menerima DRM dari bagian assembling
2. Memberikan kode penyakit pasien dengan menggunakan ICD X
3. Memberikan kode tindakan pada pasien dengan menggunakan ICD XI
4. Menyerahkan ke bagian filling setelah di lakukannya kode.
5. Jika pasien menggunakan jasa asuransi maka DRM di serahkan ke assembling dan jika sudah di kode akan di ambil oleh petugas bagian asuransi atau BPJS.

2.1.5.2 Penyebab Klaim Pending dari Aspek Medis

A. Pengertian Medis

Menurut kamus besar bahasa Indonesia, pengertian medis adalah segala sesuatu yang berhubungan dengan bidang kedokteran. Penyakit-penyakit seperti flu, batuk, malaria tumor, kanker, serta penyakit-penyakit lain yang umum dikenal dengan penyakit yang dapat didiagnosa dan dijelaskan secara medis sehingga dapat dicari pengobatannya secara pasti. Walaupun ada pula jenis penyakit medis yang belum ditemukan obatnya karena pengetahuan manusia yang belum mampu menemukannya.

B. Pengobatan Medis

Pengobatan medis adalah pengobatan yang dilakukan sesuai dengan ilmu kesehatan seperti minum obat, terapi, latihan fisik, dan lain-lain.

C. Pelayanan Penunjang Medis

Pelayanan penunjang medis adalah pelayanan yang bersifat penunjang pelayanan medis berfungsi agar pengobatan dan perawatan yang diberikan lebih maksimal. Contoh pelayanan medis adalah visum, transfusi darah, laboratorium, fisioterapi, dan sebagainya.

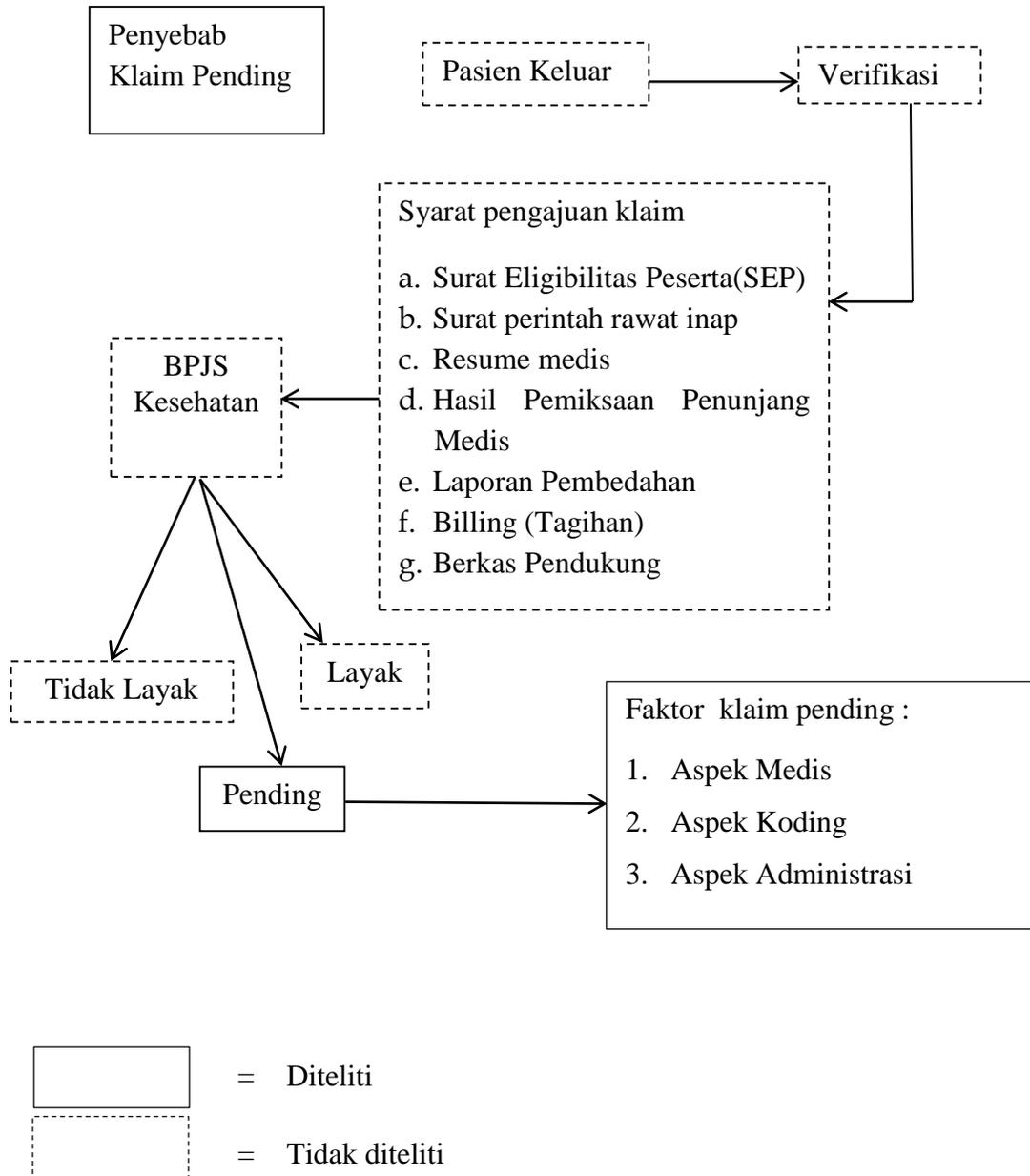
2.1.5.3 Penyebab Klaim Pending dari Aspek Administrasi

Administrasi adalah seluruh proses kerja sama antara dua orang atau lebih dalam mencapai tujuan dengan memanfaatkan sarana dan prasarana tertentu. Administrasi juga dapat diartikan sebagai usaha atau kegiatan yang berkenaan dengan penyelenggaraan kebijaksanaan untuk mencapai tujuan. Jadi dapat disimpulkan bahwa administrasi merupakan sebuah kegiatan yang dilakukan bersama-sama untuk mencapai apa yang menjadi tujuan bersama (Hade A, 2019).

Menurut Siagian (2002: 2) administrasi adalah: “Keseluruhan proses kerjasama antara dua orang atau lebih yang didasarkan atas rasionalitas tertentu untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan”. Selain itu ada juga beberapa ciri-ciri administrasi, yaitu sebagai berikut:

1. Adanya kelompok manusia yang terdiri atas 2 (dua) orang atau lebih.
2. Adanya kerjasama.
3. Adanya proses usaha.
4. Adanya bimbingan, kepemimpinan, dan pengawasan dan,
5. Adanya tujuan.

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep