

## **BAB 2**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **2.1 Pengertian Asuransi**

Asuransi adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, yang mana pihak penanggung mengikatkan diri pada tertanggung, dengan menerima premi asuransi untuk memberikan penggantian pada tertanggung jika mengalami kerugian, kerusakan atau kehilangan, peristiwa yang tidak pasti, hingga kematian kepada seseorang yang dipertanggungkan (Undang-Undang 2, 1999).

Terdapat beberapa asuransi umum yang digunakan di Inodnesia antara lain:

- a Asuransi Sosial: Asuransi sosial merupakan bagian dari kewajiban pemerintah dalam undang-undang dimana pemerintah memberikan jaminan dasar bagi masyarakat tanpa mempertimbangkan kepentingan untuk memperoleh keuntungan komersial.
- b Asuransi Jiwa: Asuransi ini yang meliputi risiko kecelakaan yang mungkin dapat terjadi kepada siapapun dan tidak dapat dipastikan, risiko hari tua yang sudah pasti akan terjadi meskipun itu dalam waktu jangka yang lama, dan risiko kematian yang pasti terjadi meski waktunya tidak bisa diketahui dan dapat terjadi sewaktu-waktu.
- c Asuransi Kerugian : Asuransi kerugian merupakan asuransi yang memiliki resiko untuk terjadinya kerugian, yaitu asuransi terhadap kecelakaan atau kesehatan, asuransi kepentingan keuangan, asuransi tanggung jawab hukum, dan asuransi harta benda yang berupa properti maupun kendaraan (Undang-Undang 2, 1999).

## **2.2 Pengertian Klaim**

Klaim adalah perjanjian satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan, agar hak nya terpenuhi. Satu dari dua pihak yang melakukan perjanjian tersebut akan mengajukan klaimnya kepada pihak lainnya sesuai dengan perjanjian yang disepakati bersama oleh kedua pihak (Ilyas, 2003).

Pada manajemen klaim terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan, antara lain:

1. Adanya dua belah pihak yang telah melakukan perjanjian. Hal ini memberikan gambaran jelas siapa yang memiliki hak serta kewajiban.
2. Adanya perjanjian yang resmi antara kedua pihak terhadap perjanjian yang mereka sepakati bersama. Ikatan tersebut meliputi saling percaya, saling mengikat secara etis, dan secara hukum.
3. Adanya Informed Consent yang artinya kedua pihak memahami aspek yang telah mengikat mereka.
4. Didokumentasikan. Dokumentasi dari pernyataan ikatan antara kedua pihak digunakan untuk menghindari kemungkinan terjadinya pengingkaran oleh salah satu pihak, bisa disengaja atau tidak disengaja. Biasanya bentuk perjanjian ini berupa sertifikat polis yang berhubungan dengan kewajiban dan tanggung jawab dari kedua belah pihak secara tertulis (Ilyas, 2003).

## **2.3 Progam Jaminan Kesehatan**

Pemerintah berdasarkan Undang-Undang No. 40 tahun 2004 mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) untuk mewujudkan kesejahteraan bagi seluruh rakyat Indonesia. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia adalah bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang

diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh masyarakat Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi. Adanya perlindungan asuransi ini dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan bagi masyarakat Indonesia. Perlindungan ini diberikan kepada masyarakat yang membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Undang-Undang No. 40, 2004).

Terdapat 2 (dua) jenis pelayanan yang diperoleh oleh peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yakni pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Pelayanan kesehatan terdiri dari pelayanan promotif; preventif, kuratif, dan rehabilitative (BPJS, 2013).

#### **2.4 Mekanisme Pembayaran Klaim BPJS**

Mekanisme pembayaran klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) tercantum pada Permenkes No 69 Tahun 2013. Berikut adalah mekanisme pembayaran klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) :

1. Mekanisme Pembayaran Iuran
  - a Proses pembayaran iuran peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan disesuaikan dengan kepesertaan yang terdaftar di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan.
  - b Iuran bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dibayarkan oleh pemerintah pusat melalui kementerian kesehatan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan.
  - c Iuran bagi peserta yang didaftarkan oleh pemerintah daerah dibayarkan oleh pemerintah daerah dengan besaran iuran minimum sama dengan besar iuran untuk peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI).

d Iuran jaminan kesehatan bagi peserta pekerja penerima upah dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) Pemberi kerja mengambil iuran dari pekerja dan membayar iuran yang menjadi tanggung jawab pemberi kerja kemudian iuran disetorkan ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan.
- 2) Pemerintah pusat dan pemerintah daerah sebagai pemberi kerja menyetorkan iuran kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan melalui rekening kas negara dengan tata cara pengaturan penyetoran dari kas negara kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan yang telah diatur oleh kementerian keuangan.
- 3) Iuran bagi peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja yaitu iuran yang dibayarkan oleh peserta sendiri kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sesuai dengan kelas perawatan yang diinginkan.
- 4) Iuran bagi penerima pensiun, veteran, dan perintis kemerdekaan dimana iuran tersebut dibayar oleh pemerintah kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan.

## 2. Mekanisme pembayaran ke fasilitas kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan akan membayar kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dengan system kapitasi dan non kapitasi. Untuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKRTL), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan akan membayar

dengan sistem paket Indonesia Case Based Group (INA CBG's) dan di luar paket Indonesia Case Based Group (INA CBG's).

3. Mekanisme Pembayaran Case Based Group (INA CBG's)

Pembayaran dengan menggunakan sistem Indonesia Case Based Group (INA CBG's) terhadap Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKRTL) berdasarkan pada pengajuan klaim dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKRTL) baik untuk pelayanan rawat jalan atau untuk pelayanan rawat inap. Klaim Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKRTL) dibayarkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan paling lambat 15 hari setelah berkas klaim yang diterima telah dinyatakan lengkap. Pengaturan lebih lanjut tentang sistem paket Indonesia Case Based Group (INA CBG's) di atur lebih lanjut dalam petunjuk teknis Indonesia Case Based Group (INA CBG's).

4. Mekanisme Pembayaran di luar paket Indonesia Case Based Group (INA CBG's)

Pembayaran di luar paket Indonesia Case Based Group (INA CBG's) terhadap Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKRTL) berdasarkan pada ketentuan Menteri Kesehatan.

## **2.5 Syarat dan Verifikasi Klaim BPJS**

Ruang lingkup verifikasi klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan terdiri dari verifikasi administrasi klaim dan verifikasi pelayanan kesehatan. Berdasarkan petunjuk panduan praktis teknis verifikasi klaim:

1. Verifikasi Administrasi Klaim

Dalam verifikasi administrasi, klaim mencakup 2 (dua) hal pokok yaitu berkas klaim yang akan diverifikasi dan tahap verifikasi administrasi klaim. Berkas klaim yang akan diverifikasi untuk rawat jalan meliputi Surat Eligibilitas Peserta (SEP), yaitu bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), protokol terapi dan regimen) obat khusus, resep alat kesehatan, tanda terima alat kesehatan. Sedangkan berkas klaim yang akan diverifikasi untuk rawat inap adalah surat perintah rawat inap, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), laporan operasi (jika diperlukan), protokol terapi dan regimen (obat khusus, resep alat kesehatan, tanda terima alat kesehatan (alat bantu gerak, collarneck, corset, dll), berkas pendukung lain yang diperlukan. Adapun tahap verifikasi administrasi klaim yaitu meliputi:

- a Verifikasi Administrasi Kepesertaan: Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data yang diinput dalam aplikasi Indonesia Case Based Group (INA CBG's) dengan berkas pendukung lainnya.
- b Verifikasi Administrasi Pelayanan: Pada verifikasi administrasi yang harus diperhatikan adalah :
  - 1) Untuk kode Indonesia Case Based Group (INA CBG's) severity level III pastikan terdapat pengesahan dari komite medik.

