

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Umum Tentang BPJS Kesehatan

Menurut PERMENKES RI Nomor 71 Tahun 2013 Pasal 1 (satu) 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. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. Pesertanya adalah setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Yang dibagi atas jenis kepesertaan sebagai berikut :

1. Pekerja Penerima Upah (PPU)

- a. PPU Penyelenggara Negara

Pekerja Penerima Upah Penyelenggara Negara (PPU PN/Pegawai Negeri Sipil) adalah setiap warga negara Republik Indonesia yang telah memenuhi syarat yang telah ditentukan, diangkat oleh pejabat yang berwenang, dan diberi tugas dalam suatu jabatan negara, serta mendapatkan gaji berdasarkan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Contohnya : PNS, TNI, Polri

b. Pejabat Negara

Pejabat Negara adalah pimpinan dan anggota lembaga negara sebagaimana dimaksud dalam Undang – Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang terdiri dari : Presiden, Anggota Majelis Permusyawaratan Rakyat (MPR), Anggota Dewan Perwakilan Rakyat (DPR), Hakim Mahkamah Agung, Anggota Dewan Pertimbangan Agung, Anggota Badan Pemeriksa Keuangan (BPK), Menteri, Gubernur, Bupati/Walikota, Anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD), dan pejabat negara lainnya yang ditentukan oleh Undang – Undang

c. PPU Badan Usaha (PPUBU)

Pekerja Penerima Upah Badan Usaha adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dan menerima gaji dari Badan Usaha, contohnya : Pegawai BUMN, Pegawai BUMD, dan Pegawai Badan Usaha Swasta

2. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP)

a. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) adalah setiap orang yang bekerja atas resiko sendiri. Contohnya Pengacara, Dokter, Notaris, Olahragawan, Konsultan, dll.

b. Bukan Pekerja (BP) terdiri dari :

1) Investor

2) Pemberi kerja yaitu perseorangan yang mempekerjakan tenaga kerja dengan membayar gaji.

- 3) Penerima pensiun terdiri dari penerima pensiun pejabat negara, penerima pensiun pegawai negeri sipil, penerima pensiun prajurit/anggota TNI dan Polri, Veteran.

Peserta PBP dan BP wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagaimana yang terdaftar dalam Kartu Keluarga. Pemilihan kelas rawat harus sama untuk semua anggota keluarga yang terdaftar dalam Kartu Keluarga (KK). Pendaftaran bagi peserta PBP dan BP yang dilakukan secara mandiri dan pembayaran iuran pertama dapat dilakukan setelah 14 (empat belas) hari kalender sejak berhasil melakukan verifikasi pendaftaran. Besaran iuran bagi peserta mandiri ialah :

- a) Pelayanan di ruang rawat inap rumah sakit kelas I sebesar Rp.150.000/orang/bulan
- b) Pelayanan di ruang rawat inap rumah sakit kelas II sebesar Rp.100.000/orang/bulan
- c) Pelayanan di ruang rawat inap rumah sakit kelas III sebesar Rp.35.000/orang/bulan

3. Penerima Bantuan Iuran (PBI)

Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) adalah peserta yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang iurannya dibayarkan langsung oleh pemerintah. Syarat peserta Penerima Bantuan Iuran adalah :

- a. Warga Negara Indonesia (WNI)
- b. Memiliki NIK yang terdaftar dalam Dukcapil
- c. Terdaftar dalam Data Terpadu Kesejahteraan Sosial

Menurut (Nur Alam Syam, 2017) dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pembayaran fasilitas kesehatan tingkat lanjutan menggunakan sistem INA-CBGs didasarkan pada Perpres tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Tarif INA-CBGs memiliki 1.077 kelompok tarif yang terdiri dari 789 kode rawat inap dan 288 kode rawat jalan dengan sistem coding ICD-10 untuk diagnose penyakit dan ICD-9 untuk prosedur atau tindakan. Pengelempokan kode dainosis penyakit dan prosedur atau tindakan tersebut dengan menggunakan grouper UNU. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi yang berupa aplikasi INA-CBGs. Manfaat implementasi INA-CBGs dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah tarif yang dimaksud berupa paket yang meliputi semua komponen biaya Rumah Sakit.

Mengacu pada Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2011 BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Dijelaskan dalam Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem

Jaminan Sosial Nasional bahwa Jaminan Kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Adapun hak dan kewajiban peserta BPJS Kesehatan diantaranya sebagai berikut :

a. Hak Peserta BPJS Kesehatan

- 1) Mendapatkan kartu peserta BPJS Kesehatan sebagai bukti akurat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan
- 2) Mendapatkan informasi hak dan kewajiban beserta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan kebijakan yang berlaku saat itu
- 3) Mendapatkan pelayanan kesehatan di Faskes yang bekerjasama dengan pihak BPJS Kesehatan
- 4) Apabila terdapat keluhan atau pengaduan harus disampaikan baik secara tertulis maupun secara lisan ke kantor BPJS Kesehatan terdekat

b. Kewajiban Peserta

- 1) Mendaftarkan diri dan anggota keluarganya menjadi peserta BPJS Kesehatan
- 2) Membayarkan iuran sesuai dengan kelas rawat inap yang dipilih dan sesuai dengan kebijakan yang berlaku

- 3) Apabila terdapat perubahan data (status pernikahan, kematian, pindah domisili) harus dilaporkan dan diganti sesuai dengan keadaan saat itu
- 4) Mematuhi semua peraturan dan prosedur pelayanan kesehatan

