

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan)

1. Definisi BPJS Kesehatan

Dalam Undang-Undang SJSN NO 40 TH 2004 ini yang dimaksud dengan:

Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. Asuransi sosial adalah suatu mekanisme pengumpulan dana yang bersifat wajib yang berasal dari iuran guna memberikan perlindungan atas risiko sosial ekonomi yang menimpa peserta dan/atau anggota keluarganya.

Salah satu upaya kesehatan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang dilakukan pemerintah adalah dengan diadakannya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (UU RI No.44, 2009). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari sistem Jaminan sosial Nasional yang diselenggarakan oleh pemerintah untuk menjamin agar warga Negara dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak.

Badan Hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang memberikan jaminan berupa jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) diatur oleh Undang-Undang NO.24 Tahun 1(2011)(UU No.24, 2011). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mulai diberlakukan di Indonesia sejak 1 Januari 2014.

2. Pembiayaan Program JKN

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi jaminan kesehatan nasional (JKN). Pembiayaan kesehatan di fasilitas kesehatan diperoleh dengan dilakukannya pembayaran oleh penyelenggara asuransi kesehatan atas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta yang bertujuan untuk mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi

pasien, mendorong efisiensi dengan tidak memberikan reward terhadap provider yang melakukan over treatment, under treatment, maupun melakukan adverse event dan mendorong pelayanan tim. Dengan sistem pembiayaan yang tepat diharapkan tujuan diatas bisa tercapai. 2016 Berdasarkan Permenkes RI No 76 Tahun 2016, metode Pembayaran dibagi menjadi dua yaitu:

1) Retrospective Payment

Metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktivitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Contoh pembayaran retrospective: Fee For Service, Payment per itemized bill, Payment per diem.

2) Prospective Payment

Adalah metode pembayaran yang dilakukan atas pelayanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospective: Global Budget, Perdiem, Kapitasi dan Case Based Payment.

Menurut Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Pasal 69, standar tarif pelayanan kesehatan di FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan) ditetapkan oleh menteri. Menteri menetapkan standar tarif setelah mendapatkan masukan dari BPJS Kesehatan bersama dengan asosiasi fasilitas kesehatan dan mempertimbangkan ketersediaan fasilitas kesehatan, indeks harga konsumen, dan indeks kemahalan daerah. Setelah menteri menetapkan standar tarif pelayanan maka ditetapkan pembayaran pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL. Pembayaran pelayanan kesehatan di FKTP yang dilakukan dengan dua cara yaitu dengan kapitasi dan non kapitasi. Sedangkan pembayaran pelayanan kesehatan di FKRTL dengan system INA-CBG.

Tarif Indonesian-Case Based Groups yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur. Berikut contoh tarif INA-CBG berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan

Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2016 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

STANDAR TARIF PELAYANAN KESEHATAN PADA FASILITAS KESEHATAN
TINGKAT LANJUTAN (INA-CBG)

TARIF INA-CBG TAHUN 2016
REGIONAL 1
RUMAH SAKIT KELAS A PEMERINTAH
RAWAT INAP

NO	KODE INA-CBG	DESKRIPSI KODE INA-CBG	TARIF KELAS 3	TARIF KELAS 2	TARIF KELAS 1
1	A-4-10-I	SEPTIKEMIA (RINGAN)	3,516,500	4,219,800	4,923,100
2	A-4-10-II	SEPTIKEMIA (SEDANG)	6,007,600	7,209,200	8,410,700
3	A-4-10-III	SEPTIKEMIA (BERAT)	8,100,200	9,720,200	11,340,300
4	A-4-11-I	INFEKSI SESUDAH OPERASI & TRAUMA (RINGAN)	4,263,700	5,116,500	5,969,200
5	A-4-11-II	INFEKSI SESUDAH OPERASI & TRAUMA (SEDANG)	6,068,500	7,282,200	8,495,900
6	A-4-11-III	INFEKSI SESUDAH OPERASI & TRAUMA (BERAT)	8,399,400	10,079,200	11,759,100
7	A-4-12-I	DEMAM YANG TIDAK DITENTUKAN (RINGAN)	2,780,700	3,336,800	3,893,000
8	A-4-12-II	DEMAM YANG TIDAK DITENTUKAN (SEDANG)	4,800,000	5,760,000	6,719,900
9	A-4-12-III	DEMAM YANG TIDAK DITENTUKAN (BERAT)	6,915,900	8,299,000	9,682,200
10	A-4-13-I	INFEKSI VIRAL & NON-BAKTERIAL LAIN (RINGAN)	2,069,600	2,483,500	2,897,500

Gambar 2. 1 Tarif INA-CBG

Setelah ditetapkan tarif INA-CBG, FKRTL mengajukan klaim kolektif kepada BPJS Kesehatan secara periodic dan lengkap. BPJS Kesehatan harus mengeluarkan Berita Acara Kelengkapan Berkas Klaim (BAKB) paling lambat 10 hari sejak klaim diajukan oleh FKRTL dan diterima oleh BPJS Kesehatan. Apabila BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan BAKB dalam waktu 10 hari maka berkas klaim dinyatakan lengkap. BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran kepada FKRTL berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat 15 hari sejak diterbitkannya BAKB.

2.1.2 Rumah Sakit

Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Menurut Permenkes RI No 36 Tahun 2015, FKRTL adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub-spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus. FKRTL terbagi menjadi:

1. Klinik utama
2. Rumah Sakit Umum
3. Rumah sakit khusus

Menurut WHO (World Health Organization), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan

penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik.

Berdasarkan undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, yang dimaksudkan dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2.1.3 Klaim

1. Definisi Klaim

Menurut Ilyas (2011) dalam (Pratiwi & Octavia, 2021) definisi klaim adalah suatu permintaan salah satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan, agar haknya terpenuhi. satu dari dua pihak yang melakukan ikatan tersebut akan mengajukan klaimnya kepada pihak lainnya sesuai dengan perjanjian atau provisi polis yang disepakati bersama oleh kedua pihak. Tujuan klaim adalah untuk, memberikan manfaat yang sesuai dengan ketentuan dalam polis jaminan kesehatan kepada pemegang polis (Tertanggung), 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 benefit, melakukan kontrol terhadap biaya klaim (Claim Cost).

Klaim yang dimaksud disini adalah klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan. BPJS merupakan badan pelaksana penyelenggaraan jaminan sosial. Sebelum berubah nama menjadi BPJS, badan penyelenggaraan jaminan kesehatan dipegang oleh perusahaan asuransi kesehatan milik pemerintah yang bernama PT Asuransi Kesehatan atau biasa dipanggil PT Askes. Klaim dilakukan oleh rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya melalui sebuah proses yang disebut dengan administrasi klaim.

Pengklaiman/administrasi klaim adalah suatu proses dari penyiapan berkas dan prosedur penilaian layak tidaknya klaim dibayar yang berkaitan dengan kelengkapan dokumen, yakni surat rujukan, pemeriksaan, pelayanan penunjang diagnostik, dan tindakan medik yang telah disahkan oleh dokter yang bertanggungjawab, serta obat-obatan yang digunakan sesuai dengan tarif yang berlaku sampai dengan pencairan klaim kepada PPK/Penyedia Pelayanan Kesehatan.

2. Ketentuan dalam Pengajuan Klaim Menurut (Perpres RI 82, 2018)
 - a. BPJS Kesehatan wajib membayar kapitasi kepada FKTP paling lambat tanggal 15 setiap bulan berjalan .
 - b. FKTP mengajukan klaim nonkapitasi kepada BPJS Kesehatan secara periodik dan lengkap.
 - c. BPJS Kesehatan wajib membayar kepada FKTP berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak berkas klaim dinyatakan lengkap.
 - d. Dalam hal pembayaran jika jatuh pada hari libur maka pembayaran pada FKTP dilakukan pada hari kerja berikutnya.
 - e. Dalam hal BPJS Kesehatan tidak melakukan pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (3), BPJS Kesehatan wajib membayar denda kepada FKTP yaitu sebesar 1 % (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.
 - f. FKRTL mengajukan klaim kolektif kepada BPJS Kesehatan secara periodik dan lengkap.
 - g. BPJS Kesehatan harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari sejak klaim diajukan oleh FKRTL dan diterima oleh BPJS Kesehatan.
 - h. Dalam hal BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 (sepuluh) hari maka berkas klaim dinyatakan lengkap.
 - i. BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran kepada FKRTL berdasarkan klaim yang diajukan dan telah:
Diverifikasi sebagaimana dimaksud paling lambat 15 (lima belas) hari sejak diterbitkannya berita acara kelengkapan berkas klaim; atau Memenuhi ketentuan sebagaimana yang dimaksud paling lambat 15 (lima belas) hari sejak terpenuhinya ketentuan tersebut.
 - j. Dalam hal pembayaran kepada FKRTL jika jatuh pada hari libur maka pembayaran pada FKRTL dilakukan pada hari kerja berikutnya.
 - k. Dalam hal BPJS Kesehatan tidak melakukan pembayaran, BPJS Kesehatan wajib membayar denda kepada FKRTL yaitu sebesar 1 % (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.

- l. Pengajuan klaim pembiayaan pelayanan kesehatan oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan diberikan jangka waktu paling lambat 6 (enam) bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan. Lewat dari itu, klaim tidak dapat diajukan.
- m. Ketentuan tersebut dikecualikan bagi pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan sebelum berlakunya Peraturan Presiden ini.
- n. Dalam hal terdapat pembayaran atas pelayanan kesehatan yang disebabkan karena penyalahgunaan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan, Fasilitas Kesehatan harus mengembalikan biaya yang sudah dibayarkan setelah dilakukan verifikasi pascaklaim kepada BPJS Kesehatan.
- o. Dalam hal terjadi kekurangan pembayaran atas biaya pelayanan kesehatan yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan harus membayarkan kekurangan atas biaya pelayanan kesehatan
- p. Untuk kepentingan pembayaran biaya pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan dapat meminta rekam medis Peserta berupa ringkasan rekam medis kepada Fasilitas Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- q. Ringkasan rekam medis tersebut paling sedikit memuat identitas pasien, diagnosis, dan riwayat pemeriksaan dan pengobatan yang ditagihkan biayanya.
- r. Dalam hal dibutuhkan untuk kepentingan audit administrasi klaim, BPJS Kesehatan dapat melihat rekam medis Peserta dari Fasilitas Kesehatan dengan tetap menjaga kerahasiaan isi rekam medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.
- s. BPJS Kesehatan dalam melihat rekam medis peserta, harus melalui tim yang ditunjuk oleh Fasilitas Kesehatan.

3. Tujuan Proses Klaim

Tujuan prosesi klaim menurut (Ilyas, 2006) adalah :

- a. Klaim yang valid akan dibayarkan.
- b. Dalam melakukan klaim maka sebelum dibayarkan harus mengidentifikasi kemungkinan kecurangan baik yang disengaja (Fraud) maupun yang tidak disengaja (abuse)
- c. Sesuai dengan aturan pemerintah

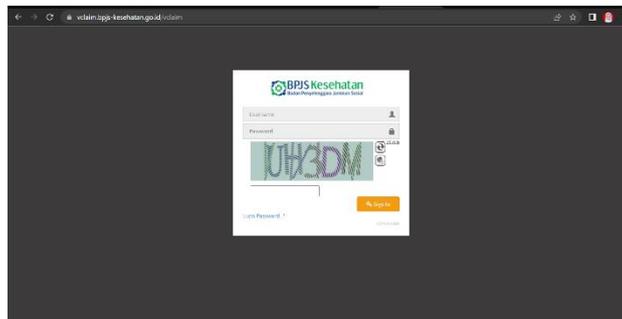
- d. Mencegah dan menghindari tuntutan hukum
- e. Berkoordinasi untuk keuntungan
- f. Terhadap biaya klaim harus ada kontrol (claim cost)

2.1.4 Definisi SOP

Standar Operasional Prosedur atau biasa disebut dengan nama SOP merupakan suatu sistem yang dirancang guna menertibkan, merapikan, dan memudahkan suatu pekerjaan. SOP tersebut hadir dengan bentuk seperti dokumen yang berhubungan oleh prosedur yang dilaksanakan secara kronologis guna membantu kamu dalam menyelesaikan sebuah pekerjaan untuk mendapatkan hasil kerja secara efektif dari pekerja dengan biaya yang rendah.

2.1.5 Aplikasi Teknologi Klaim

1. Aplikasi V-Klaim



Gambar 2. 2 Tampilan Aplikasi V-Klaim

Aplikasi Virtual Claim merupakan aplikasi online berbasis Web base melalui jaringan VPN/Internet. Aplikasi Vklaim dikembangkan untuk menangani proses pembuatan Surat Eligibilitas Peserta JKN dan penagihan klaim yang dilakukan oleh user Rumah Sakit. V-Klaim dapat diakses melalui link berikut:

<https://vclaim.bpjskesehatan.go.id/vclaim>

2. E-Klaim INA-CBG



Gambar 2. 3 Tampilan Aplikasi INA-CBG

Aplikasi E-klaim INA-CBG merupakan aplikasi berbasis web yang digunakan untuk proses pengajuan klaim oleh Rumah Sakit berdasarkan diagnosis-diagnosis atau kasus-kasus yang relative sama. E-Klaim INA-CBG dapat diakses melalui link berikut: <http://localhost/eklaim/>