

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Sistem Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Sistem Pembiayaan Pelayanan Kesehatan di Indonesia Sistem pembiayaan kesehatan Indonesia secara umum terbagi dalam 2 sistem yaitu:

1. *Fee for Service (Out of Pocket)* Sistem ini secara singkat diartikan sebagai sistem pembayaran berdasarkan layanan, di mana pencari layanan kesehatan berobat lalu membayar kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK). PPK (dokter atau rumah sakit) mendapatkan pendapatan berdasarkan atas pelayanan yang diberikan, semakin banyak yang dilayani, semakin banyak pula pendapatan yang diterima
2. Asuransi Kesehatan (*Health Insurance*) Sistem ini merupakan system pembayaran yang dilakukan oleh pihak ketiga atau perusahaan asuransi setelah menerima pengobatan atas pelayanan Kesehatan. Bisa berupa system kapitasi atau sistem *Diagnosis Associated Group (DRG)*. Pembayaran PPK dengan system kapitasi adalah suatu cara pembayaran pelayanan Kesehatan dimana PPK menerima sejumlah pendapatan tetap per peserta atas pelayanan yang telah ditentukan dalam jangka waktu tertentu. Pembayaran PPK dengan sistem kapitasi dilakukan oleh Lembaga dengan pembayaran dana di muka sebesar anggota dikalikan satuan biaya tertentu (*unicost*) (Setyawan, 2015).

2.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

2.2.1 Definisi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Undang Undang Nomor 24 (2011) menyatakan bahwa: “Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan sosial merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya”.

2.2.2 Fungsi, Tugas, dan Wewenang BPJS

Undang Undang Nomor 24 (2011) menyatakan bahwa dalam penyelenggaraannya BPJS Kesehatan berfungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan berfungsi untuk:

1. Melakukan dan menerima registrasi peserta;
2. Mengumpulkan kontribusi dari peserta dan perusahaan;
3. Menerima bantuan kontribusi dari pemerintah;
4. Mengatur uang jaminan sosial untuk kepentingan anggota;
5. Mengumpulkan dan mengatur informasi tentang data peserta program jaminan sosial;
6. Membayarkan manfaat dan/atau biaya Kesehatan sesuai dengan kebijakan program jaminan sosial; dan

7. Memberikan informasi tentang implementasi program Jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat

Dalam menjalankan fungsinya, BPJS memiliki tanggung jawab untuk:

1. Menagih serta mengumpulkan pembayaran iuran
2. Mengelola Dana Sosial untuk jangka pendek dan jangka panjang dengan memperhatikan faktor-faktor likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, serta hasil yang memadai.
3. Mengawasi dan menilai kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajiban mereka sesuai dengan ketentuan undang-undang jaminan sosial nasional
4. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah
5. Membuat atau mengakhiri kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan
6. Menetapkan administrative sanksi kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi syarat
7. Melaporkan Pemberi Kerja kepada otoritas yang berwenang jika tidak patuh dalam membayar iuran atau memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan; dan
8. Berkolaborasi dengan pihak lain dalam pelaksanaan program jaminan sosial.

Dalam menjalankan wewenangnya, BPJS memiliki hak untuk:

1. Mendapatkan dana operasional untuk pelaksana program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial atau sumber lain yang diatur oleh undang-undang; dan
2. Mendapatkan informasi tentang hasil pemantauan dan evaluasi implementasi program Jaminan Sosial dari DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional) setiap 6 (enam) bulan.

2.2.3 Hak dan Kewajiban Peserta BPJS

Menurut Rusdi (2022) hak dan tanggung jawab peserta BPJS Kesehatan adalah:

1. Hak Peserta:
 - a. Memiliki kartu peserta sebagai bukti resmi untuk mendapatkan layanan kesehatan
 - b. Memperoleh manfaat dan informasi mengenai hak, kewajiban, serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan peraturan yang berlaku
 - c. Menerima perawatan medis di fasilitas kesehatan yang bermitra dengan BPJS Kesehatan;
2. Kewajiban Peserta:
 - a. Mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku
 - b. Melaporkan perubahan data peserta, baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat I
 - c. Menjaga Kartu Peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak

d. Mematuhi semua peraturan dan prosedur dalam pelayanan Kesehatan.

2.3 Tinjauan Klaim

2.3.1 Definisi Klaim

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, klaim adalah permintaan pengakuan atas suatu hak bahwa seseorang berhak atas sesuatu. Manja Putri & Arif Lubis (2023) klaim adalah proses di mana tertanggung membuktikan kerugian yang terjadi dan melampirkan bukti yang diperlukan kepada perusahaan asuransi untuk memperoleh klaim dan menerima manfaat yang sesuai. Hal ini menggambarkan proses klaim secara keseluruhan. Dalam konteks kesehatan, klaim sering terkait dengan Sistem penggantian biaya dalam Jaminan Kesehatan Nasional, yang dikenal sebagai system *Reimbursemen*. Sistem ini memiliki hubungan erat dengan PMIK (Perekam Medis dan Informasi Kesehatan) karena menerapkan rekam medis untuk mendukung aspek aspek *ALFRED* (*Administrative, Legal, Financial, Research, Education & Documentation*), terutama dalam aspek keuangan (*Financial*).

2.3.2 Prosedur Klaim BPJS

Berdasarkan BPJS Kesehatan tahun 2018, prosedur klaim melibatkan beberapa tahapan, seperti:

1. Faskes menyiapkan dokumen klaim dan file *txt* 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. Dokumen 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 bertugas sebagai koder akan memasukkan data pasien BPJS Kesehatan secara daring langsung terhubung ke *server* Pusat Data Kementerian Kesehatan dan melakukan pembaruan

- 2. Setiap Fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai verifikator BPJS, yang akan melakukan tugasnya:

- a. Verifikasi administrasi keanggotaan

Verifikator akan memeriksa kesesuaian berkas klaim yaitu antara SEP dan data *INA-CBG's* yang dimasukkan dalam aplikasi.

- b. Verifikasi administrasi pelayanan

Verifikator mencocokkan apakah layanan yang tercantum dalam berkas klaim (diagnosis, data pendukung pelayanan, dan tindakan) sesuai dengan satu sama lain, termasuk keabsahan klaim. Jika ditemukan kesalahan, berkas klaim dikembalikan ke rumah sakit untuk diperbarui. 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 diperbarui.

c. Verifikasi pelayanan

Verifikator memeriksa kesesuaian prosedur dan diagnosis dalam tagihan dengan menggunakan kode ICD-10 dan ICD-9 CM (dengan referensi dari buku ICD-10 dan ICD-9 CM atau softcopy), sesuai dengan panduan koding yang terdapat dalam JUKNIS *INA-CBG's*, pelayanan rawat jalan mencakup konsultasi, pemeriksaan penunjang, pemberian 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 lebih dari 6 jam di RS, termasuk kasus khusus CMG's dengan bukti pendukungnya.

d. Verifikasi dilakukan menggunakan perangkat lunak *INA-CBG's*, yang meliputi:

1) Purifikasi data

Berfungsi untuk memvalidasi hasil *output INA-CBG's* yang telah ditagikan oleh rumah sakit terhadap data penerbitan SEP

2) Melakukan proses pengecekan administrasi

Verifikator membandingkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dan hasil *entry* yang dilakukan rumah sakit

3) Setelah proses verifikasi administrasi selesai, verifikator dapat melihat status klaim yang memenuhi syarat secara administratif, tidak memenuhi syarat secara administrative, atau sedang dalam proses

- 4) Proses verifikasi lanjutan dilakukan secara teliti untuk mencegah kesalahan verifikasi dan potensi klaim ganda.
 - 5) Penyelesaian akhir klaim
 - 6) Verifikator dapat melihat klaim yang sedang diproses.
 - 7) Umpan Balik terkait pelayanan.
 - 8) Mengirimkan 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.

2.3.3 Verifikasi Klaim

Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 dan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim tahun 2014, Berkas klaim rawat inap yang akan diverifikasi mencakup:

1. Surat perintah rawat inap
2. Surat eligibilitas peserta (SEP)
3. Resume medis yang mencantumkan prosedur dan diagnosis, ditandatangani DPJP.
4. Pada kasus tertentu diluar *INA CBG's*, diperlukan bukti tambahan seperti:
 - a. Protokol terapi dan jadwal pemberian obat khusus untuk onkologi.

- b. Resep untuk alat bantu kesehatan (alat bantu gerak, *collar neck*, *corset*, dll).
- c. Tanda terima untuk alat bantu kesehatan.

2.4 Pending Klaim

2.4.1 Definisi Pending Klaim

Klaim yang sedang dalam status *pending* merupakan pengembalian klaim dimana belum tercapai kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan FKRTL mengenai aturan koding dan medis (*dispute claim*). Namun penyelesaiannya dilakukan sesuai dengan ketentuan yang tercantum dalam peraturan perundang – undangan (Peraturan BPJS Nomor 7 tahun 2018).

2.4.2 Pending Klaim BPJS Kesehatan

Berdasarkan PERMENKES (2021) tentang *Pending Klaim BPJS*, klaim dikatakan *pending* oleh BPJS Kesehatan jika hasil verifikasi menunjukkan bahwa dokumen atau berkas klaim yang diunggah oleh rumah sakit tidak lengkap atau memerlukan data dukung administratif tambahan. Menurut hasil penelitian di salah satu rumah sakit pemerintah, umumnya pengembalian klaim dibagi menjadi 4 kategori (Indawati, 2018) :

1. Perbaikan administrasi, jika hasil verifikasi menunjukkan adanya ketidaksesuaian dokumen klaim, termasuk kesesuaian antara SEP dengan data kepesertaan yang dimasukkan dalam aplikasi *INA CBG's*.
2. Pinjam status, digunakan Ketika perlu verifikasi tambahan terkait rekam medis sehingga dokumen rekam medis dipinjam sementara

3. Konfirmasi koding, digunakan ketika verifikator menemukan ketidaksesuaian antara kode yang digunakan dengan diagnosis dan hasil pemeriksaan yang terdapat dalam dokumen klaim rawat inap.
4. Pengembalian berkas untuk kelengkapan resume medis, untuk meminta agar dokumen klaim dilengkapi kembali resume medis yang mencakup pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang.

2.4.3 Penyebab Pengembalian Berkas Klaim

Pada Permenkes Nomor 28 (2014) dan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim tahun 2014 menetapkan bahwa dalam proses ini, berkas pasien BPJS Kesehatan rawat inap dan rawat jalan akan dikembalikan ke rumah sakit jika ada berkas yang tidak sesuai atau kurang. Berkas yang dikembalikan dianggap tidak lolos verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan.

Dengan kata lain, berkas yang dikembalikan disebut berkas *pending* dan harus dilengkapi oleh rumah sakit sebelum diserahkan Kembali kepada BPJS Kesehatan dalam jangka waktu yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Selain itu, berkas klaim *pending* ini, harus dikembalikan dalam jangka waktu selambat-lambatnya yaitu 6 bulan setelah berkas tersebut dikembalikan oleh BPJS Kesehatan. Jika rumah sakit tidak mengembalikannya dalam jangka waktu tersebut, berkas tersebut akan dianggap tidak valid.

2.4.4 Syarat Berkas Klaim BPJS Kesehatan untuk Rawat Inap

Menurut Panduan Praktis Teknik Verifikasi klaim Tahun 2014, dokumen yang diperlukan untuk klaim rawat inap adalah sebagai berikut :

1. Surat perintah rawat inap
2. Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
3. Resume medis yang mencantumkan prosedur dan diagnosis yang ditandatangani oleh DPJP
4. Bukti pendukung lainnya diperlukan dalam kasus pembayaran klaim diluar *INA-CBG's* :
 - a. Protokol terapi dan jadwal pemberian obat khusus untuk onkologi
 - b. Resep alat bantu Kesehatan (alat bantu gerak, *collar neck*, *corset*, dan lain-lain)
 - c. Tanda terima alat bantu untuk Kesehatan (Kurniawati, 2020)