

## **BAB 2**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **2. 1 Rumah Sakit**

Menurut (UU RI , 2004) Nomor 44 tahun 2009 tahun 2009 tentang rumah sakit menyatakan bahwa rumah sakit adalah penyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Kewajiban rumah sakit dalam peraturan menteri kesehatan Nomor 4 tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien memutuskan bahwa: Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban: Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien dan menyelenggarakan rekam medis (Permenkes, 2018).

#### **2. 2 Rekam Medis**

Rekam medis menurut PERMENKES NO 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis pasal 1 disebutkan bahwa : Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes, 2008).

#### **2. 3 Sistem Jaminan Sosial**

Menurut UU No 40 , 2004 progam jaminan sosial dibagi menjadi lima macam yaitu :

a. Jaminan Kesehatan

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 dasar kesehatan. Kebersertaan jaminan kesehatan tetap berlaku, paling lama 6 bulan sejak seorang peserta mengalami pemutusan hubungan kerja.

b. Jaminan Kecelakaan kerja

Jaminan kecelakaan kerja diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial. Jaminan kecelakaan kerja diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pelayanan kesehatan dan santunan uang tunai apabila seorang pekerja mengalami kecelakaan kerja atau menderita penyakit akibat kerja.

c. Jaminan Hari Tua

Jaminan hari Tua diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial atau tabungan wajib. Jaminan hari tua diselenggarakan dengan tujuan untuk menjamin agar peserta menerima uang tunai apabila memasuki masa pensiun, mengalami cacat total tetap atau meninggal dunia. Peserta jaminan hari tua adalah peserta yang telah membayar iuran. Pembayaran manfaat jaminan hari tua dapat diberikan

sebagian sampai batas tertentu setelah kepersertaan mencapai minimal 10 tahun

d. Jaminan Pensiun

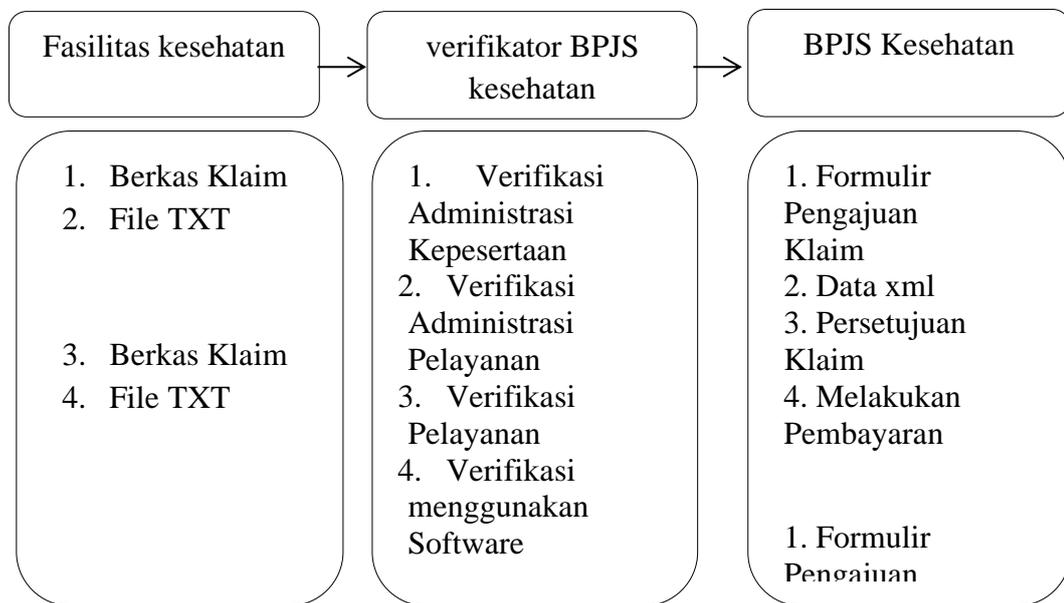
Jaminan pensiun diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial atau tabungan kerja. Jaminan pensiun diselenggarakan untuk mempertahankan derajat kehidupan yang layak pada saat peserta kehilangan atau berkurang penghasilannya karena memasuki usia pensiun atau mengalami cacat total tetap.

e. Jaminan Kematian

Jaminan Kematian diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi nasional. Jaminan kematian diselenggarakan dengan tujuan untuk memberikan santunan kematian yang dibayarkan kepada ahli waris peserta yang meninggal dunia. Peserta jaminan kematian yaitu setiap orang yang telah membayar iuran. Iuran jaminan kematian ditanggung oleh pemberi kerja.

