

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan. (Permenkes no.76, 2016)

UU No.40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Pasal 18 menjelaskan program jaminan sosial meliputi jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian. Pasal 19 menjelaskan mengenai Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Pasal 20 menyatakan bahwa Peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. Pasal 22 menyebutkan manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.

Manfaat pelayanan promotif dan preventif dalam Perpres No.12 tahun 2013

pasal 21 meliputi pemberian pelayanan:

- a. Penyuluhan kesehatan perorangan;
- b. Imunisasi dasar;
- c. Keluarga berencana; dan
- d. Skrining kesehatan.

Pelayanan kesehatan yang dijamin menurut Perpres No.12 tahun 2013

Pasal 22 terdiri atas:

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan non spesialisistik yang mencakup:
 - a. Administrasi pelayanan
 - b. Pelayanan promotif dan preventif
 - c. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
 - d. Tindakan medis non spesialisistik, baik operatif maupun non operatif
 - e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - f. Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama
 - g. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi.
2. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup:

Rawat jalan yang meliputi:

 - a) Administrasi pelayanan

- b) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspesialis
- c) Tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis
- d) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
- e) Pelayanan alat kesehatan implan
- f) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis
- g) Rehabilitasi medis
- h) Pelayanan darah
- i) Pelayanan kedokteran forensik
- j) Pelayanan jenazah di Fasilitas Kesehatan.

Rawat inap yang meliputi:

- a) Perawatan inap non intensif
- b) Perawatan inap di ruang intensif
- c) Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.

2.2 E-Claim dengan Sistem Verifikasi Digital Klaim (Vedika)

Vedika adalah proses verifikasi terhadap klaim yang diajukan oleh rumah sakit menggunakan sistem verifikasi digital yang dilakukan di Kantor Cabang/Kantor Kabupaten Kota BPJS Kesehatan.

Tujuan dari implementasi Vedika ini adalah meningkatkan kepuasan Peserta melalui peningkatan pelayanan di fasilitas kesehatan, meningkatkan kepuasan fasilitas kesehatan terhadap proses administrasi klaim BPJS Kesehatan dan simplifikasi proses klaim pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut

2.4 Pengklaiman

Klaim adalah tagihan atau tuntutan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Dalam hal ini klaim rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan rumah sakit melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lain-lain atas kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit. Pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnose merujuk pada ICD 10 atau ICD 9 CM.

2.4.1 Penyebab *Pending claim*

Salah satu penyebab terbanyak adalah ketidakadaan tanda tangan dokter penanggung jawab pasien pada lembar resume medis padahal secara hukum tanda tangan resume medis adalah salah satu keabsahan dari resume medis (Permenkes no. 269/MENKES/PER/III/2008 pasal (4) ayat 2). Ketidakadaan tanda tangan resume medis membuat klaim BPJS Kesehatan tidak bisa di grouping oleh unit penjaminan sehingga terjadi penundaan (*pending*) klaim BPJS Kesehatan. Penundaan ini menyebabkan pembayaran klaim menjadi menurun dan cash flow rumah sakit menjadi menurun dikarenakan hampir 90% pasien rumah sakit adalah pasien BPJS Kesehatan (Artanto, 2016).

Selain dari pada itu, purifikasi juga mempengaruhi faktor *Pending claim*. Apabila data yang akan diklaimkan tersebut mengalami gagal purifikasi maka akan menunda waktu untuk proses selanjutnya yakni proses verifikasi kelengkapan berkas dan kodefikasi.

2.5 Purifikasi Data

Berdasarkan petunjuk teknis verifikasi klaim BPJS tahun 2014, purifikasi berfungsi untuk melakukan validasi output data INA-CBG yang ditagihkan Rumah Sakit terhadap data penerbitan SEP.

Purifikasi data yang terdiri dari :

- a. No SEP
- b. Nomor Kartu Peserta
- c. Tanggal SEP

Apabila salah satu dari data purifikasi tersebut terdapat kesalahan, maka data yang akan diklaim akan mengalami gagal purifikasi. Dalam hal ini, cara untuk mengatasinya adalah dengan menyesuaikan data nomor SEP, nomor kartu peserta serta tanggal SEP diterbitkan. Purifikasi sendiri dilaksanakan sebelum dilakukannya pemberkasan untuk meninjau kelengkapan berkas penunjang dan ketepatan kodefikasi. Hasil data klaim yang gagal purifikasi akan diperlihatkan bagian-bagian mana yang terjadi kesalahan atau kekurangan yang dikirim dalam aplikasi sistem Vedika oleh pihak BPJS, kemudian petugas Rumah Sakit menyesuaikan misdata tersebut hingga benar. Fenomena ini adalah salah satu penyebab lamanya proses pengklaim dari Rumah Sakit kepada BPJS.

2.6 Validasi Data

Validasi data adalah langkah pemeriksaan untuk memastikan bahwa data tersebut telah sesuai kriteria yang ditetapkan dengan tujuan untuk memastikan bahwa data yang akan dimasukkan ke dalam basis data telah diketahui dan dapat

dijelaskan sumber dan kebenaran datanya. ('Validasi Data SDA 2, No : 002/SOP/SISDA/2011', 2011)

Negara Belanda sudah menggunakan validasi e-klaim sejak 2009. Penyedia layanan kesehatan dan pembayar berinteraksi lewat pusat jalur klaim. Secara operasional, standarisasi dan pengolahan elektronik ber hasil mengurangi beban administrasi pada sistem, mengurangi kesalahan administratif dan memperpendek masa proses klaim dan pembayaran untuk seluruh spektrum penyedia asuransi kesehatan. (Sari, Girsang and Ramadhani, 2019)

2.7 SOP (Standart Operasional Prosedur)

SOP atau standar operasional prosedur merupakan acuan atau dapat dikatakan pedoman baku dalam melaksanakan suatu aktivitas tertentu dapat dikatakan berhasil dan bekerja secara benar apabila semua aktivitas pekerjaannya mengacu pada SOP bidangnya tujuan utama SOP adalah untuk mempermudah setiap proses kerja dan meminimalisir adanya kesalahan di dalam proses pengerjaannya. Sementara manfaat SOP yaitu dapat mempengaruhi bertahan atau tidaknya sebuah perusahaan. SOP dibuat untuk menjalankan setiap pekerjaan agar dapat bekerja dengan efektif dan efisien. (Rifka, 2017:13)

2.8 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 (Permenkes No.11, 2016)

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Depkes RI, 2009)

Rumah sakit merupakan organisasi yang kompleks karena merupakan suatu organisasi padat karya dengan latar belakang pendidikan pekerja yang berbeda-beda yang didalamnya terdapat berbagai macam fasilitas pengobatan, berbagai macam peralatan (Taufan Bramantoro, 2017).

2.9 Rawat Jalan

Pelayanan Rawat Jalan Reguler adalah pemberian pelayanan kesehatan rawat jalan di Rumah Sakit yang diselenggarakan melalui pelayanan dokter spesialis subspecialis (Permenkes No.11, 2016).

Menurut Syarifudin dan Hamidah (2007:72) Rawat jalan adalah pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien bukan dalam bentuk rawat inap (hospitalisasi). Dibandingkan dengan pelayanan rawat inap, pelayanan rawat jalan ini memang tampak berkembang lebih pesat.