

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Jaminan Kesehatan Nasional

2.1.1.1 Definisi Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan atau iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah (Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 82, 2018). Adanya perlindungan asuransi ini dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan bagi masyarakat Indonesia. Perlindungan ini diberikan kepada masyarakat yang membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Undang-Undang No.40, 2004).

Terdapat 2 (dua) jenis pelayanan yang diperoleh oleh peserta JKN, yaitu pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Pelayanan kesehatan terdiri dari pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Undang-Undang No. 36, 2009)

2.1.1.2 Tujuan JKN

Tujuan penyelenggaraan JKN adalah menjamin peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 19 Ayat 2). Tujuan program tersebut bertujuan agar semua penduduk terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

2.1.1.3 Prinsip-prinsip JKN

Sesuai dengan UU No.40 Tahun 2004 SJSN diselenggarakan berdasarkan sembilan prinsip antara lain:

1. Kegotong-royongan

Prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah atau penghasilannya.

2. Nirlaba

Prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta.

3. Keterbukaan

Prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar dan jelas bagi setiap peserta

4. Kehati-hatian

Prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman dan tertib.

5. Akuntabilitas

Prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

6. Portabilitas

Prinsip ini memberikan jaminan yang berkelanjutan bagi peserta yang ingin merubah domisili atau tempat tinggal maupun fasilitas pelayanan kesehatannya saja selama dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

7. Kepesertaan Bersifat Wajib

Prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.

8. Dana Amanat

Bahwa iuran dan pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta jaminan sosial.

9. Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial (DJS) dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta adalah bahwa hasil dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

2.1.2 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut

2.1.2.1 Definisi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut

Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang disingkat FKRTL adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan dan rawat inap di ruang perawatan khusus (BPJS Kesehatan, 2018).

Berdasarkan PMK No. 71 tahun 2013 Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan meliputi :

- a. Administrasi pelayanan;
- b. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter
- c. Spesialis dan subspecialis;
- d. Tindakan medis spesialisik baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;
- e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
- f. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
- g. Rehabilitasi medis;
- h. Pelayanan darah;
- i. Pelayanan kedokteran forensik klinik;
- j. Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di Fasilitas Kesehatan;
- k. Perawatan inap non intensif; dan
- l. Perawatan inap di ruang intensif.

2.1.2.2 Sistem Pembayaran di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut

BPJS Kesehatan akan membayar kepada FKTP dengan kapitasi dan untuk FKRTL dibayarkan dengan sistem paket INA-CBG's. BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari sejak dokumen klaim diterima lengkap. INA-CBG's merupakan sistem besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKRTL yang merupakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan prosedur yang menjadi output pelayanan yang mengacu pada *International Code Diseases Ten (ICD 10)* dan *International Code Diseases Nine (ICD 9) Clinical Modification (CM)* yang disusun oleh *World Health Organization (WHO)*. Berdasarkan Peraturan Menteri

Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INA-CBG's menyatakan bahwa INA-CBG's merupakan salah satu perangkat entri data pasien yang digunakan untuk melakukan grouping tarif berdasarkan data yang berasal dari resume medis.

Menurut Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018, sistem pembayaran di FKRTL meliputi:

- 1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada FKRTL secara *Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's)*.
- 2) Tarif INA-CBG's diberlakukan pada FKRTL yang memberikan pelayanan: Rawat Jalan dan Rawat Inap
- 3) Selain tarif INA-CBG's , BPJS Kesehatan dapat melakukan pembayaran kepada FKRTL yang memberikan pelayanan:
 - a) Obat untuk penyakit kronis dan obat kemoterapi;
 - b) Alat bantu kesehatan yang meliputi:
 - Kacamata;
 - Alat bantu dengar,
 - Protesa alat gerak;
 - Protesa gigi;
 - Korset tulang belakang;
 - Collar neck atau Kruk
 - c) layanan Ambulans yang diberikan antar FKRTL; dan
 - d) *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*.

2.1.2.3 Pelayanan Rawat Jalan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 66/MENKES/11/1987, Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan yang diberikan di unit pelaksanaan fungsional rawat jalan terdiri dari poliklinik umum dan poliklinik spesialis serta unit gawat darurat. Pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam rawat inap. Keputusan Menteri Kesehatan No.66 / Menkes / II /1987 yang di maksud Rawat jalan dan Pelayanan Rawat Jalan. Rawat Jalan adalah pelayanan terhadap orang yang masuk rumah sakit , untuk keperluan

observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal diruang rawat inap.

Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan yang diberikan di unit pelaksanaan fungsional rawat jalan terdiri dari poliklinik umum dan poliklinik spesialis serta unit gawat darurat.

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-CBG's
- 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.

2.1.4.1 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-CBG's
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.

2.1.4.2 Pending Klaim

Pending atau sering disebut dengan unclaimed yang artinya tidak terklaim atau tertunda. Hal ini disebabkan terdapat kasus yang ditatalaksanakan di rumah sakit tersebut diragukan kesimpulan medisnya karena ketidakcocokan atau ketidaklengkapan data-datanya (Valentina dan Hawala, 2018).