## 2.4 Proses Pengajuan Klaim BPJS

Menurut Menurut Buku petunjuk teknis verifikasi klaim (BPJS Kesehatan, 2014) menerangkan bahwa :



Gambar 2.2 Prosedur Klaim BPJS kesehatan

**Prosedur Klaim BPJS kesehatan ada beberapa tahapan yaitu :**

1. Ada beberapa berkas klim dan file TXT yang harus disiapkan untuk mengajukan proses verifikasi yaitu :
  - a. Berkas klaim rawat jalan yang akan di verifikasi, yaitu :
    - 1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
    - 2) Bukti pelayanan yang mencamtumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
    - 3) Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA CBG diperlukan tambahan bukti pendukung :
      - a) Protocol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus
      - b) Resep alat kesehatan

- c) Tanda terima alat bantu kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak dll)
  - b. Berkas klaim rawat inap yang akan di verifikasi,yaitu:
    - 1) Surat Perintah Rawat Inap (SPRI)
    - 2) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
    - 3) Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA CBG diperlukan tambahan bukti pendukung :
      - a) Protocol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus
      - b) Resep alat kesehatan
      - c) Tanda terima alat bantu kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak dll)
- 2. Fasilitas kesehatan memiliki fasilitator untuk melakukan verifikasi yaitu :
  - a. Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput di aplikasi INA-CBG's dengan berkas pendukung lain.
  - b. Verifikasi Administrasi Pelayanan

Verifikasi administasi pelayanan dalam melakukann administrasi pelayanan ada beberapa berkas yang harus dicocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan. Berkas yang harus disesuaikan sebagai berikut :

    - 1) Surat Perintah Rawat Inap (SPRI)
    - 2) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)

- ii. Resume medis yang mencantumkan diagnosa dan tindakan serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).
  - iii. Bukti penunjang dan pendukung lain
- c. Verifikasi Pelayanan

Dalam tahap ini ada beberapa hal harus diperhatikan verifikator adalah :

- 1) Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnose dan prosedur pada tagihan dengan kode *International statistical Classification of Diseases and Related Health Problem* 10 (ICD 10) dan ICD 9 CM.
- 2) 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.
- 3) Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari (One Day Care/Surgery) termasuk rawat jalan
- 4) Episode rawat Inap adalah satu rangkaian pelayanan jika pasien mendapatkan perawatan > 6 jam di rumah sakit atau jika pasien telah mendapatkan fasilitas rawat inap (bangsal/ruang rawat inap dan/atau ruang perawatan intensif) walaupun lama perawatan kurang dari 6 jam, dan secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap.
- 5) 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.

- 6) 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.-) .
- 7) Untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi (rehab medik, kemoterapi, radioterapi) dirawat jalan dapat menggunakan kode “Z” sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder.
- 8) 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.
- 9) Beberapa diagnosis yang seharusnya dikode jadi satu, tetapi dikode terpisah

d. Verifikasi menggunakan software terdiri dari :

- 1) Purifikasi data

Berfungsi untuk melakukan validasi output INA-CBG’S yang ditagihkam rumah sakit terhadap data penerbitan SEP

- 2) Melakukan Proses verifikasi administrasi

Verifikator mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dan hasil entry rumah sakit.

- 3) Setelah proses verifikasi administrasi maka verifikator dapat melihat status klaim yang layak secara administri, tidak layak secara administrasi dan pending

- 4) Proses verifikasi lanjutan dilakukan dengan disiplin dan berurutan
  - 5) Finalisasi klaim.
  - 6) Verifikator dapat melihat klaim dengan status pending.
  - 7) Umpan balik pelayanan.
  - 8) Kirim file.
3. BPJS menerima formulir pengajuan klaim,data txt,persetujuan klaim dan melakukan pembayaran.

