

## BAB 2 KAJIAN PUSTAKA

### 2.1 Tinjauan Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia (UU RI) Nomor 44 Tahun 2009, tentang rumah sakit dimana menyatakan bahwa rumah sakit adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Fungsi rumah sakit antara lain yaitu penyelenggaraan pelayanan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis, dan penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan, penyelenggaraan penelitian dan pengembangan teknologi bidang kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

### 2.2 Tinjauan BPJS Kesehatan

Sesuai amanat Undang-Undang (UU) Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS), BPJS Kesehatan sebagai Badan Penyelenggara merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi seluruh rakyat Indonesia, diamanatkan untuk mengembangkan sistem pelayanan

kesehatan, sistem kendali mutu dan kendali biaya, serta sistem pembayaran pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif guna tercapainya sustainabilitas program JKN (BPJS Kesehatan, 2018:01).

### 2.3 Tinjauan Prosedur Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan

Prosedur klaim BPJS Kesehatan melalui beberapa tahapan, yaitu :

1. Fasilitas Kesehatan menyiapkan berkas klaim dan file *xml* Berkas Klaim yang disiapkan, berupa :
  - a. SEP (Surat Eligibilitas Peserta)
  - b. Surat keterangan medis
  - c. Bukti biaya kesehatan
  - d. Resep alat kesehatan (bila ada)
  - e. Hasil pemeriksaan penunjang (bila ada)
  - f. Berkas klaim individual pasien

Aplikasi INA CBG's yang digunakan di rumah sakit untuk memproses klaim BPJS Kesehatan menggunakan E-Klaim INA-CBG's Versi 5.2, Petugas PMIK yang berperan sebagai koder akan *menentry* data pasien BPJS Kesehatan secara *online* langsung terhubung ke *server* Pusat Data Kementerian Kesehatan dan *up date*.
2. Setiap Fasilitas kesehatan memiliki verifikator BPJS, yang akan melakukan:
  - a. Verifikasi administrasi kepesertaan

Verifikator akan meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara SEP dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA-CBG's.

b. Verifikasi administrasi pelayanan

Verifikator mencocokkan kesesuaian antara pelayanan yang dicantumkan dalam berkas klaim (diagnosa, data penunjang pelayanan, tindakan) termasuk keabsahan klaim, bila ditemukan ketidaksesuaian maka berkas klaim dikembalikan ke RS untuk dilengkapi.

Contohnya yaitu kesesuaian spesialisasi DPJP dengan diagnosa penyakit yang ditangani. Seperti pada tindakan operasi fraktur of femur, maka verifikator perlu mengecek ulang apakah tindakan yang dilakukan dengan data yang ada di rekam medis sesuai, dan DPJP yang menangani adalah dokter spesialis bedah. Apabila ditemukan ketidakcocokan, maka klaim akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi.

c. Verifikasi pelayanan

Verifikator 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 *softcopy*), ketentuan coding mengikuti panduan yang terdapat pada JUKNIS INA-CBG's, episode pelayanan rawat jalan meliputi konsultasi, pemeriksaan penunjang, obat yang diberikan pada hari yang sama, pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari atau pelayanan bedah sehari termasuk episode rawat jalan, episode pelayanan rawat inap merupakan rangkaian pelayanan perawatan > 6 jam di rumah sakit, kasus special CMGs disertai dengan bukti pendukungnya.

d. Verifikasi menggunakan *software* INA-CBG's, terdiri dari:

1.) Purifikasi data

Berfungsi untuk melakukan validasi *output* INA-CBG's yang ditagihkan 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 selesai maka verifikator dapat

melihat status klaim yang layak secara administrasi, tidak layak secara administrasi dan *pending*.

4.) Proses verifikasi lanjutan dilakukan dengan disiplin dan berurutan

untuk menghindari terjadi *error* verifikasi dan potensi *double* klaim.

5.) Finalisasi klaim.

6.) Verifikator dapat melihat klaim dengan status *pending*.

7.) Umpan Balik pelayanan.

8.) Kirim file.

3. BPJS Kesehatan, akan menerima formulir pengajuan klaim, data *txt*, persetujuan klaim dan melakukan pembayaran.

Prosedur klaim ini sangat berpengaruh pada penentuan status klaim yang masuk ke BPJS Kesehatan. Apabila klaim lengkap dan benar maka klaim akan diterima oleh BPJS Kesehatan. Sebaliknya, apabila klaim ditemukan adanya kesalahan maka akan dikembalikan (*pending*) ke Rumah Sakit untuk melengkapinya kembali.

