

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

Menurut WHO (1957), rumah sakit adalah suatu bahagian menyeluruh, (integrasi) dari organisasi dan medis, berfungsi memberikan pelayanan kesehatan lengkap kepada masyarakat baik kuratif maupun rehabilitatif, dimana output layanannya menjangkau pelayanan keluarga dan lingkungan. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan tenaga kesehatan serta penelitian biososial. Berdasarkan peraturan yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI tahun 1989, rumah sakit juga merupakan pusat pelayanan rujukan medik spesialisik dan sub spesialisik dengan fungsi utama menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan (kuratif) dan Pemulihan (rehabilitasi pasien). Rumah sakit merupakan sarana upaya perbaikan kesehatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan dan dapat dimanfaatkan pula sebagai lembaga pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian. Pelayanan kesehatan yang dilakukan rumah sakit berupa kegiatan penyembuhan penderita dan pemulihan keadaan cacat badan serta jiwa. Jika dilihat dari sudut pandang pelayanannya, rumah sakit dapat juga diartikan sebagai sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, pelayanan gawat darurat, pelayanan medik dan non medik yang dalam melakukan proses kegiatan hasilnya dapat mempengaruhi lingkungan sosial, budaya dan dalam menyelenggarakan upaya dimaksud dapat mempergunakan teknologi yang diperkirakan mempunyai potensi besar terhadap lingkungan. (Maatisya and Santoso, 2022)

Tugas dan Fungsi Rumah Sakit menurut Depkes (2009) Pasal 5 rumah sakit mempunyai fungsi sebagai berikut : a) Penyelenggaraann 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 pendidikann dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan dalam pemberian pelayanan kesehatan; d) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi di bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayana kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan di bidang kesehatan. Adapun tugas Rumah Sakit sebagai berikut :

a) Memberi pelayanan medis; b) Memberi pelayanan penunjang medis; c) Memberi pelayanan kedokteran kehakiman; d) Memberi pelayanan medis khusus; e) Memberi pelayanan rujukan kesehatan; f) Memberi pelayanan kedokteran gigi; g) Memberi pelayanan social; h) Memberi penyuluhan kesehatan; i) Memberi pelayanan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, dan rawat intensif; j) Memberikan pendidikan medis secara umum dan khusus; k) Memberi fasilitas untuk penelitian dan pengembangan ilmu kesehatan; l) Membantu kegiatan penyelidikan epidemiologi.

Klasifikasi Rumah Sakit menurut yaitu menyelenggarakan fungsi pelayanan kesehatan perorangan dalam bentuk spesialisik dan atau subspecialistik. Selain pelayanan kesehatan perseorangan dalam bentuk spesialisik dan atau subspecialistik, rumah sakit dapat memberikan pelayanan kesehatan dasar. (UU Nomor 17 Tahun 2023) selain menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit dapat menyelenggarakan fungsi pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan. Pada Pasal 185 menyatakan klasifikasi rumah sakit umum sebagaimana dimaksud terdiri atas :

- a. Rumah Sakit Umum Kelas A, yaitu rumah sakit yang menyediakan pelayanan kedokteran spesialis dan subspecialis luas oleh pemerintah. Rumah sakit ini telah ditetapkan sebagai tempat pelayanan rujukan tertinggi atau disebut juga rumah sakit pusat.
- b. Rumah Sakit Umum Kelas B adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran medik spesialis luas dan subspecialis terbatas. Direncanakan rumah sakit tipe B didirikan di setiap ibukota provinsi yang menampung pelayanan rujukan dari rumah sakit kabupaten.
- c. Rumah Sakit umum kelas C yaitu rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran subspecialis terbatas. Terdapat 4 macam pelayanan spesialis disediakan yakni pelayanan penyakit 7 dalam, pelayanan bedah, pelayanan kesehatan anak, serta pelayanan kebidanan dan kandungan. Direncanakan rumah sakit tipe ini didirikan di kabupaten/kota madya yang menampung pelayanan rujukan dari puskesmas.
- d. Rumah Sakit umum kelas D yaitu rumah sakit yang bersifat transisi karena suatu saat akan ditingkatkan menjadi rumah sakit kelas C.

2.1.2 JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)

Jaminan kesehatan merupakan jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta mendapat manfaat pemeliharaan dan perlindungan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan

dasarnya yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah sebagaimana dijelaskan dalam pasal 1 ayat (1) Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Jaminan kesehatan merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (selanjutnya disebut SJSN) sebagaimana tertuang dalam pasal 18 UU SJSN yang menyebutkan bahwa program jaminan social, meliputi ; jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pension dan jaminan kematian.

JKN yang dirumuskan oleh UU SJSN adalah jaminan kesehatan yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi social dan prinsip ekuitas sebagaimana diatur dalam pasal 19 ayat (1) UU SJSN. Asuransi social merupakan suatu mekanisme pengumpulan dana yang bersifat wajib yang berasal dari iuran peserta guna memberikan perlindungan atas resiko social ekonomi yang menimpa peserta dan/atau anggota keluarganya. Dalam asuransi social, kepesertaan bersifat wajib yang berpotensi mencakup 100% penduduk (*universal coverage*) dan relative dapat menekan biaya pelayanan kesehatan. Asuransi social bersifat non profit dengan penjaminan manfaat yang komprehensif. Iuran dalam asuransi sosial bukan berdasarkan nilai nominal, akan tetapi dihitung dari persentase upah wajib yang dibayarkan dan manfaat asuransi ditetapkan melalui peraturan perundangan dan setara untuk semua peserta (Sulistyorini and Huda, 2022).

2.1.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

a. Pengertian badan penyelenggara jaminan sosial

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan sosial juga salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak (Solechan, 2019). Tujuan BPJS untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan serta terpenuhinya kebutuhan dasar yang layak bagi setiap peserta dan anggota keluarganya. BPJS bertanggung jawab terhadap presiden, berkedudukan dan berkantor pusat di ibu kota negara Republik Indonesia. Selain itu juga mempunyai kantor perwakilan di provinsi dan kantor cabang di kabupaten atau kota (Undang-undang No. 24 tahun 2011)

b. Tujuan Badan Penyelenggara jaminan sosial

Tujuan BPJS menurut pasal 10 UU No.24 tahun 2011, dalam melakukan fungsinya, BPJS bertugas untuk :

1. Melakukan dan atau menerima pendaftaran peserta
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja
3. Menerima bantuan iuran dari pemerintah
4. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial
6. Membayarkan manfaat dan atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat

c. Wewenang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Wewenang BPJS menurut pasal 11 UU No.24 tahun 2011, dalam melaksanakan tugasnya , BPJS berwenang untuk :

1. Menagih pembayaran iuran.
2. Menempatkan dana jaminan sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana dan hasil yang memadai.
3. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan Jaminan Sosial Nasional.
4. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan pemerintah.
5. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan
6. Mengenaikan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya
7. Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidak patuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
8. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

2.1.4 Klaim

a. Pengertian Klaim BPJS

Klaim jaminan kesehatan adalah suatu bentuk permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan yang diajukan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan. (Kemenkes RI, 2015). Definisi klaim dikembalikan antara lain, klaim yang ditunda pembayarannya dikarenakan ada beberapa hal yang belum disepakati. Klaim dikembalikan adalah klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan dikarenakan adanya ketidaklengkapan dokumen klaim. Klaim dikembalikan adalah semua klaim yang sudah diajukan ke BPJS Kesehatan dan setelah diverifikasi oleh verifikator ada yang perlu dikonfirmasi lagi dan menyebabkan klaim yang diajukan tertunda atau pending. (Agiwahyuanti, 2021).

Berdasarkan definisi klaim dikembalikan tersebut, dapat disimpulkan bahwa klaim yang dikembalikan adalah klaim yang tidak lolos verifikasi oleh BPJS Kesehatan dikarenakan klaim yang diajukan belum memenuhi persyaratan klaim BPJS Kesehatan, sehingga pihak BPJS Kesehatan perlu melakukan konfirmasi ulang kepada pihak rumah sakit.

b. Verifikasi Klaim

Pada pelaksanaan klaim dilakukan proses verifikasi terhadap persyaratan pengajuan klaim yang menjadi dasar penagihan biaya verifikasi. Proses verifikasi dilakukan oleh pihak BPJS Kesehatan setelah menerima berkas klaim dari fasilitas kesehatan atau pelayanan kesehatan lalu berkas akan diverifikasi administrasi kepesertaan dan pelayanan kemudian menempuh verifikasi *software* INA CBG berdasarkan pada standard *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem* (ICD-10). Selanjutnya formulir pengajuan klaim diserahkan pada BPJS Kesehatan untuk melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran kepada faskes atau yankes yang mengajukan klaim (Ariyanti and Gifari, 2019).

c. Tahap Verifikasi Klaim

1) Tahap Verifikasi Administrasi

a) Verifikasi Administrasi kepesertaan

Adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBGs.

b) Verifikasi Administrasi Pelayanan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan persyaratan klaim rawat inap.

Apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk di lengkapi. Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang di berikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis, perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

2) Tahap Verifikasi Pelayanan Kesehatan

- a) Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM (dengan melihat buku ICD 10 dan ICD 9 CM atau softcopynya) ketentuan koding mengikuti panduan koding yang terdapat dalam bentuk teknis INA CBGs.
- b) Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter serta pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan obat yang diberikan pada hari pelayanan yang sama. Apabila pemeriksaan penunjang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama maka tidak di hitung sebagai episode baru.
- c) Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari (One Day Care atau Surgery) termasuk rawat jalan.
- d) Episode rawat inap adalah satu rangkaian pelayanan jika pasien mendapatkan perawatan lebih dari 6 (enam) jam di Rumah Sakit atau jika pasien telah mendapatkan fasilitas rawat inap (bangsal atau ruang rawat inap dan/ atau ruang perawatan intensif) walaupun lama perawatan kurang dari 6 jam dan secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap.
- e) Pasien yang masuk ke rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di rawat jalan atau gawat darurat maka kasus tersebut termasuk satu episode rawat inap, dimana pelayanan yang telah dilakukan di rawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk didalamnya. Pada kasus special CMGs, bukti pendukung adalah
 - Special Drug :
Product batch (asli) dilampirkan dalam berkas pendukung
 - Speccial Procedure :
Laporan asli (lihat)
 - Special prosthesis :
Product batch (asli) dilampirkan dalam berkas klaim
 - Special investigation :
Expertise pemeriksaan (lihat)
 - Special Chronic & Sub-acute :
Instrument WHO DAS (lihat)

- f) Apabila bayi lahir sehat maka tidak memiliki kode diagnosis penyakit (p), hanya perlu kode bahwa ia lahir hidup di lokasi persalinan, tunggal atau multiple (Z38,-)
- g) Untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi (rehab medik, komoterapi,radioterapi) di rawat jalan dapat menggunakan kode “Z” sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder.
- h) Apabila ada dua kondisi atau kondisi utama dan sekunder yang berkaitan dapat digambarkan dengan satu kode dalam ICD 10, maka harus menggunakan satu kode tersebut

d. Langkah-langkah Prosedur Klaim

Secara umum langkah-langkah prosedur klaim sebagai berikut:

1. Penerimaan dan Perampungan klaim

Dilakukan pengecekan ulang terhadap berkas-berkas yang di ajukan.

2. Telaah dan Verifikasi Klaim

Klaim yang diterima oleh unit sebelum diputuskan untuk bayar perlu ditelaah terlebih dahulu. Untuk itu ada langkah-langkah baku yang biasanya dilakukan oleh perusahaan asuransi.Beberapa tahapam yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut:

- a) Keabsahan pihak yang mengajukan klaim.
- b) Kelengkapan formulir klaim, termasuk didalamnya tanda tangan dokter yang memeriksa dan peserta.
- c) Kesesuaian klaim dengan kesepakatan kedua belah mengenai:
 - Batasan pelayanan
 - Batasan biaya
 - Pengecualian tindakan
- d) Batas waktu pengecualian klaim.
- e) Kewajaran klaim, yaitu kewajaran antara diagnosa, jenis obat yang diberikan dan tindakan yang dilakukan.

3. Penyelesaian Klaim

Penyelesaian klaim dibagi menjadi dua kelompok (Ilyas, 2006) yaitu :

a) Tahapan Penyelesaian Klaim PKK :

- Telah isi klaim dan polis
- Periksa isi kontrak

- Cakupan hak dan kewajiban
 - Eksklusi (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
- Telah isi klaim dan polis
 - Periksa isi kontrak
 - Cakupan hak dan kewajiban
 - Eksklusi
 - Limitasi
 - Keabsahan mengenai kepesertaan dan waktu peserta
 - Cara dilakukan secara tunai, atau dapat juga ditransfer melalui bank

4. Pembuatan Keputusan

Hasil dari tahap telah dan verifikasi dihasilkan keputusan terhadap klaim. Bentuk dari keputusan dapat bervariasi, tergantung temuan yang telah divalidasi oleh personel dan pimpinan unit klaim. Keputusan unit klaim dapat berupa :

a) Klaim di tolak seluruhnya

Biasanya hal ini terjadi apabila pelayanan kesehatan yang diterima oleh tertanggung tidak dijamin atau karena ditemukan ketidak wajarannya dalam pengajuan klaim.

b) Klaim diterima sebagian

Apabila ada sebagian tagihan klaim yang diajukan, tidak dijamin dalam polis atau terkait dengan berbagai pengaturan seperti pengecualian, *coordination of benefit*, limitasi atau pengecualian lainnya.

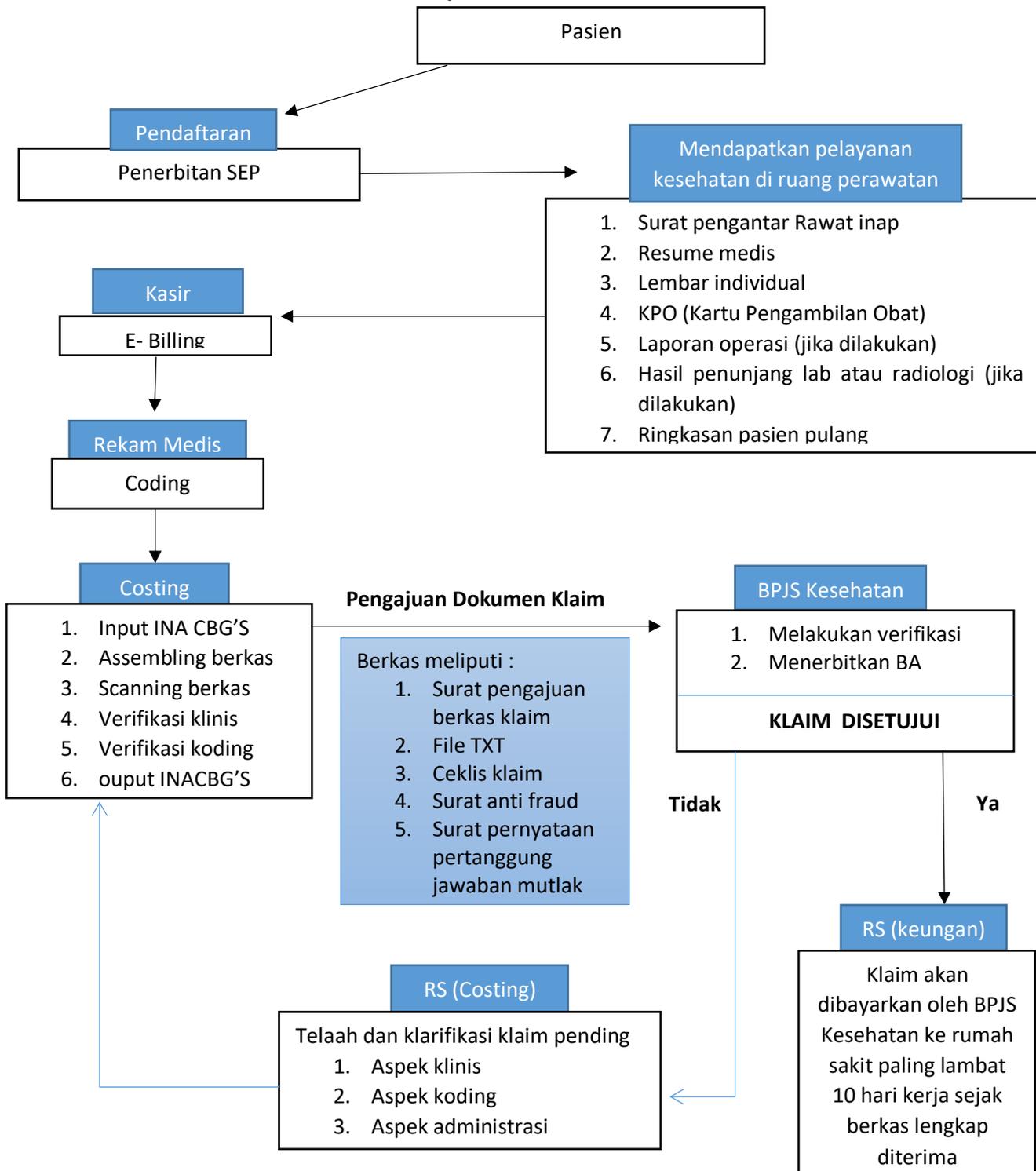
c) Klaim ditangguhkan penyelesaiannya

Biasanya klaim yang persyaratannya belum lengkap dan memerlukan penyelesaian dari kedua belah pihak.

d) Klaim diterima seluruhnya

Apabila klaim tersebut wajar dan semua persyaratan prosedur klaim telah dipenuhi.

2.1.5 Alur atau prosedur Klaim BPJS Kesehatan menurut petunjuk teknik verifikasi klaim RSUD Mardi Waluyo Blitar



1. Pasien datang dan melakukan pendaftaran di loket pendaftaran, kemudian terbit SEP

2. Pasien mendapatkan pelayanan kesehatan di ruang rawat inap dan berkas klaim keluar seperti Resume medis, KPO, Perincian rawat inap, Laporan operasi dan bukti penunjang lainnya.
3. Kasir mengeluarkan E-billing pasien
4. Unit rekam medis mengcoding berkas resume medis pasien
5. Bidang costing melakukan Assembling berkas, input ke aplikasi INA CBG'S dan mencetak Individual, sebelum di scan berkas klaim diurutkan sesuai RM kemudian melakukan verifikasi klinis dan verifikasi koding, cetak Output INA CBG'S. Selanjutnya bidang costing mengajukan berkas klaim, file TXT ke BPJS Kesehatan dan Ceklis klaim, Surat anti fraud, Surat pernyataan pertanggung jawaban mutlak
6. BPJS Kesehatan melakukan verifikasi dan menerbitkan Berita Acara. Apabila berkas klaim layak bayar, klaim dibayarkan ke unit keuangan Rumah Sakit paling lambat 14 hari kerja sejak berkas lengkap diterima, untuk berkas klaim yang pending akan dikembalikan ke bidang costing Rumah Sakit dan dilakukan klarifikasi klaim pending ke dokter yang menangani kasus pending
7. Berkas pending yang selesai di klarifikasi oleh bagian costing akan diajukan kembali ke BPJS Kesehatan

2.1.6 Administrasi Klaim

a. Definisi Administrasi Klaim

Administrasi klaim menurut definisi *HIAA (Health Insurance Association of Amerika)* 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. Dalam administrasi klaim melibatkan unsur-unsur sebagai berikut:

1. Tertanggung

Dalam hal ini tertanggung memiliki tugas sebagai yang melaporkan dan mengajukan berkas klaim kepada penanggung atau perusahaan asuransi dalam mengajukan berkas klaim. Ada beberapa hal yang harus dipenuhi tertanggung, yaitu : melengkapi berkas berkas klaim seperti : kuitansi asli, resep obat dan data lain, misalnya surat jaminan pelayanan (presertifikasi) untuk kasus rawat inap dan pembedahan.

2. Pemegang polis

Untuk asuransi kesehatan kepesertaan kelompok polis biasanya dipegang oleh divisi. Pemegang polis juga harus melaporkan kepada pihak asuransi untuk memberikan informasi tentang peserta yang mengajukan klaim dan bertanggung masih eligible. Dalam pengajuan klaim pemegang polis juga berperan untuk melakukan skiring kelengkapan berkas klaim dan eligibilitas pengaju klaim sebelum diajukan kepada pihak asuransi.

3. Perusahaan asuransi kesehatan

Dalam hal ini perusahaan asuransi harus dapat dan bersedia mengembangkan prinsip-prinsip manajemen klaim yang baik dan benar dan tidak merugikan tertanggung. Prosedur klaim yang diterapkan juga harus efektif dan efisien disamping harus mampu melakukan penekanan biaya. Perusahaan asuransi harus menyediakan pedoman dan petunjuk yang jelas mengenai prosedur dan proses klaim kepada setiap tertanggung terutama kepada pemegang polis.

4. Provider pelayanan kesehatan

Dalam administrasi klaim, provider pelayanan kesehatan baik rumah sakit, klinik, apotik, maupun dokter praktik harus memberikan informasi yang jelas dan benar mengenai pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada tertanggung. Pelayanan kesehatan yang diberikan harus sesuai dengan hak-hak tertanggung tentang pelayanan kesehatan yang dijamin oleh perusahaan.

5. Tujuan administrasi klaim

- a. Membayar seluruh klaim yang telah diverifikasi dan tepat sesuai dengan polis.
- b. Mengumpulkan dan mengelola data klaim yang tersedia untuk akuntan/laporan, statistik, analisa dan penyelidikan terhadap data yang meragukan dan data yang diperlukan untuk pembayaran.
- c. Melakukan penekanan biaya dalam rangka mencapai tujuan perusahaan dalam memperoleh profit yang maksimal.

Menurut petunjuk teknis, pedoman pelaksanaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, panduan praktis Administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS Kesehatan diajukan kepada kantor cabang/kantor operasional kabupaten/kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum antara lain sebagai berikut :

1. Rekapitulasi pelayanan
2. Berkas pendukung masing – masing pasien, yang terdiri dari :
 - a. Surat Eligibilitas Peserta (SEP)

- b. Surat perintah rawat inap
 - c. Resume medis yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
3. Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP (bila diperlukan), seperti :
- a. Laporan Operasi
 - b. Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus
 - c. Perincian tagihan rumah sakit
 - d. Karakterist (manual atau *automatic billing*)
 - e. Berkas pendukung lain yang diperlukan

2.1.7 Metode pembayaran

Pedoman *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBG'S) menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 tahun 2021 dalam pelaksanaan jaminan kesehatan merupakan acuan bagi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dan pihak lain yang terkait mengenai metode pembayaran INA-CBG'S dalam pelaksanaan klaim pelayanan jaminan kesehatan. Cara pembayaran klaim BPJS yaitu dengan sistem INACBGs berdasarkan Kepmenkes Republik Indonesia Nomor 440/Menkes/SK/XII/2012 INA CBGs merupakan singkatan dari *Indonesian Case Base Groups* yaitu sebuah aplikasi yang digunakan rumah sakit untuk mengajukan klaim pada pemerintah. Arti dari Case Base Groups (CBG) adalah cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan diagnosis-diagnosis atau kasus-kasus yang relatif sama. Sejumlah aspek yang mempengaruhi besarnya biaya INA-CBGs yaitu diagnosis utama, adanya diagnosis sekunder berupa penyerta (*comorbidity*) atau penyulit (*complication*), tingkat keparahan, bentuk intervensi, serta umur pasien. Tarif INA CBG's dibayarkan per periode pelayanan kesehatan, yaitu suatu rangkaian perawatan pasien sampai selesai. Dengan pola INA CBGs paket pembayaran sudah termasuk

1. Konsultasi dokter
2. Pemeriksaan penunjang, seperti laboratorium, *rontgen* dll.
3. Obat Formularium Nasioanal (Fornas) maupun obat bukan formas
4. Bahan dan alat medis habis pakai
5. Akomodasi atau kamar perawatan
6. Biaya lain yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan pasien

2.1.8 Klaim Rawat Inap pada FKRTL

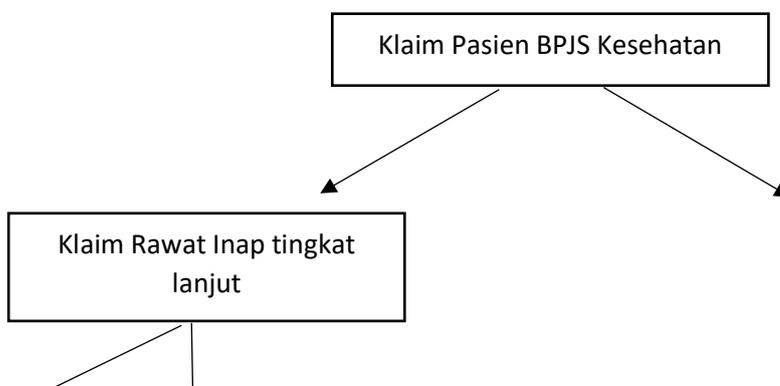
Rawat Inap Tingkat Lanjutan adalah proses perawatan pasien oleh tenaga kesehatan professional akibat penyakit tertentu, dimana pasien diinapkan di ruangan di rumah sakit yang meliputi pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan dan rehabilitasi medik.

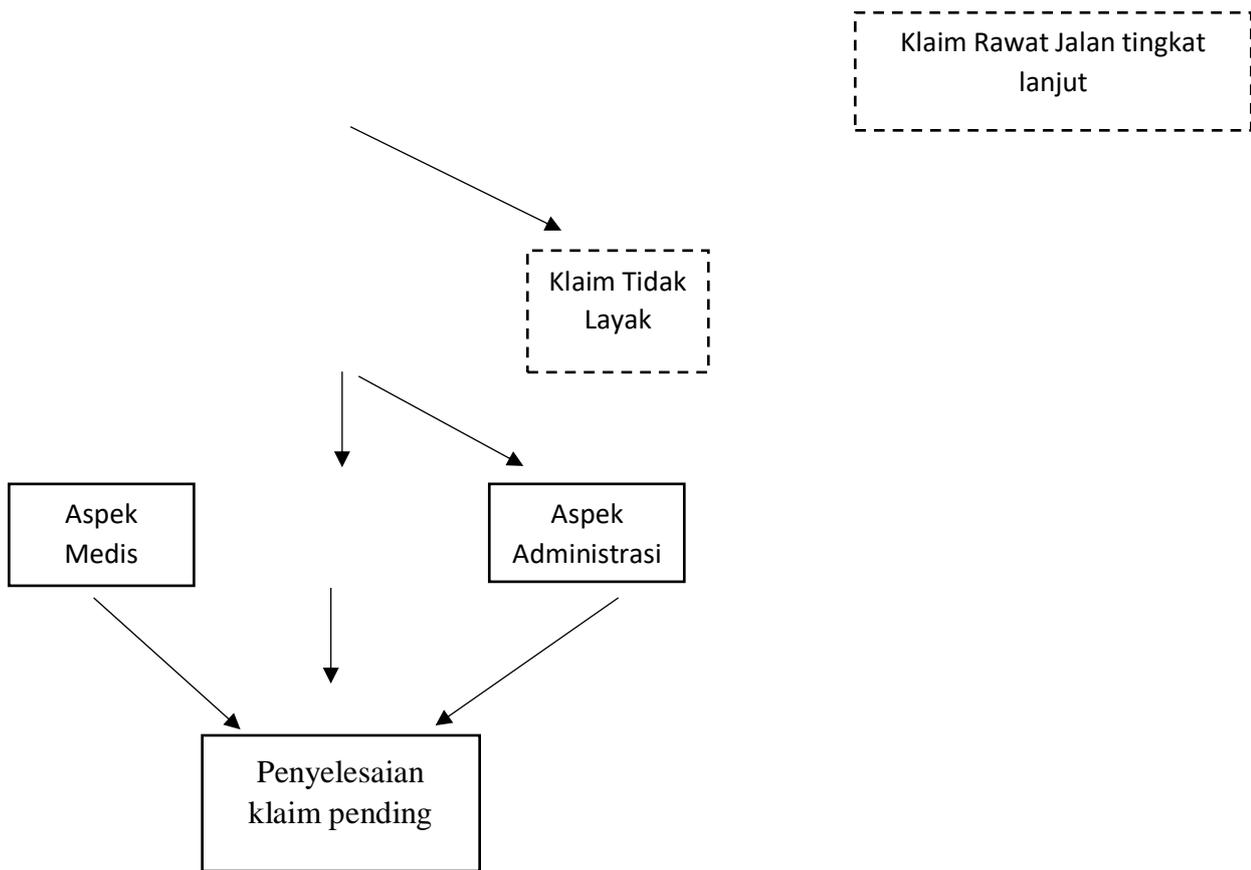
Untuk berkas klaim verifikasi Rawat Inap meliputi Surat perintah rawat inap, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Resume medis yang mencantumkan diagnose dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), dan pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA CBG diperlukan tambahan bukti pendukung protocol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus untuk onkologi, Resep alat bantu kesehatan (alat bantu gerak, coller neck, corset, dll), dan tanda terima alat bantu kesehatan.

2.1.9 Klaim Pending

Menurut peraturan BPJS Nomor 7 tahun 2018 Klaim manfaat pelayanan kesehatan jaminan kesehatan yang selanjutnya disebut klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Pending klaim adalah pengembalian tagihan akibat belum ada kata sepakat antara BPJS Kesehatan dan FKRTL tentang aturan penetapan coding maupun medis (dispute claim), namun penyelesaian dilakukan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. (Mursyid, Rahayub and Koloic, 2023)

1.1 Kerangka Konsep





Keterangan :

= Variabel yang di teliti

= Variabel yang tidak diteliti

Sumber : Modifikasi penelitian dari Natasa Ilka Fahziza Salima (2022)