

## **BAB 2**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Klaim**

##### **2.1.1 Definisi Klaim**

Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) mencirikan klaim sebagai permintaan pengakuan bahwa seseorang berhak atas sesuatu. Klaim di bidang medis sering dihubungkan dengan Sistem Reimbursement atau pembayaran klaim JKN. Karena menerapkan nilai rekam medis pada salah satu area ALFRED (Administrative, Legal, Financial, Research, Education & Documentation), khususnya area Financial, maka sistem reimbursement dan PMIK memiliki keterkaitan yang sangat erat.

(Sekretaris Negara RI, 2004) Undang undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN) menetapkan bahwa jaminan sosial wajib diberikan oleh sebuah badan yaitu BPJS Kesehatan kepada seluruh warga negara termasuk JKN. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS Kesehatan, yang terdiri dari BPJS Kesehatan yang sebelumnya merupakan Perseroan Terbatas (PT) Askes dan BPJS Ketenagakerjaan. JKN diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang pelaksanaannya dimulai pada tanggal 1 Januari 2014..

Pada bulan Maret 2017 Sekarang ada pedoman baru mengenai *Coordination of Benefit (COB)* berkat BPJS Kesehatan. Ketika dua perusahaan asuransi bekerja sama untuk mengasuransikan klien yang sama sehingga konsumen menerima manfaat maksimal dari program tersebut, COB berlaku di industri asuransi..

### **2.1.2 Prosedur Klaim BPJS Kesehatan**

Pelayanan kesehatan diberikan kepada peserta secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medisnya, dimulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang dikelola oleh FKTP tempat peserta terdaftar. Hal ini tidak selalu berlaku bagi peserta yang berada dalam keadaan darurat atau berada di luar wilayah FKTP. Setelah tiga bulan atau lebih, peserta dapat memilih FKTP yang berbeda dengan FKTP tempat peserta pertama kali terdaftar. (Kemenkes RI, 2013).

Praktisi kesehatan utama wajib merekomendasikan peserta yang membutuhkan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan atas indikasi medis ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) terdekat sesuai dengan prosedur rujukan yang diuraikan dalam peraturan perundangan yang berlaku. Layanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari layanan kesehatan tingkat pertama atau kedua; semua situasi lain keadaan darurat, bencana alam, masalah kesehatan pasien tertentu, kendala geografis, dan aksesibilitas fasilitas harus ditangani sesuai dengan hukum dan peraturan yang relevan. Fasilitas kesehatan primer hanya dapat merujuk pasien ke layanan kesehatan tingkat kedua. (Kemenkes RI, 2013).

### **2.1.3 Verifikasi Klaim**

Mengenai Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim, Permenkes No. 28 Tahun 2014 Verifikator pihak pertama menggunakan program terkait untuk melakukan pemeriksaan rutin setiap bulannya terhadap kebenaran tagihan klaim biaya

pelayanan pihak kedua, yang dikenal dengan verifikasi 2014. Berkas-berkas klaim rawat inap yang akan diperiksa antara lain:

1. Surat perintah rawat inap.
2. Surat Eligibilitas Peserta (SEP).
3. Resume medis yang mencakup diagnosa dan prosedur sertaditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).
4. Pada kasus tertentu jika ada pembayaran klaim diluar INACBG<sup>2</sup> diperlukan tambahan bukti pendukung:
  - a. Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus untuk onkologi.
  - b. Resep alat bantu Kesehatan (alat bantu gerak, *collar neck*, korset, dll).
  - c. Tanda terima alat bantu Kesehatan.

Berdasarkan petunjuk teknis verifikasi klaim tahun 2014, BPJS Kesehatan akan memberikan kembali berkas pasien rawat inap dan rawat jalan BPJS Kesehatan ke rumah sakit sepanjang prosedur ini jika ada berkas yang kurang atau tidak sesuai. Berkas yang diberikan kembali adalah berkas yang tidak dapat diverifikasi oleh validator BPJS Kesehatan.

Rumah sakit sudah memberlakukan validasi autentifikasi pasien BPJS Kesehatan menggunakan sidik jari. Penggunaan sidik jari atau *fingerprint* BPJS Kesehatan sesuai dengan amanat yang tercantum dalam Undang-Undang tahun 2004 tentang SJSN. Akan sangat membantu bagi peserta untuk merekam sidik jari mereka saat mendaftar layanan di FKRTL atau rumah sakit.. Selain itu *fingerprint* juga berguna untuk menghindari penyalahgunaan kartu.

#### **2.1.4 Pengkodean Diagnosa, Prosedur, dan Entry Data**

Menurut Permenkes No. 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INA CBG's, institusi kesehatan diharuskan untuk menyelesaikan beberapa tugas sebelum diverifikasi, termasuk input data, pengkodean, dan pengelompokan diagnosis dan prosedur. Aplikasi INACBG digunakan untuk melakukan entri data, pengkodean, dan pengelompokan. Salah satu alat entri data pasien yang digunakan untuk menentukan tarif berdasarkan informasi yang diambil dari resume medis adalah program INA-CBGs. Rumah sakit yang melayani peserta JKN telah memiliki INA-CBGs, khususnya INA-CBGs 4.0. Rumah sakit harus sudah memiliki kode registrasi rumah sakit dari Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan untuk dapat menggunakan aplikasi INA-CBGs. Setelah itu, aktivasi INA-CBGs masing-masing rumah sakit akan dilakukan sesuai dengan rumah sakit

Dalam hal pengelompokan sistematis INA CBG's menggunakan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan, serta dasar-dasar sistem pengkodean untuk diagnosis akhir dan tindakan atau prosedur yang menghasilkan keluaran layanan. Sebanyak 1.075 kelompok tarif dari pengelompokan tarif INA CBG's terdiri dari 288 kode kelompok rawat jalan dan 786 kode kelompok rawat inap. Kelompok-kelompok yang ditetapkan dengan kode numerik dan kombinasi kode abjad akan dimasukkan ke dalam program INA CBG. Berikut ini adalah contoh sistematika kode INA CBG's.



**Kode INACBG's : K-4-17-I**

Gambar 2.1 Pengkodean INA CBG's

Keterangan gambar pengkodean sistem INA CBG's diatas adalah sebagai berikut:

1. Digit ke 1 (alfabetik) : menggambarkan kode *Casemix Main Groups (CMG)*,
2. Digit ke 2 (numerik) : menggambarkan tipe kelompok kasus (*Case Groups*),
3. Digit ke 3 (numerik) : menggambarkan spesifikasi kelompok kasus, dan
4. Digit ke 4 (romawi) : menggambarkan tingkat keparahan kelompok kasus.

ICD-9-CM digunakan untuk mengkode tindakan atau proses dalam INA-CBGs, sedangkan ICD-10 Tahun 2008 digunakan untuk mengkode diagnosis primer dan sekunder. Rekam medis, termasuk data diagnostik dan tindakan atau prosedur yang terdapat dalam resume medis pasien, menjadi sumber data untuk pengkodean. Temuan kelompok dalam aplikasi INA-CBGs secara signifikan dipengaruhi oleh ketepatan pengodean diagnosis dan prosedur.

#### 1. ICD 10

Terdiri dari 3 volume dan 21 BAB dengan rincian sebagai berikut:

- 1) *Volume 1* merupakan daftar tabulasi dengan kode alfanumerik tiga atau empat karakter yang mencakup inklusi dan eksklusi, pedoman pengkodean tertentu, kategorisasi morfologi neoplasma, daftar tabulasi khusus untuk morbiditas dan mortalitas, definisi penyebab kematian, dan pedoman penamaan..
- 2) *Volume 2* merupakan seperangkat instruksi dan pedoman untuk menggunakan ICD-10.
- 3) *Volume 3* merupakan indeks abjad, daftar lengkap semua kondisi yang termasuk dalam Daftar Tabel (*volume 1*), tabel neoplasma, daftar penyebab eksternal gangguan, dan panduan untuk memilih kode yang tepat untuk berbagai kondisi yang tidak termasuk dalam daftar tabel. Rumah sakit diharapkan untuk menyediakan buku panduan ICD-10, *World Health*

*Organization's* (WHO), volume 2, untuk informasi tambahan mengenai penggunaan ICD-10.

## 2. ICD 9 CM

ICD-9-CM untuk prosedur non-bedah termasuk CT, MRI, dan USG serta kode untuk operasi atau prosedur operasional dan terapi diberi kode menggunakan ICD 9 CM. Indeks abjad dan daftar yang disusun dalam sebuah tabel disertakan dalam ICD 9 CM. Bagian 01-86 dikhususkan untuk tindakan bedah operasional, sedangkan bagian 87-99 dicadangkan untuk tindakan non-operasi atau non-bedah. Anatomi adalah dasar dari skema klasifikasi, yang menggunakan kode numerik. ICD 9 CM dibagi menjadi 16 bab..

### **2.2 Kebijakan atau Standar Operasional Prosedur dalam klaim JKN**

Menurut Soemohadiwidjojo (2014) Prosedur Operasional Standar (SOP) adalah panduan yang diikuti oleh organisasi dan perusahaan untuk memastikan kegiatan operasional mereka berjalan secara efisien. SOP umumnya dipahami sebagai dokumen yang menguraikan prosedur operasional organisasi. Di sisi lain, SOP adalah jenis dokumen sistem kerja tertentu yang digunakan untuk mengontrol kegiatan operasional di seluruh departemen atau peran dalam organisasi sehingga tugas-tugas ini dapat diselesaikan dengan cara yang tersistem. Organisasi menggunakan Prosedur Operasi Standar (SOP) untuk memastikan bahwa mereka berjalan secara konsisten, efektif, dan efisien. Identitas BPJS Kesehatan dan surat perintah rawat inap dari poli atau unit gawat darurat diperlukan bagi peserta untuk mendaftar ke rumah sakit. Setelah itu, pasien memiliki waktu hingga tiga hari kerja 24 jam untuk melengkapi persyaratan administrasi sebelum keluar dari rumah

sakit. Staf rumah sakit kemudian memverifikasi keabsahan kartu dan surat rujukan, memasukkan data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP), dan mencetak SEP. Informasi ini telah dipublikasikan dalam Panduan Praktis Pelayanan BPJS Kesehatan tahun 2014..