Proses pengklaiman BPJS sudah menggunakan program INA-CBG's. Pola pembayaran dengan INA-CBG's yang diselenggarakan BPJS di rumah sakit harus melalui tahap verifikasi berkas sehingga verifikasi BPJS Kesehatan melakukan verifikasi administrasi pelayanan dan memastikan kesesuaian diagnosis serta prosedur pada tagihan dengan kode ICD-10 dan ICD- 9. Setelah itu BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang memang layak diklaim, namun berkas yang tidak layak diklaim/pending harus

dikembalikan ke rumah sakit untuk melalui tahap konfirmasi. Hal ini disebabkan karena adanya perbedaan diagnosis

Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG's Edisi 2 disusun berdasarkan diagnosa dan prosedur terbanyak yang terdiri atas manual verifikasi terkait koding, aspek medis, 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 Kesehatan, 2018).

1. Penyebab Klaim Pending dari Aspek Koding

Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD 10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD 9-CM. Koding sangat menentukan dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke Rumah Sakit. Koding dalam INA-CBG's menggunakan ICD 10 Tahun 2008 untuk mengkode diagnosis utama dan sekunder serta menggunakan ICD 9-CM untuk mengkode tindakan/prosedur. Sumber data untuk mengkode berasal dari rekam medis yaitu data diagnosis dan tindakan/prosedur yang terdapat pada resume medis pasien (Permenkes, 2014). Kendala yang ditemukan pada proses penginputan ialah koding yang tidak tepat dengan diagnosis penyakitnya. Alasannya karena dipengaruhi oleh tulisan dokter yang tidak jelas atau sulit dibaca oleh petugas klaim. Sehingga menyebabkan pengembalian berkas yang nantinya akan dilakukan konfirmasi kembali ke DPJP yang bersangkutan agar proses penginputan antara koding dan diagnosis tersebut valid (Amir et al., 2020).

2. Penyebab Klaim Pending dari Aspek Medis

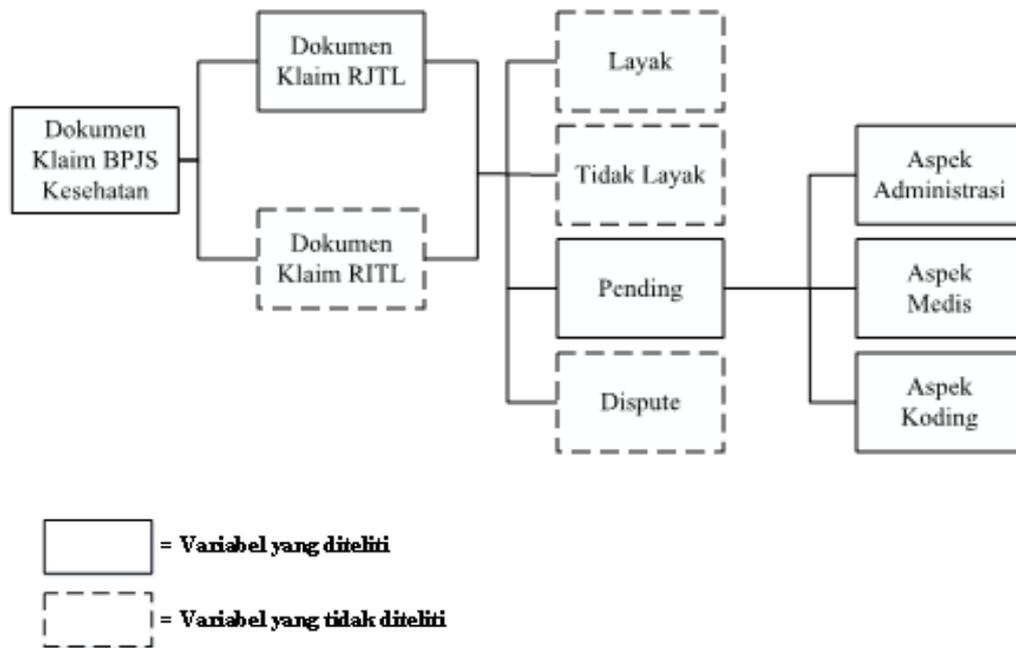
Dispute Medis disebabkan karena adanya ketidaksepahaman antara verifikator dengan petugas klaim di rumah sakit mengenai diagnosis yang diajukan, banyaknya kasusnya bedah yang mengalami Permasalahan disebabkan karena tidak disertai dengan bukti penunjang. Selain itu disebabkan juga karena belum adanya regulasi atau literatur yang akan digunakan untuk proses penyelesaian klaim yang tidak

disetujui oleh verifikator terkait masalah koding maupun diagnosis (Amir et al., 2020). 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) (Permenkes, 2014)

3. Penyebab Klaim Pending dari Aspek Administrasi

Menurut (Ilyas, 2006) 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. Dispute Administrasi disebabkan karena adanya penyalahgunaan kartu, cara pulang pasien yang tidak sesuai, tidak adanya bukti penunjang dan terapi, serta terdapat kesalahan pada data demografi (Amir et al., 2020).

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep