

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Menurut (Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009) Rumah Sakit adalah pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan sendiri memiliki arti pelayanan yang didalamnya terdiri dari kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. (Juliansyah, 2019).

Menurut (Permenkes RI No.56 Tahun 2014) pasal 11 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit tertulis bahwa rumah sakit yang dikategorikan berdasarkan pelayanan ada dua jenis diantaranya Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus. Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah Sakit Khusus adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan utama pada satu bidang jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, dan jenis penyakit atau kekhususan lainnya.

2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Rumah sakit juga memiliki fungsi yaitu:

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai

dengan standar pelayanan rumah sakit;

2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.3 Jenis dan Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Undang – Undang RI Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit dikelompokkan berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya.

1. Berdasarkan jenis pelayanannya yang diberikan, rumah sakit dibagi menjadi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.
 - a. Rumah sakit umum yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah sakit umum dibagi menjadi empat berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan kesehatan.
 - 1) Rumah sakit umum kelas A yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit empat spesialisistik dasar, lima spesialis penunjang medis, dua belas spesialis lain dan tiga belas subspecialistik.
 - 2) Rumah sakit umum kelas B yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis paling sedikit empat

spesialis dasar, empat spesialis penunjang medis, delapan spesialis lain dan dua subspecialis dasar.

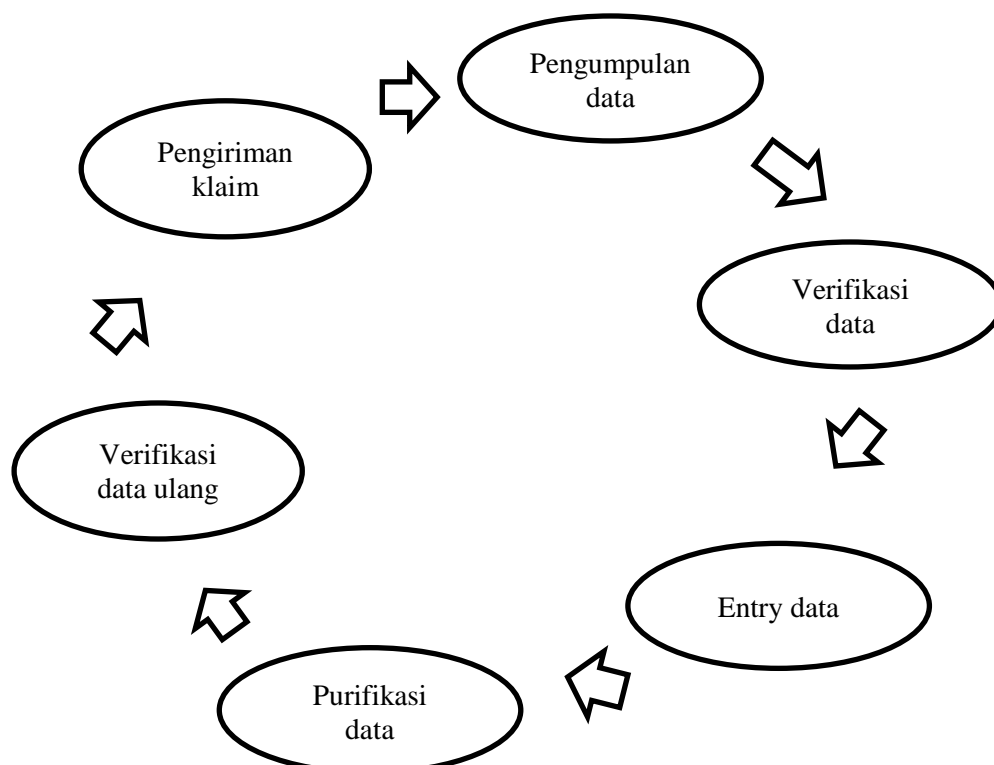
- 3) Rumah sakit umum kelas C yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis paling sedikit empat spesialis dasar dan empat spesialis penunjang medik.
 - 4) Rumah sakit umum kelas D yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis paling sedikit dua spesialis dasar.
- b. Rumah sakit khusus yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, dan jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.
2. Berdasarkan jenis pengelolaannya, rumah sakit dapat dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat.
- a. Rumah sakit publik dapat dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba
- 1) Rumah sakit publik yang dikelola oleh pemerintah dan pemerintah daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum (BLU) atau Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - 2) Rumah sakit publik yang dikelola oleh pemerintah dan pemerintah daerah tidak dapat dialihkan menjadi rumah sakit privat.
 - 3) Rumah sakit privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit

yang berbentuk Perseroan Terbatas (Persero).

2.2 Klaim BPJS

2.2.1 Pengertian Klaim BPJS

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya melalui proses verifikasi (Arditya, 2015). Proses klaim ini sangat penting bagi Rumah Sakit, sebagai penggantian biaya pasien asuransi yang telah berobat. Fasilitas yang bekerjasama dengan pihak BPJS Kesehatan harus mampu mengajukan Klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, dengan disertakan berkas-berkas persyaratan yang harus dilengkapi sesuai prosedur verifikasi BPJS Kesehatan. Proses verifikasi berkas mencakup 2 hal yaitu berkas klaim dan administrasi klaim.



Gambar 2.1 Siklus Klaim BPJS Kesehatan

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data yaitu semua data- data pasien diinput di sistem INA CBG's dan yang melakukan pengumpulan data yaitu petugas BPJS rumah sakit.

Berikut berkas yang diinput antara lain:

a. Data Rawat Jalan

- 1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
- 2) Surat Kontrol
- 3) Billing
- 4) Jawaban Konsul
- 5) Hasil Penunjang (bila ada)
- 6) Lembar INA CBG's

b. Data Rawat Inap

- 1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
- 2) Lembar INA CBG's
- 3) Ringkasan pulang / resume medis
- 4) Laporan operasi (bila kasus operasi)
- 5) Hasil Penunjang
- 6) Lembar konsultasi (bila ada)
- 7) Permintaan masuk rumah sakit
- 8) Billing
- 9) Kasus kecelakaan pakai surat jaminan jasa raharja / kronologi

2. Verifikasi Data

Yang melakukan verifikasi berkas klaim adalah pihak BPJS center. Verifikasi data terbagi menjadi 3 kelompok yaitu kaidah coding, standar pelayanan, dan kelengkapan administrasi. Verifikasi Berkas klaim merupakan bagian dari verifikasi administrasi, yang mana berkas klaim yang di verifikasi meliputi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta tandatangan dokter penanggung jawab pasien. Setelah berkas diverifikasi, diteliti kesesuaian berkas klaim antara surat eligibilitas peserta dengan data yang diinput kedalam aplikasi INA-CBG's. Apabila terjadi ketidaksesuaian data maka berkas dikembalikan ke pihak RS untuk di lengkapi. Kesesuaian berkas juga dilihat dari coding yang dilakukan, apakah diagnosis yang dimasukan ke dalam aplikasi sesuai dengan diagnosis yang diberikan oleh dokter apa tidak.

Tahapan selanjutnya dilakukan verifikasi administrasi dan verifikasi lanjutan. Verifikasi administrasi bertujuan untuk melihat status klaim yang diajukan apakah layak secara administrasi, tidak layak atau pending. Pada verifikasi lanjutan bertujuan untuk menghindari terjadinya eror verifikasi dan potensi double klaim.

3. Entry Data

Berdasarkan hasil wawancara petugas BPJS dan melihat situasi di Unit BPJS, Entry data pasien BPJS dilakukan setiap hari karena kebanyakan pasien berobat menggunakan BPJS Kesehatan. Umumnya berkas pasien BPJS membludak pada hari Senin dan Selasa.

4. Purifikasi Data

Purifikasi data berfungsi untuk melakukan validasi output data INA-CBG's yang ditagihkan Rumah Sakit terhadap data penerbitan SEP. Purifikasi data terdiri dari No SEP, No Kartu Peserta, Tanggal SEP. Penarikan data INA-CBG's dengan menggunakan pengiriman file txt. Di tahap purifikasi ini nanti akan muncul berkas yang tidak layak atau yang harus dikoreksi lagi, sebelum pengklaiman.

5. Verifikasi data ulang

Verifikasi data ulang ini artinya berkas-berkas yang belum lengkap atau belum sesuai direvisi dulu sampai nilai tidak sesuainya adalah nol. Lalu kalau nilai nya sudah nol atau berkas sudah direvisi semua maka akan dilakukan pengiriman berkas klaim.

6. Pengiriman klaim

Sebelum dilakukan pengiriman pihak verifikasi melihat terlebih dahulu status klaim yang layak secara administrasi, tidak layak secara administrasi dan pending. Jika status sudah diketahui maka dilakukan proses verifikasi lanjutan. Proses verifikasi lanjutan ini digunakan untuk menghindari terjadinya eror verifikasi dan potensi double klaim.

Verifikasi double klaim digunakan untuk dua atau lebih pelayanan RITL. Pada double klaim terjadi jika pasien pada pagi hari mendapatkan pelayanan rawat jalan dan pada sore hari pasien mendapat pelayanan UGD untuk dirujuk ke pelayanan rawat inap. Maka pelayanan yang dilakukan pada pagi hari dapat diklaimkan sedangkan pelayanan IGD pada sore hari tidak dapat diklaimkan. Double klaim

dimungkinkan dilakukan pada pelayanan rawat jalan, hal ini jika pelayanan dilakukan dengan penerbitan SEP 2x atau lebih pada hari yang sama. Pembayaran yang dilakukan oleh pihak BPJS menggunakan metode INA-CBG's. Aplikasi secara terkomputerisasi dapat mempermudah dalam melakukan verifikasi hingga melakukan pembayaran.

Secara umum dalam pelaksanaan pengajuan klaim terdapat tiga prinsip yang harus diperhatikan oleh petugas klaim sejak berkas klaim diterima sampai klaim dibayarkan kepada peserta, yaitu:

1. Tepat waktu, klaim harus dibayar sesuai dengan waktu yang dijanjikan.
Berdasarkan (Permenkes No.28 Tahun 2014) tentang pedoman pelaksanaan program JKN disebutkan bahwa klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan akan dibayarkan paling lambat 15 hari setelah pengajuan klaim tersebut.
2. Tepat jumlah, klaim harus dibayarkan kepada peserta sesuai dengan santunan yang menjadi hak peserta atau ahli warisnya atau sesuai nilai kerugian.
3. Tepat orang, klaim dibayarkan harus benar – benar kepada orang yang berhak (Anwar Khoiril, 2007).

Proses pengajuan klaim dari rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi yaitu kelengkapan berkas, administrasi kepesertaan, dan administrasi pelayanan yang berguna untuk menjaga mutu pelayanan serta memaksimalkan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi pasien BPJS Kesehatan. Tujuan dari pengajuan klaim BPJS adalah untuk mengganti seluruh biaya pelayanan yang telah diberikan kepada pasien yang telah membayar iuran.

2.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Menurut (Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011), tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan mulai beroperasional pada tanggal 1 Januari 2014. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program pelayanan kesehatan terbaru yang sistemnya menggunakan sistem asuransi. Artinya, seluruh warga Indonesia wajib menyisihkan sebagian kecil pendapatannya untuk jaminan kesehatan di masa depan. Jaminan Kesehatan Nasional dan BPJS Kesehatan berbeda. JKN merupakan nama programnya, sedangkan BPJS Kesehatan adalah badan penyelenggaranya yang kinerjanya nanti diawasi oleh DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional). Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menggantikan program jaminan kesehatan yang dulunya diselenggarakan oleh PT Askes dan juga PT Jamsostek.

Tujuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara umum yaitu mempermudah masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan dan mendapatkan layanan kesehatan yang baik dan bermutu. Perubahan sistem pembiayaan menuju (*Universal Health Coverage*) adalah hal yang baik namun mempunyai dampak dan risiko sampingan. Fungsi pembiayaan kesehatan merupakan sebuah fungsi penting dalam sebuah sistem kesehatan, dalam fungsi pembiayaan kesehatan ada 3 fungsi penting yang berperan yaitu: *revenue*

collection, risk pooling dan *purchasing*. Pada teori fungsi pembiayaan kesehatan dari sebuah sistem dengan skema asuransi kesehatan sosial (*social health insurance*).

2.4 Pengajuan Klaim

Pengajuan klaim sering terlambat disebabkan karena dokumen tidak lengkap dan waktu penyeteroran yang lambat sehingga mempengaruhi pada proses coding dan entri data serta verifikasi. Dokumen klaim yang berhubungan dengan pengajuan klaim adalah laporan pertanggungjawaban, yaitu laporan klaim dari rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Laporan rekapitulasi klaim berbentuk Rekapitulasi Klaim yang berisi jumlah klaim dan total klaim keseluruhan ditanda tangani kedua belah pihak, dengan salinan (*fotokopi*) sebagai arsip verifikator, serta klaim koreksi bila ada hal lainnya yang perlu untuk di koreksi (Taliana D. Malonda, 2015).

Menurut (Peraturan BPJS No. 07 Tahun 2018) tentang Pembayaran Klaim Manfaat Pelayanan Kepada FKRTL, FKRTL akan mengajukan klaim secara kolektif kepada BPJS Kesehatan secara periodik dan lengkap setiap bulan. BPJS Kesehatan menerbitkan bukti penerimaan klaim kepada FKRTL setelah FKRTL mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan, selain mengajukan klaim FKRTL harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari sejak klaim diajukan oleh FKRTL dan diterima oleh BPJS Kesehatan. Dalam hal klaim yang telah diajukan oleh FKRTL tidak memenuhi syarat kelengkapan berkas klaim, BPJS Kesehatan mengembalikan berkas klaim kepada FKRTL dan mengeluarkan berita acara pengembalian berkas klaim.

Dalam hal BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam jangka waktu 10 (sepuluh) hari, berkas klaim dinyatakan lengkap. Hari ke-10 (sepuluh) dihitung mulai hari pengajuan klaim FKRTL yang ditandai dengan penerbitan bukti penerimaan klaim. BPJS Kesehatan melakukan proses verifikasi berkas klaim sejak berkas dinyatakan lengkap dibuktikan dengan berita acara kelengkapan berkas klaim. BPJS Kesehatan melakukan pembayaran klaim berdasarkan hasil verifikasi yang telah dinyatakan sesuai. Dalam hal berkas klaim yang telah dilakukan verifikasi oleh BPJS Kesehatan belum sesuai dan memerlukan konfirmasi, berkas klaim dikembalikan kepada FKRTL untuk mendapatkan konfirmasi. Pengembalian berkas klaim kepada FKRTL sebagaimana disertai berita acara pengembalian berkas klaim berikut penjelasannya.

Berkas klaim yang dikembalikan dapat diajukan kembali oleh FKRTL pada pengajuan klaim bulan berikutnya. BPJS Kesehatan mengajukan persetujuan klaim kepada FKRTL dalam hal proses verifikasi klaim telah selesai dilaksanakan. Persetujuan klaim akan dibuktikan dengan formulir persetujuan hasil verifikasi yang telah ditandatangani oleh pejabat FKRTL yang ditunjuk. Hasil persetujuan verifikasi oleh FKRTL diterima kembali oleh BPJS Kesehatan paling lambat 1 (satu) hari setelah formulir diterima oleh FKRTL. Dalam hal FKRTL pada hari ke-11 (sebelas) belum menyerahkan persetujuan klaim, FKRTL dianggap menyetujui hasil verifikasi klaim BPJS Kesehatan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan wajib melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut berdasarkan

klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dikeluarkannya berita acara kelengkapan berkas klaim atau 15 (lima belas) hari sejak berkas klaim otomatis dinyatakan lengkap.

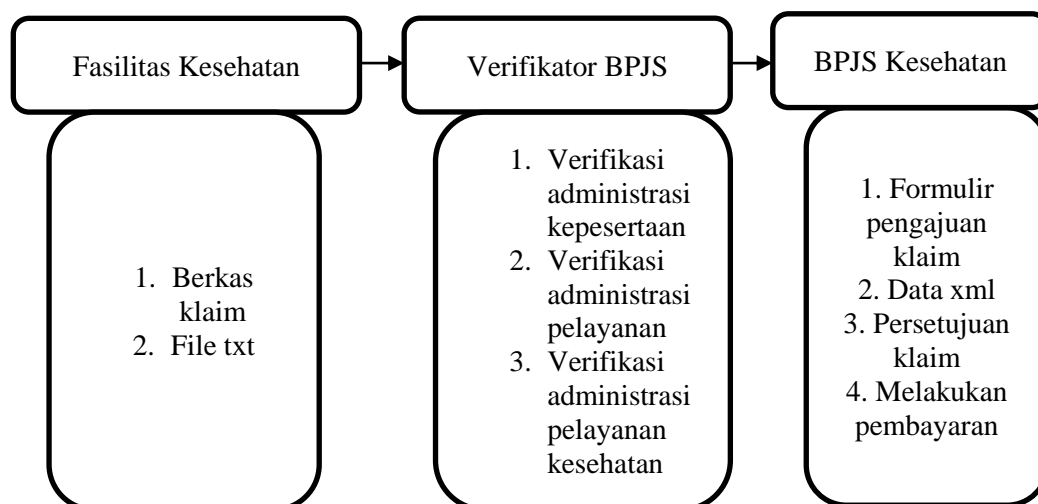
Pada Permenkes No.28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program JKN telah disebutkan bahwa klaim JKN dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang diajukan kepada BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. BPJS akan membayar biaya pelayanan sesuai dengantarif INA-CBG's yaitu sesuai dengan penetapan kelas rumah sakit oleh menteri kesehatan dan regionalisasi tarif yang berlaku di wilayah tersebut. Pada Permenkes No.28 Tahun 2014 juga disebutkan prosedur pelayanan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut diawali dengan pelayanan administrasi, yaitu sebagai berikut:

1. Peserta datang ke rumah sakit dengan menunjukkan nomor identitas peserta JKN dan surat rujukan, kecuali kasus emergency, tanpa surat rujukan.
2. Peserta menerima Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk mendapatkan pelayanan.
3. Peserta dapat memperoleh pelayanan rawat jalan atau rawat inap sesuai dengan indikasi medis.
4. Apabila dokter spesialis atau subspecialis memberikan surat keterangan bahwa pasien masih memerlukan perawatan di FKRTL tersebut maka untuk kunjungan berikutnya pasien langsung ke FKRTL (tanpa harus ke FKTP terlebih dahulu) dengan membawa surat keterangan dari dokter tersebut.
5. Apabila dokter spesialis atau subspecialis memberikan surat keterangan rujuk

balik, maka untuk perawatan selanjutnya pasien langsung ke FKTP membawa surat rujuk balik dari dokter spesialis/subspesialis.

6. Apabila dokter spesialis/subspesialis tidak memberikan surat keterangan sebagaimana dimaksud pada poin 4 dan 5 maka pada kunjungan berikutnya pasien harus melalui FKTP.

Setelah pelayanan administrasi, kelanjutan dari proses pengajuan klaim di fasilitas kesehatan berdasarkan panduan praktis administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS (2014) yaitu rekapitulasi pelayanan dan diakhiri dengan pemberian kode serta entri data melalui aplikasi INA-CBG's menurut Permenkes No.27 Tahun 2014 tentang Juknis Sistem INA-CBG's sehingga fasilitas kesehatan nantinya menghasilkan berkas dan data klaim dalam bentuk txt berdasarkan Juknis Verifikasi Klaim (2014).



Gambar 2.2 Alur Verifikasi Klaim BPJS

Sumber : Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS

Menurut Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan disebutkan klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan

kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya. Biaya pelayanan kesehatan rawat jalan, gawat darurat, dan rawat inap dibayar dengan paket INA CBG's tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta Tarif INA-CBG's sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan baik biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat/bahan habis pakai, obat, akomodasi dan lain-lain.

Menurut (Permenkes No.28 Tahun 2014) Tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN disebutkan klaim FKRTL dibayarkan oleh BPJS Kesehatan paling lambat 15 hari setelah berkas klaim diterima lengkap. Ada beberapa faktor yang dapat menjadi penyebab pengembalian berkas klaim pasien BPJS Kesehatan diantaranya:

1. Faktor Administrasi Kepesertaan: Faktor administrasi kepesertaan adalah faktor yang meneliti kesesuaian berkas klaim antara SEP dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBG's. Adapun berkas- berkas yang termasuk dalam administrasi kepesertaan yaitu:
 - a. Rawat Jalan (Poliklinik/IGD)
 - 1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
 - 2) Lembar casemix rawat jalan
 - 3) Fotocopy kepesertaan BPJS
 - 4) Fotocopy KK
 - 5) Fotocopy KTP
 - 6) Rujukan dari PPK I / Surat keterangan IGD/Surat control
 - b. Rawat Inap

- 1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
 - 2) Lembar casemix rawat inap
 - 3) Fotocopy kepesertaan BPJS
 - 4) Fotocopy surat kelahiran (untuk pasien bayi baru lahir)
 - 5) Fotocopy KK
 - 6) Fotocopy KTP
 - 7) Surat perintah rawat inap (dari bangsal tempat dirawat)
2. Faktor Administrasi Pelayanan: faktor administrasi pelayanan adalah faktor yang melihat kesesuaian berkas klaim yang dipersyaratkan. Adanya klaim yang tidak sesuai berdasarkan checklist disebabkan adanya ketidaksesuaian diagnosa yang dikarenakan adanya penjelasan yang kurang rinci terutama pada diagnosa sekunder dan pemberian tindakan berdasarkan diagnosa sehingga dikembalikan untuk dilengkapi. Adapun berkas yang termasuk dalam administrasi pelayanan yaitu contohnya pelayanan obat program rujuk balik diantaranya:
- a. Rekap tagihan obat program rujuk balik
 - b. Lembar resep obat program rujuk balik
 - c. Data tagihan pelayanan dalam bentuk softcopy sesuai aplikasi dari BPJS.
3. Faktor Administrasi Pelayanan Kesehatan: faktor administrasi pelayanan kesehatan adalah faktor yang menilai keakuratan kode diagnosa dan prosedur berdasarkan ketentuan yang telah ditetapkan. Adapun berkas yang termasuk dalam administrasi pelayanan kesehatan yaitu contohnya pelayanan pemeriksaan penunjang program rujuk balik diantaranya:
- a. Rekap tagihan pelayanan laboratorium program rujuk balik
 - b. Lembar permintaan pemeriksaan laboratorium

- c. Hasil pemeriksaan laboratorium
- d. Salinan identitas peserta BPJS Kesehatan

2.4.1 Pengajuan Klaim Rawat Inap Tingkat Lanjutan

1. Biaya pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan dibayar dengan paket INA CBG's tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta.
2. Tarif paket INA-CBG's yang telah sesuai dengan ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam Permenkes No. 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
3. Tarif paket INA CBG's sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan, baik biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat/bahan habis pakai, obat, akomodasi dan lain-lain.
4. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk *softcopy* (luaran aplikasi INA- CBG's Kementerian Kesehatan yang berlaku) dan *hardcopy* (berkas pendukung klaim). Tagihan klaim pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani Direktur atau Kepala Fasilitas Kesehatan lanjutan dan Petugas Verifikator BPJS Kesehatan.
5. Klaim yang diajukan kepada Kantor Cabang atau Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan lain sebagai berikut:
 - a. Rekapitulasi pelayanan

- b. Berkas pendukung pasien, yang terdiri dari:
 - 1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
 - 2) Surat perintah rawat inap
 - 3) Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP
- 6. Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP seperti laporan operasi, protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat), perincian tagihan rumah sakit, berkas pendukung lain yang diperlukan.

2.5 Penyebab Pengembalian Berkas Klaim

Proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi kelengkapan berkas, administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan. Berkas klaim yang ditemukan tidak lengkap dalam proses verifikasi menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim atau bahkan berkas tidak bisa diklaimkan. Keterlambatan pengajuan klaim dan berkas yang *unclaimed* ini menyebabkan kerugian material bagi rumah sakit.

Menurut permenkes RI no 269/menkes/III/2008 rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kementerian Kesehatan RI, 2008). Dengan demikian untuk memperoleh rekam medis yang baik sejak awal diperlukan adanya kelengkapan berkas yang akurat karena sebagai acuan baiknya berkas rekam medis itu digunakan.

Menurut Artanto (2018), klaim BPJS Kesehatan yang dikembalikan atau ditolak disebabkan karena ketidaksamaan coding dan diagnosis dari RS dengan coding dari verifikator BPJS Kesehatan keakurasian dalam pengkodean penyakit

dan tindakan sangatlah penting karena terkait dengan pembiayaan pelayanan kesehatan. Dalam pelaksanaan casemix INA-CBGs peran koder sangat menentukan. Besar kecilnya tarif yang muncul dalam software INA-CBGs ditentukan oleh diagnosis dan prosedur. Kesalahan dalam menuliskan koding akan mempengaruhi tarif. Tarif bisa menjadi lebih besar atau lebih kecil. Untuk mendapatkan *reimbursement* yang sesuai bagi jasa pelayanan kesehatan yang diberikan dibutuhkan ketepatan koding (Indawati,2019).

Kelengkapan berkas klaim BPJS kesehatan pada pasien rawat inap merupakan hal yang sangat penting untuk kelancaran proses penggantian biaya pelayanan (Kemenkes RI,2014). Kelengkapan dokumen klaim BPJS dapat dipengaruhi oleh kelengkapan persyaratan seperti lembar penunjang medis, lembar *resume* dan laporan operasi. Hal ini menunjukkan bahwa ketidaklengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan adalah penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan rawat inap yang berkaitan dengan perilaku petugas dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan.

Keterlambatan pencairan klaim di rumah sakit tidak terlepas dari beberapa permasalahan di setiap simpul. Dari faktor petugas rumah sakit dapat terjadi ketidak teraturan waktu pengajuan klaim dan adanya klaim susulan. Saat verifikasi klaim juga dapat terjadi ketidaklengkapan berkas pendukung klaim, ketidaksesuaian kaidah koding, dan adanya kondisi tertentu yang belum diatur dalam peraturan. Terdapat beberapa kemungkinan terhadap berkas klaim yang diajukan oleh rumah sakit yaitu:

1. Dikembalikan oleh verifikator ke rumah sakit dengan alasan konfirmasi,

negosiasi, dan atau melengkapi berkas.

2. Disetujui untuk pembayaran klaim
3. Dispute, bila terjadi dispute maka dilakukan mekanisme penatalaksanaan klaim dispute.