## **2. 5 Permasalahan dalam proses klaim**

Menurut buku Manajemen Informasi Kesehatan V tahun 2018 (Kesehatan, 2018) Penggantian biaya pada pelayanan kesehatan dari perusahaan asuransi atau penanggung jawab pembiayaan pasien merupakan aliran dana konstan yang dapat diandalkan. Penggantian biaya hanya terjadi jika klaim diajukan segera dan pihak pembayar menyetujui klaim tersebut. Keterlambatan pembayaran klaim dapat menyebabkan fasilitas kesehatan untuk mencari sumber pendapatan sementara, seperti pinjaman bank yang disebut kredit revolving, sampai klaim diganti. Kesalahan pada klaim dapat terjadi walaupun mungkin pegawai sudah bekerja bertahun-tahun dan berpengalaman, kesalahan tersebut umumnya yaitu :

### *1. Assumption Coding*

Hal ini terjadi ketika spesialis asuransi kesehatan mengasumsikan bahwa penyedia layanan kesehatan memberikan perawatan standar kepada pasien yang didiagnosis menderita penyakit rutin padahal sebenarnya petugas kesehatan tidak melakukannya. Kesalahan ini secara otomatis menahan

penggantian sampai penyedia layanan kesehatan melengkapi dokumen pendukung.

### 2. *Truncated Coding*

*Truncated coding* terjadi saat klaim mengandung kode diagnosis yang tidak pada tingkat spesifisitas tertinggi. Seperti ada tiga tingkat kode diagnosis: manifestasi, episode perawatan, dan lokasi kejadian.

### 3. *Mismatch Coding*

Hal ini terjadi ketika ada kejanggalan klaim. Contohnya pada kode diagnosis histerektomi tercatat jenis kelaminnya laki-laki.

### 4. *Improper Documentation/ Dokumentasi Yang Tidak Semestinya*

Dokumentasi yang diajukan dengan klaim yang tidak akurat atau tidak lengkap. klaim ditolak atau penggantian dihentikan sampai dokumentasi yang benar diajukan ke pembayar pihak ketiga

### 5. *Reconstructing Documentation*

Terjadi saat dokumentasi pendukung dibuat ulang atau dokumentasi yang ada diubah untuk mendukung klaim yang diajukan ke pembayar pihak ketiga. Mengubah dokumen adalah hal yang tidak dibenarkan dan penyedia layanan kesehatan dapat dihadapkan pada tuntutan penipuan perdata maupun pidana.

### 6. Ketidapatuhan (*Noncompliance*)

Saat pengajuan klaim, kita harus mematuhi kebijakan pembayar pihak ketiga; Jika tidak, penggantian akan ditolak. Katakanlah bahwa dua dokter dari praktik medis yang sama memeriksa pasien yang sama pada hari yang

sama di rumah sakit - pagi dan siang lainnya. Hanya satu di antaranya yang akan diganti untuk pemeriksaan. klaim akan ditolak jika keduanya meminta penggantian.

#### *7. Preapproval*

Pembayar pihak ketiga memerlukan preapproval sebelum petugas kesehatan melakukan prosedur medis tertentu. Klaim akan ditolak jika prosedur dilakukan tanpa persetujuan dari pihak ketiga pembayar. Penyedia layanan kesehatan dapat melakukan prosedur sebelum meminta persetujuan, namun hal ini *gambling* karena tidak pasti pembayar pihak ketiga pada akhirnya akan menyetujui prosedur tersebut atau tidak.

#### *8. Up coding/ Down coding*

Up coding terjadi saat klaim berisi kode prosedur diganti dengan tarif lebih tinggi daripada prosedur yang benar-benar dilakukan pada pasien. up coding menghadapkan penyedia layanan kesehatan ke penyelidikan dan risiko dituduh melakukan kecurangan. Sebaliknya down coding adalah saat klaim berisi kode prosedur yang diganti dengan tarif lebih rendah daripada prosedur yang benar-benar dilakukan pada pasien.

#### *9. Unbundling*

Menagihkan beberapa prosedur secara terpisah yang seharusnya dapat ditagihkan bersama dalam bentuk paket pelayanan, untuk mendapatkan nilai klaim lebih besar pada satu episode perawatan pasien Klaim penagihan sering ditolak karena kesalahan yang bahkan dibuat oleh petugas yang sudah senior saat mereka terburu-buru mengajukan klaim kepada pembayar

pihak ketiga. Kesalahan biasanya disebabkan oleh kegagalan untuk mengecek klaim sebelum mengajukannya.