- 2) Kesesuaian spesialisasi Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dengan diagnosa. Sebagai contoh, pasien dengan diagnosa jantung namun Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) nya adalah spesialis mata, lakukan pengecekan ke resume medis atau poli.
- 3) Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator. Kesesuaian antara tipe rumah sakit dan kompetensi dokter di rumah sakit tersebut, misalnya: tindakan kraniotomi yang dilakukan di Rumah Sakit Type D, Tindakan CABG yang dilakukan di Rumah Sakit yang perlu dilakukan pengecekan lebih lanjut. Koding yang ditentukan koder tidak terpisah. Contoh : Diabetes Melitus with Nephrophaty menjadi Diabetes Melitus (Diagnosa Primer) dan Nephrophaty (Diagnosa Sekunder) perhatikan readmisi untuk diagnosa penyakit yang sama, jika pasien masuk dengan diagnosa yang sama lakukan pengecekan dengan riwayat pulang rawat pada episode yang lalu, apakah pada episode rawat yang lalu pasien pulang dalam keadaan sembuh atau pulang dalam keadaan pulang paksa, ataupun dirujuk. Jika pasien telah dipulangkan dalam keadaan pulang paksa maka episode rawat pada readmisi merupakan kelanjutan dari pembiayaan penyakit yang sama.
- 4) Pada kasus spesial Casemix Main Group (CMGs), alat kesehatan dengan prosedur operasi di pastikan kesesuaian tagihan dengan resumemedis, billing rumah sakit dan laporan operasi. Diluar prosedur operasi: pastikan kesesuaian tagihan dengan resume medis, billing rumah sakit, resepatat kesehatan, bukti tanda terima alat kesehatan. Pada kasus spesial obat,

pastikan kesesuaian antara tagihan dengan resume medis, billing dan regimen (jadwal dan rencana pemberian obat).

## 2. Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Hal-hal yang harus menjadi perhatian adalah:

- a Tingkat keparahan (severity level) sesuai dengan tipe dan kompetensi rumah sakit.
- b Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM.
- c Kasus spesial Casemix Main Group (CMGs):
  - 1) Spesial obat: steptokinase, deferiprone, deferoksamin, deferasirox, human albumin.
  - 2) Spesial prosedur, contoh: Tumor pineal-endoscopy, pancreatectomy dll. Diperlukan surat keterangan dokter sebagai keterangan/laporan operasi untuk spesial prosedur yang dilakukan.
  - 3) Spesial investigations: other Computerized Tomography (CT Scan), Nuclear Medicine, Magnetic Resonance Imaging (MRI), diagnostic and prosedur imaging on eye. Kasus yang mendapatkan spesial investigation telah dilengkapi bukti pelayanan penunjang sebelumnya, seperti : MRI dilakukan setelah ada hasil X-ray dan Computerized Tomography (CT Scan), dan sebagainya (BPJS, 2014).

Dalam klaim pembayaran kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan yang telah selesai diberikan maka fasilitas kesehatan perlu memperhatikan bagaimana proses verifikasi dilakukan oleh Badan Penyelenggara

Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan. Proses verifikasi dilakukan melalui beberapa tahap, antara lain dengan melakukan pemeriksaan berkas dan melakukan konfirmasi. Pemeriksaan berkas sendiri merupakan pemeriksaan akan kelengkapan berkas, isian dalam berkas dan biaya yang diajukan. Sedangkan untuk verifikasi melalui konfirmasi akan dilakukan jika ada temuan khusus yang perlu dijelaskan.

Pemeriksaan berkas, meliputi kelengkapan berkas, isi berkas dan biaya yang akan diajukan. Berkas yang diperiksa meliputi:

- a) Surat Eligibilitas Peserta
- b) Dilegalisasi petugas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan
- c) Nomor Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
- d) Identitas yang tertera di Surat Eligibilitas Peserta (SEP) (No. Kartu, Nama, Tgl Lahir, No. MR, Poli Tujuan/ Ruang Perawatan) bandingkan data di Surat Eligibilitas Peserta (SEP), lembar kerja dan berkas pendukung. Data di Surat Eligibilitas Peserta (SEP) harus sama dengan data di lembar kerja dan data di berkas pendukung
- e) Pastikan untuk rawat jalan melampirkan bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP).
- f) Pemeriksaan biaya pelayanan kesehatan yang dientry serta kesesuaian dengan kode Indonesia Case Based Group (INACBGs) yang dihasilkan untuk menghindari diagnosis dengan biaya mahal dan kemungkinan penagihan

berulang atau disebut double. Hal ini dilakukan untuk memperoleh bukti atau mendapatkan informasi atas klaim yang diajukan, antara lain:

Konfirmasi administrasi pelayanan yaitu melakukan konfirmasi kepada coder dengan meminta bukti pendukung yang diperlukan, diagnosis primer maupun sekunder dan prosedur yang ada di dalam resume medis pasien.

Konfirmasi administrasi klaim adalah konfirmasi administrasi bukti-bukti spesial Casemix Main Group (CMG). Dalam langkah-langkah konfirmasi tersebut adalah, jika tidak didapatkan adanya bukti-bukti maka klaim dikembalikan kepada petugas klaim rumah sakit untuk dilengkapi atau diperbaiki (BPJS, 2014).

## **2.6 Jenis Program Jaminan Kesehatan Nasional**

Berdasarkan Undang-Undang 40 Tahun 2004 meliputi: :

1. Jaminan Kesehatan adalah suatu program Pemerintah dan masyarakat/rakyat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat.
2. Jaminan Kecelakaan Kerja adalah suatu program pemerintah dan pemberi kerja dengan tujuan memberikan kepastian jaminan pelayanan dan santunan apabila tenaga kerja mengalami kecelakaan saat menuju, menunaikan dan selesai menunaikan tugas pekerjaan dan berbagai penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan
3. Jaminan Hari Tua adalah program jangka panjang yang diberikan secara sekaligus sebelum peserta memasuki masa pensiun, bisa diterimakan kepada

janda/duda, anak atau ahli waris peserta yang sah apabila peserta meninggal dunia

4. Jaminan Pensiun adalah pembayaran berkala jangka panjang sebagai substitusi dari penurunan/hilangnya penghasilan karena peserta mencapai usia tua (pensiun), mengalami cacat total permanen, atau meninggal dunia.
5. Jaminan Kematian Definisi Jaminan Kematian (JK) tidak dijelaskan secara tegas baik dalam UU Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) maupun dalam naskah akademik (Undang-Undang No. 40, 2004).

## **2.7 Kendala Dalam Pengajuan Berkas Klaim BPJS**

Sebelum pandemi Ditemukan bahwa ada 5 akar masalah penyebab keterlambatan berkas verifikasi ke IJP ialah sebagai berikut:

1. belum ada reward and punishment bagi dokter penanggungjawab yang tidak melengkapi rekam medis 1x24 jam.
2. belum ada umpan balik secara rutin dari IJP mengenai kepatuhan pengembalian berkas verifikasi 2x24 jam.
3. belum ada SOP mengenai tata cara pengembalian berkas verifikasi ke IJP.
4. belum ada kebijakan reward and punishment bagi unit yang belum menginput data 100% pada SIM-RS.
5. belum meminta kepada tim SIM-RS untuk membuat program yang dapat mengetahui data pasien KRS setiap hari yang terhubung ke IJP (Aditya Pradani et al., 2017).

Selama masa pandemi ditemukan beberapa kendala sebagai berikut :

- a. Beberapa hal yang belum terakomodir dalam penjelasan antara lain kasus bayi baru lahir pada ibu dengan status suspek, terkonfirmasi atau probable, tidak ada penjelasan rinci mengenai penyakit komorbid dan koinsiden.
- b. Keterlambatan pembayaran klaim yang sudah sesuai.
- c. Tingginya kasus klaim dispute dikarenakan hal yang bersifat administratif, seperti permasalahan NIK/ identitas pasien, dokumen klaim yang tidak lengkap, resume medis tidak lengkap.
- d. Kendala yang ditemui dalam penyelesaian klaim dispute antara lain; ketidaksiapan aplikasi dispute dan jumlah verifikator klaim dispute yang terbatas (Ambarwati, 2021).

## **2.8 Klaim Ditolak**

Klaim ditolak menandakan tidak akan ada pembayaran untuk klaim tersebut umumnya klaim tersebut terdapat kesalahan dalam billing atau pengkodean ataupun masalah lainnya (Cochran, 2013). Sedangkan berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Sodzi-Tetty et al., 2012) bahwa penolakan klaim perlu dibagi menjadi dua yaitu penolakan klaim total dan penolakan klaim sebagian (parsial). Penolakan klaim total ditandai dengan tidak sedikit pun biaya klaim yang diajukan dibayarkan hal ini dapat disebabkan oleh tidak ada bukti pelayanan yang diajukan dan klien yang tidak elegibel karena kartu asuransi kesehatan nasional kadaluarsa atau nomor asuransi yang tidak dikenali oleh provider. Untuk penolakan klaim parsial bisa disebut juga sebagai pemotongan atau pengurangan biaya klaim. Hal tersebut dapat terjadi karena obat yang

digunakan tidak sesuai dengan yang ada didaftar obat, biaya obat yang dilebihkan dan salah mengutip diagnosa.

Selain itu, menurut (Cochran, 2013) didalam bukunya, didapatkan bahwa penyebab penolakan klaim dapat disebabkan oleh beberapa hal, yaitu sebagai berikut:

1. Klaim ditolak karena front–end errors terbagi menjadi beberapa contoh kesalahan yaitu :
  - a. Format : beberapa informasi harus dipenuhi sesuai dengan kebutuhan formulir klaim; tidak ditemukan nomer ID provider serta provider yang tidak valid artinya provider tidak tersedia dalam sistem.
  - b. Penulisan informasi yang salah seperti nomer ID peserta yang salah serta nomor ID provider yang salah, informasi asuransi yang salah, ditagihkan berdasarkan kelas finansial yang salah, serta tanggal lahir maupun jenis kelamin pasien yang salah .
  - c. Permasalahan lainnya : tidak menyerahkan bukti visit, tidak adanya persetujuan (beberapa pelayanan membutuhkan persetujuan), klaim tidak diajukan sesuai dengan batas waktunya.
2. Klaim yang ditolak karena kesalahan pada billing dan coding. Hal ini juga sesuai dengan yang diungkapkan oleh (Ernawati et al., 2013) bahwa salah satu faktor penting yang menentukan suatu klaim ditolak atau diterima adalah akurasi pengkodean diagnosis dan tindakan pada dokumen rekam medis. Apabila terdapat kesalahan dalam melakukan pengkodean maka akan mempengaruhi kode DRG kasus dan akan mempengaruhi biaya pengajuan

klaim. Berikut beberapa contoh kasus kesalahan pada billing dan coding menurut (Cochran, 2013) yaitu :

- a. Ketika sepasang kode tindakan yang diberikan tidak bisa dilakukan pada sesi yang bersamaan oleh dokter karena pelayanan tersebut merupakan pelayanan yang sama sehingga salah satunya tidak dibutuhkan.
- b. Kode tambahan tidak ada : biasanya kode primer harus dilengkapi dengan kode tambahan.
- c. Bukan diagnosis primer : diagnosis tidak dapat dicantumkan sebagai diagnosis tunggal.
- d. Kesalahan lainnya seperti penetapan tanggal yang salah baik tanggal mendapatkan pelayanan, tanggal perawatan dan kepulangan; salah memilih tempat pelayanan, kode billing yang salah.

Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh (Cahyaningtyas, 2012) menunjukkan bahwa klaim yang tidak dibayarkan serta adanya keterlambatan pengiriman tagihan disebabkan oleh adanya permasalahan baik pada input maupun proses pengajuan klaim. Ditemukan bahwa kebijakan terkait penagihan klaim belum tersosialisasi dengan baik, SDM yang masih kurang, sarana dan prasarana yang belum memadai, belum terdapat SOP terkait penagihan klaim serta proses verifikasi dan rekapitulasi yang sering terhambat.