

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **Landasan Teori**

##### **2.1.1 Jaminan Kesehatan Nasional**

Menurut pasal 1 pada Bab I Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 1 tahun 2014 tentang penyelenggaraan jaminan kesehatan dinyatakan bahwa jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Kepesertaan JKN bersifat wajib dan dilakukan secara bertahap sehingga mencakup seluruh penduduk. Sehingga diharapkan seluruh penduduk Indonesia akan mendapatkan perlindungan kesehatan agar kualitas hidupnya dapat lebih baik.

Berdasarkan Undang-Undang No.24 Tahun 2011, sistem jaminan sosial nasional merupakan badan hukum yang menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat. Untuk dapat mewujudkan hal tersebut perlu dibentuk badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum berdasarkan prinsip:

- a. **Kegotongroyongan**  
Prinsip ini diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah atau tingkat penghasilannya.
- b. **Nirlaba**

Prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya dari seluruh peserta.

c. Keterbukaan

Prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.

d. Kehati-hatian

Prinsip dalam pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.

e. Akuntabilitas

Prinsip dalam pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan haruslah akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

f. Portabilitas

Prinsip yang memberikan jaminan berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

g. Kepesertaan bersifat wajib

Prinsip ini mengahruskan seluruh penduduk menjadi Peserta Jaminan Sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.

h. Dana amanat

Dana titipan peserta berupa iuran dan hasil pengembangannya untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan Peserta Jaminan Sosial.

i. Hasil Pengelolaan Dana

Hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

### 2.1.2 Verifikasi Administrasi Klaim

Menurut Petunjuk Teknis, Pedoman Pelaksanaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, Panduan Praktis Administrasi Klaim melalui tahap sebagai berikut:

#### 1. Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Verifikasi administrasi kepesertaan yaitu meneliti kesesuaian berkas klaim antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data yang diinput dalam aplikasi INA-CBGs dan berkas pendukung lainnya.

## 2. Verifikasi Administrasi Pelayanan

Dalam verifikasi administrasi pelayanan memerlukan deteksi dini yang harus diperhatikan pada hal-hal berikut:

- a. Untuk kode INA-CBGs severity level III pastikan ada pengesahan dari Komite Medik.
- b. Kesesuaian Spesialis Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dengan diagnosa pasien. Misalnya, apabila pasien dengan diagnose jantung namun DPJP-nya merupakan spesialis mata maka lakukan cross check ke bagian rekam medis atau poli.
- c. Kesesuaian antara Tindakan operasi dengan spesialisasi operator. Misalnya, dalam laporan Apendiktomi oleh operator spesialis jantung maka perlu dilakukan cross check lebih lanjut.
- d. Kesesuaian antara tipe Rumah Sakit dan kompetensi dokter di Rumah Sakit tersebut. Misalnya Tindakan *Craniotomi* yang dilakukan di Rumah Sakit Type D, Tindakan CABG yang dilakukan di Rumah Sakit yang tidak memiliki ahli Bedah *Thorax Kardio Vaskuler*, perlu dilakukan cross check lebih lanjut.
- e. Koding yang ditentukan oleh coder tidak *unbundling*. Misalnya Diabetes Melitus with Nephrophaty dientry menjadi Diabetes Melitus (diagnose primer) dan Nephophaty sebagai (diagnose sekunder).
- f. Perhatikan Readmisi untuk diagnose penyakit yang sama, lakukan cross check 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.
- g. Pada kasus special CMGs:

- 1). Alat Kesehatan dengan prosedur operasi: pastikan kesesuaian tagihan dengan resume medis, billing RS dan laporan operasi.
- 2). Diluar Prosedur Operasi: pastikan kesesuaian tagihan dengan resume medis, billing RS, resep alat Kesehatan dan bukti tanda terima alat Kesehatan.
- 3). Kasus Special Drug: pastikan kesesuaian antara tagihan dengan resume medis, billing dan regimen (jadwal dan rencana pemberian obat).

Berdasarkan peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No.7 Tahun 2018, kelengkapan pendukung pengajuan klaim Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) adalah sebagai berikut:

- a. Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang ditandatangani oleh Pasien atau keluarganya atau cap jempol tangan pasien.
- b. Resume medis yang mencantumkan diagnose dan prosedur Tindakan yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).
- c. Laporan Tindakan, prosedur atau laporan operasi (bila dilakukan).
- d. Hasil pemeriksaan penunjang, apabila dilakukan.
- e. Surat perintah rawat inap.
- f. Surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan rumah sakit.
- g. Checklist klaim rumah sakit.
- h. Luaran system informasi pengajuan klaim yang diunggah ke system informasi BPJS Kesehatan.

#### 2.1.3 Faktor Penyebab Klaim Pending

Penyebab klaim pending dibagi menjadi 3 yaitu faktor administrasi, faktor medis dan faktor klinis. Penelitian ini focus terhadap faktor Administrasi yang meliputi:

##### 1. Administrasi Kepesertaan

Menurut panduan praktis teknis verifikasi klaim, administrasi kepesertaan adalah kesesuaian berkas klaim antara Surat Eligibilitas

Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBGs.

## 2. Administrasi Pelayanan

Berkas yang meliputi administrasi klaim antara lain:

### a. Laporan Operasi

Laporan Operasi Menurut Huffman (1994) yang dikutip oleh (Dewi dan Setiyarini 2016) adalah prosedur pembedahan terhadap pasien yang isinya merupakan informasi mengenai diagnose sebelum serta sesudah operasi dan deskripsi tentang prosedur pembedahan, Diagnosa sebelum operasi harus tercatat di catatan medis sebelum pembedahan.

### b. Surat Perintah Rawat Inap

Surat ini dikeluarkan oleh dokter jaga IGD yang memeriksa untuk digunakan sebagai bukti pendukung bahwa pasien diwajibkan menjalani rawat inap. Surat ini berisikan diagnose dokter dan hasil pemeriksaan.

### c. Hasil Pemeriksaan Penunjang

Hasil Pemeriksaan Penunjang adalah dokumen yang mencatat hasil pemeriksaan dari instalasi penunjang medik seperti laboratorium dan hasil radiologi.

## Kerangka Konsep

Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