#### 2.4 Tinjauan Kesalahan Dalam Proses Klaim

Berdasarkan buku Manajemen Informasi Kesehatan V (2018) ada beberapa kesalahan dalam proses penggantian biaya pelayanan kesehatan dari perusahaan asuransi atau penanggung jawab pembiayaan pasien merupakan aliran dana konstan yang dapat diandalkan. Penggantian biaya tidak dibayarkan bila asuransi menolak klaim atau memunda pemrosesannya. Umumnya kesalahan koding dan *billing* adalah alasan utama mengapa hal ini terjadi. Terkadang beberapa kesalahan yang seharusnya tidak terjadi menyebabkan perusahaan asuransi menahan penggantian sampai penyedia layanan kesehatan mengajukan klaim yang benar.

Tanggungjawab spesialis asuransi kesehatan adalah untuk menjaga penggantian biaya berjalan dengan konstan dengan memastikan bahwa semua klaim bebas dari kesalahan sebelum klaim dikirim ke perusahaan asuransi untuk diproses. Kesalahan pada klaim tagihan maupun pengkodean memiliki dampak luas karena kesalahan tersebut dapat mengganggu arus kas yang masuk ke dana operasional. Penggantian biaya adalah sumber pendapatan utama meskipun jumlah yang diterima relatif kecil.

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. Banyak fasilitas kesehatan mengembangkan arus kas dari penggantian klaim yang diajukan sebelumnya sampai pada waktunya untuk menutupi biaya yang

dikeluarkan untuk memberikan layanan kesehatan kepada pasien saat ini. Namun, aliran uang tunai ini dapat dengan mudah terganggu jika klaim tidak disiapkan dan diajukan dengan benar. Oleh karena itu, sangat penting bagi spesialis asuransi kesehatan memeriksa dengan cermat setiap klaim atas kesalahan umum sebelum mengirimkannya untuk diproses oleh pembayar pihak ketiga (BPJS Kesehatan).

Hubungan pasien juga berdampak negatif saat klaim ditolak. Walaupun pasien menandatangani surat pernyataan bahwa dia akan membayar biaya yang tidak dicover oleh perusahaan asuransi, namun kebanyakan pasien mengharapkan untuk tidak membayar selisih biaya tersebut. Perusahaan asuransi harus memberitahukan pasien saat sebuah klaim ditolak sehingga pasien tersebut percaya bahwa dia bertanggung jawab atas biaya pengobatan tambahan yang mungkin besar jumlahnya. Selain mempengaruhi arus kas di fasilitas kesehatan dan hubungan dengan pasien, kesalahan pada klaim dan pengkodean dapat menyebabkan penyelidikan oleh regulator atau lembaga penegak hukum. Kesalahan pada klaim tersebut bisa saja dianggap sebagai bukti kemungkinan kecurangan. Tugas penyidik adalah untuk memeriksa catatan pada rekam medis di fasilitas kesehatan untuk menentukan apakah ini adalah kesalahan yang disengaja atau tidak.

Selama penyelidikan, penyidik memeriksa klaim tersebut dan klaim lainnya untuk memutuskan apakah ada pola kecurangan. Bahkan jika tidak ada kecurangan, penyidik mungkin menemukan ketidakcocokan yang menyebabkan klaim ditolak. Tidak semua kesalahan klaim bisa dieliminasi. Namun, dengan mengenali kesalahan umum, kita dapat mengambil langkah untuk menghindarinya

sehingga dapat memastikan bahwa arus kas di fasilitas kesehatan tidak perlu terganggu. 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*

Hal ini 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*

Yaitu 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*

Ini 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. Ketidakpatuhan (*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. Inilah yang paling umum :

##### 1. Kesalahan tipografi (*Typographical errors*)

Kesalahan pengetikan menghasilkan informasi yang salah yang muncul pada klaim. Petugas perlu meluangkan waktu untuk mengoreksi klaim, mengidentifikasi dan kemudian memperbaiki kesalahannya.

##### 2. Kelalaian (*Omissions*)

Gagal memasukkan informasi dasar tentang klaim menyebabkan pembayar pihak ketiga segera menolak klaim tersebut. Pastikan klaim memiliki kode prosedur, kode diagnosis, tanggal layanan, nomor pasien, nomor identifikasi pajak perusahaan, polis dan nama pasien yang dieja dengan benar.

##### 3. Identifikasi dokumen pendukung (*Identification on support documents*)

Setiap dokumen yang diajukan untuk mendukung klaim tersebut harus memiliki nama lengkap dan nomor yang benar dari pemegang polis.

##### 4. Formulir klaim yang utuh (*Intact claim form*)

Informasi yang muncul dalam area klaim harus tercetak dengan benar dan

*barcode* pada formulir klaim tidak boleh terhalang. *Staples* yang menghalangi *barcode* menjadi penghambat mengapa alat pembaca *barcode* tidak dapat membaca formulir klaim dengan benar.

Apa pun yang mencurigakan tentang klaim atau serangkaian klaim yang melibatkan penyedia layanan kesehatan dapat menyebabkan perusahaan asuransi menyerahkan masalahnya kepada penyidik. Setiap perusahaan asuransi memiliki alasan tersendiri yang mendorong pihak pembayar tersebut meminta penyelidikan. Namun, berikut adalah beberapa yang pasti akan menarik perhatian petugas asuransi :

1. Prosedur tidak terdokumentasi.

Prosedur yang muncul pada klaim harus memiliki dokumentasi pendukung. Selanjutnya, dokumentasi harus memberikan alasan pemberian perawatan ataupun tindakan. Dokumentasi pendukung yang hilang mungkin menyebabkan perusahaan asuransi mempertanyakan apakah pasien tersebut menerima prosedur atau tidak.

2. Penagihan ganda.

Setiap item pada klaim harus sesuai dengan perlakuan yang diterima oleh pasien. Setiap item yang muncul lebih dari satu kali pada klaim perlu dijelaskan; kalau tidak, perusahaan asuransi mungkin menganggapnya sebagai penagihan ganda.

3. Prosedur yang tidak perlu.

Setiap prosedur harus dibenarkan oleh diagnosis pasien sesuai dengan praktik medis yang berlaku umum. Bila penyedia layanan kesehatan

melakukan prosedur yang biasanya tidak dilakukan berdasarkan diagnosis pasien, maka harus menyertakan alasan dilakukannya prosedur tersebut. Gagal memasukkan alasan atas klaim tersebut, dapat menyebabkan perusahaan asuransi mencurigai bahwa prosedur yang dilakukan hanya dilakukan untuk meningkatkan penggantian biaya.

### 2.5 Tinjauan Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya *Pending Claim*

Berdasarkan *Website Jaminan Kesehatan* (2019) saat ini rumah sakit yang bekerjasama dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) banyak mengalami permasalahan klaim pelayanan kesehatan. Penyebab utama dari permasalahan tersebut yaitu perbedaan persepsi antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan sehingga terjadi *pending claim (dispute claim)*. *Pending claim* yang paling banyak terjadi, disebabkan oleh 3 hal yaitu coding, klinis, dan administrasi. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Laela Indrawati (2019) bahwa pengembalian klaim rawat inap dibagi 4 kategori, yaitu :

1. Perbaikan administrasi : hasil verifikasi menunjukkan ada ketidaksesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang *disput* dalam aplikasi INA-CBG's.
2. Pinjam status : peminjaman dokumen yang ada didalam rekam medis untuk keperluan verifikasi.
3. Konfirmasi coding : verifikasi melihat ada ketidaksesuaian coding yang dibuat dengan diagnosis dan hasil pemeriksaan yang ada di berkas klaim rawat inap.

4. Kelengkapan resume : pengembalian berkas untuk dilengkapi kembali resume medis dengan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Dari 4 kategori tersebut, 36% dari total klaim rawat inap yang dikembalikan oleh verifikator rawat inap adalah pengembalian untuk konfirmasi coding. Penyebab pengembalian klaim tersebut diantaranya ketidaktepatan penentuan kode oleh koder, kurang pemeriksaan penunjang pendukung diagnosis, ketidaksesuaian dengan Permenkes RI No. 27 tahun 2014 Petunjuk Teknis *Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's)* tentang aturan reseleksi diagnosis, Rule MB dan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016 (Konsensus).

Selain itu, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ayu Nadya Kusumawati dan Pujiyanto tahun 2020 bahwa penyebab klaim *pending* yang masuk ke unit JKN dan Pengembangan Pelayanan terbagi menjadi empat, yaitu kesalahan dalam proses coding, kesalahan dalam proses *input*, kesalahan penempatan diagnosis, dan ketidaklengkapan resume medis. Hal tersebut sebagian disebabkan oleh *human error* petugas rumah sakit. Oleh karena itu, sistem verifikasi yang baik sebelum penyerahan kepada BPJS Kesehatan sangat diperlukan sebagai saringan untuk menghindari terjadinya klaim *pending*.