

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori

2.1.1 JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)

Menerut permenkes no. 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, Jaminan Kesehatan Nasional merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Unsur-unsur penyelenggaraan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi:

1. Regulator Yang meliputi berbagai kementerian/lembaga terkait antara lain Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian Sosial, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Dalam Negeri, dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).
2. Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah seluruh penduduk Indonesia, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
3. Pemberi Pelayanan Kesehatan
Pemberi Pelayanan Kesehatan adalah seluruh fasilitas layanan kesehatan primer (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan rujukan (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut).
4. Badan Penyelenggara
Badan Penyelenggara adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana yang ditetapkan oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Prinsip Prinsip Penyelenggaraan Dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) mengacu pada prinsip-prinsip sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yaitu :

1. Kegotongroyongan

Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaannya bersifat wajib untuk seluruh penduduk.

2. Nirlaba

Dana yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah dana amanah yang dikumpulkan dari masyarakat secara nirlaba bukan untuk mencari laba (for profit oriented). Tujuan utamanya adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.

3. Keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.

Prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

4. Portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

5. Kepesertaan bersifat wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah, serta kelayakan penyelenggaraan program.

6. Dana Amanah
Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.
7. Hasil pengelolaan dana
Jaminan Sosial Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

2.1.2 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 *Craniotomi* 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.

- d. Koding yang ditentukan koder tidak *unbundling*. Contoh : Diabetes Melitus with *Nephrophaty* menjadi Diabetes Melitus (Diagnosa Primer) dan *Nephrophaty* (Diagnosa Sekunder).
- e. 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.
- f. Pada kasus spesial 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).

Menurut peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 7 tahun 2018, Kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (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

2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Ketidaklengkapan Administrasi Klaim

Menurut jurnal penelitian M. Kusairi yang berjudul Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kelengkapan Berkas Klaim Pasien Jamkesmas di RSUD Brigjend. H. Hasan Basry Kandangan tahun 2013, ketidaklengkapan berkas klaim tersebut sebagian besar disebabkan karena ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis atau berkas klaim. Ketidaklengkapan administrasi klaim dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu :

Jumlah berkas tidak lengkap pasien Jamkesmas bulan Januari – Juni 2012 :

- 1). Rawat jalan (81,3%) jauh lebih tinggi dibandingkan rawat inap (18,7%)
- 2). Ketidaklengkapan berkas karena tidak adanya lampiran Surat Rujukan 33 lampiran (44,0%) ini disebabkan surat rujukan sudah tidak berlaku lagi.
- 3). Lampiran kartu Jamkesmas 27 lampiran (36%) dan lampiran bukti permintaan pemeriksaan penunjang 20 lampiran (26,7%).

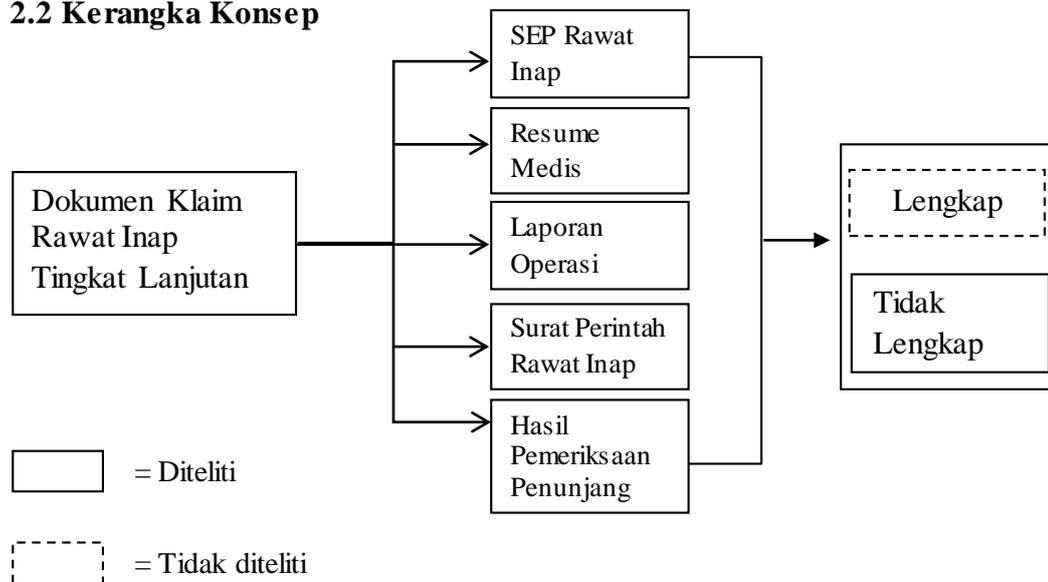
Menurut (Nurdiyanti, 2017) Ketidaklengkapan berkas pasien disebabkan ketidaklengkapan pengisian rekam medik. Berkas yang tidak lengkap akan berdampak terhadap keuangan rumah sakit, keterlambatan pembayaran berdampak pada mutu pelayanan sehingga tingkat kepuasan dapat menurun. Berdasarkan keterangan hasil penelitian yang diperoleh bahwa data tagihan rumah sakit ke BPJS dibutuhkan untuk diverifikasi dengan data yang ada di BPJS. Yang diajukan rumah sakit yaitu pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Yang menjadi kendala biasanya terjadi laporan operasinya tidak lengkap sehingga tidak bisa diklaim oleh pihak BPJS. Pada verifikasi lanjutan bertujuan untuk menghindari terjadinya eror verifikasi dan potensi klaim ganda.

Menurut jurnal pengorganisasian klaim pelayanan pasien JKN di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016, adanya faktor *input* yang mempengaruhi ketidaklengkapan dokumen klaim yaitu masih kurangnya pemahaman dan pengetahuan tentang pengisian ICD 10 dan ICD 9 CM sesuai kaidah, masih kurangnya keterampilan SDM *coding grouping* karena masih kurangnya pelatihan serta masih ada penempatan SDM yang belum sesuai kompetensi.

Hasil Penelitian Malonda dkk (2015), tentang Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano, menyimpulkan bahwa masih terdapat beberapa masalah dalam koordinasi dan kerja tim serta keterlambatan penyerahan dan tidak lengkapnya dokumen serta belum adanya billing sistem menyebabkan terhambatnya pembayaran klaim BPJS kesehatan. Masih terdapat permasalahan antara pelayanan kesehatan yang diterima dengan tuntutan pengajuan klaim dan rumah sakit, yaitu pengajuan klaim tidak sesuai prosedur dan tarif dalam Perjanjian Kerjasama (PKS) sehingga menimbulkan masalah bagi rumah sakit.

Hasil Penelitian Ulfah (2013), tentang Hubungan Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Terhadap Persetujuan Klaim Jamkesmas Oleh Verifikator Dengan Sistem INA CBGs Periode Triwulan IV Tahun 2011 di RSI Sultan Agung, menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap jamkesmas dengan persetujuan klaim jamkesmas. Perlu adanya kebijakan-kebijakan yang terkait dengan kelengkapan dokumen rekam medis serta memperhatikan prosedur-prosedur pengklaiman yang sudah distandarkan Menteri Kesehatan.

2.2 Kerangka Konsep



Berdasarkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan No. 7 tahun 2018