### **2.3 Kelengkapan Administrasi dan Ketentuan Umum Klaim BPJS**

Amanat UU No. 24/2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan UU No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mengamanatkan bahwa operasional BPJS Kesehatan dimulai pada tanggal 1 Januari 2014. Berikut ini adalah ketentuan umum klaim BPJS Kesehatan antara lain:

1. Fasilitas Kesehatan diharuskan untuk tidak mengajukan klaim, kecuali kapitasi, dan mereka melakukannya setiap bulan paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. BPJS Kesehatan diwajibkan untuk mengganti biaya pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta dalam waktu 15 hari kerja setelah berkas klaim diterima secara lengkap di Kantor Cabang, Kabupaten, atau Kota BPJS Kesehatan..
2. Kendali Mutu dan Biaya.
  - a. Dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya, BPJS Kesehatan membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi, dan pakar klinis.
  - b. Tim kendali mutu dan kendali biaya dapat melakukan:
    - 1) Sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi;
    - 2) *Utilization review* dan audit medis; dan/atau

3) Pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan.

c. Pada kasus tertentu, tim kendali mutu dan kendali biaya dapat meminta informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan Peserta dalam bentuk salinan/fotokopi rekam medis kepada Fasilitas Kesehatan sesuai kebutuhan.

### 3. Kadaluarsa Klaim

#### a. Klaim Kolektif

Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah maupun Swasta, baik Tingkat Pertama maupun Tingkat Lanjutan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan.

#### b. Klaim Perorangan

Batas waktu maksimal pengajuan klaim perorangan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan, kecuali diatur secara khusus

### 4. Kelengkapan administrasi klaim umum

#### a. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

1) Formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga)

2) Softcopy data pelayanan bagi Fasilitas Kesehatan yang telah menggunakan aplikasi P-Care/aplikasi BPJS Kesehatan lain (untuk PMI/UTD) atau rekapitulasi pelayanan secara manual untuk Fasilitas Kesehatan yang belum menggunakan aplikasi P-Care.

3) Kuitansi asli bermaterai cukup

4) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.

5) Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim



b. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan

- 1) Formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga),
- 2) Softcopy luaran aplikasi
- 3) Kuitansi asli bermaterai cukup
- 4) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.
- 5) Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim.

#### **2.4 Kendala dalam Pelaksanaan Klaim BPJS Kesehatan**

Klaim yang tertunggak merupakan salah satu tantangan dalam pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan. Menurut Kepmenkes (2021), klaim dilaporkan sebagai klaim tertunggak oleh BPJS Kesehatan jika dalam proses verifikasi ditemukan adanya kekurangan dokumen atau berkas klaim dari rumah sakit dan/atau diperlukan tambahan bahan pendukung administrasi. Secara umum, pengembalian klaim dibagi menjadi 4 kategori berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di salah satu rumah sakit pemerintah, antara lain (Indawati et al., 2018):

1. Apabila hasil verifikasi menunjukkan adanya perbedaan antara data kepesertaan yang dimasukkan ke dalam aplikasi INA CBG's dengan berkas klaim, termasuk SEP, maka perlu dilakukan perbaikan administrasi.
2. Status pinjam, jika dokumentasi rekam medis perlu diverifikasi sebelum dipinjam.
3. Jika verifikator menemukan perbedaan antara kode diagnosis dan hasil pemeriksaan dalam berkas klaim rawat inap dengan kode yang dikode, maka

kode tersebut akan dikonfirmasi.

4. Kelengkapan resume medis dan pengembalian berkas untuk kelengkapan tambahan resume medis yang disertai dengan pemeriksaan fisik dan laporan yang relevan.

## **2.5 Upaya Perbaikan Klaim**

Penyebab klaim *pending* dari faktor proses didominasi oleh ketidaklengkapan berkas pendukung dan masalah dalam *coding*. Proses pengajuan klaim yang terdiri dari pengumpulan berkas, pengisian resume medis, dan *coding* dengan menambahkan menu berkas digital, *coding* yang terintegrasi, serta menu attachment prosedur atau tindakan serta diagnosis yang terintegrasi antara perawatan pasien dengan resume medis. Upaya perbaikan yang dilakukan unit *casemix*, melakukan sosialisasi mengenai syarat berkas klaim kepada unit terkait, sosialisasi syarat pengajuan klaim BPJS Kesehatan sesuai peraturan kementerian kesehatan dan panduan klinis kepada dokter, dan *review* berkala secara internal kepada dokter mengenai klaim *pending*. (Rindawati, 2023)