Adapun tujuan dibentuknya BPJS Kesehatan adalah untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi peserta dan anggota keluarganya agar dapat terwujudnya kesejahteraan bagi setiap rakyat (Pamukti, Panjaitan. 2016)

2.2 Tinjauan Umum Tentang Klaim

Menurut KBBI pengertian klaim adalah tuntutan pengakuan atas fakta bahwa seseorang berhak atas sesuatu, dan klaim merupakan pernyataan tentang suatu fakta atau kebenaran sesuatu. Klaim asuransi adalah tuntutan dari pihak tertanggung kepada pihak penanggung dikarenakan adanya kontrak perjanjian yang terjadi dengan pihak asuransi untuk menjamin pembayaran ganti rugi selama pembayaran premi atau iuran telah dilakukan oleh pihak tertanggung (AAJI, diakses pada 12 Nov, 2022)

Dalam hal ini klaim rumah sakit terhadap pihak BPJS Kesehatan adalah tuntutan atas imbalan jasa layanan yang sudah diberikan oleh pihak rumah sakit kepada pasien yang telah terdaftar menjadi peserta BPJS Kesehatan. Pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan harus disertai dengan rekam medis

dengan diagnosa penyakit sesuai dengan ICD 10 dan tindakan sesuai dengan ICD 9 (Antonius Artanto, EP. 2018).

Menurut (Gemala Hatta. 2008) rekam medis merupakan kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang dan riwayat penyakitnya, termasuk keadaan sakit, pengobatan saat ini dan saat yang sudah lampau yang ditulis oleh petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pasien tersebut. Resume medis diberikan diakhir pelayanan pasien baik pasien sembuh atau meninggal. Jika resume medis yang diajukan pada pihak BPJS Kesehatan tidak lengkap maka akan dikembalikan. Hal tersebut yang dapat menyebabkan tidak terbayarnya pelayanan rumah sakit dan mengakibatkan menurunnya pemasukan rumah sakit (Antonius Artanto, EP. 2018). Klaim rumah sakit dilakukan secara kolektif dan ditagihkan ke pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya dan dilengkapi dengan dokumen pendukung lainnya seperti Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs), hasil pemeriksaan penunjang, kwitansi pembayaran, SEP (Surat Eligibilitas Peserta), resume medis atau keterangan dari dokter yang merawat.

PERMENKES No 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional menjelaskan bahwa klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu akan dilakukan verifikasi oleh tim verifikator dari pihak BPJS Kesehatan. Dengan tujuan untuk menguji kebenaran administrasi pertanggung jawaban pelayanan yang

telah dilakukan oleh pihak fasilitas kesehatan agar dapat menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan. (Nurdiah dan Iman, Vol 4. No 2. 2016) Alur Verifikasi dimulai dengan pihak fasilitas kesehatan menyiapkan berkas klaim kemudian dilakukan verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan oleh tim verifikator BPJS Kesehatan. Verifikator wajib memastikan kesesuaian tagihan antara Diagnosa penyakit (ICD 10) dengan prosedur atau tindakan (ICD 9). Setelah itu pihak BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang layak, kemudian untuk berkas yang tidak layak atau pending harus dikembalikan pada pihak fasilitas kesehatan melalui tahap konfirmasi apakah berkas tersebut dapat diklaimkan atau tidak.

(Yeni Susanti. 2013-2014) Prosedur penagihan klaim asuransi kesehatan, sebagai berikut :

- a) Petugas administrasi pasien menerima nota beserta dokumen pendukung dari bagian kasir. Kemudian dilakukan pengecekan kembali kelengkapan berkas sebagai syarat untuk penagihan. Bila ditemukan berkas yang tidak lengkap petugas akan menghubungi pada bagian yang terkait. Setelah berkas semua lengkap petugas akan mencatat pada buku harian
- b) Penagihan dilakukan dua kali dalam setiap bulannya, yaitu setiap tanggal 15 dan tanggal 30. Petugas administrasi pasien membuat rekap

klaim serta melengkapi semua dokumen pendukung seperti formulir klaim, resume medis, kwitansi, resep obat, hasil pemeriksaan penunjang, dan perincian obat atau pemakaian alat kesehatan

- c) Jika semua berkas klaim sudah lengkap petugas administrasi pasien akan menyerahkan kepada kepala bagian keuangan untuk diperiksa. Apabila ditemukan kesalahan maka klaim diserahkan kembali untuk diperbaiki, namun bila klaim dinyatakan sudah lengkap maka klaim diserahkan pada bagian sekretariat untuk dikirimkan pada pihak asuransi

2.2.1 Tinjauan Umum Tentang Tarif Rumah Sakit dan Mekanisme

Pembayaran

2.2.1.1 Tarif Rumah Sakit

Menurut (Thabrany, 1998) tarif adalah sebagian atau seluruh biaya penyelenggara pelayanan kesehatan di Rumah Sakit atau Puskesmas yang dibebankan kepada pasien sebagai imbalan jasa atas pelayanan yang diterima. Pengertian tarif tidak sama dengan pengertian harga. Sekalipun keduanya menunjukkan pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan oleh konsumen, tetapi pengertian tarif ternyata lebih berkait pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh jasa pelayanan, sedangkan harga lebih terkait pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh barang.

Menurut (Trisnantoro, 2009) tarif adalah suatu jasa pelayanan yang ditetapkan dengan ukuran sejumlah uang berdasarkan pertimbangan bahwa dengan nilai uang tersebut sebuah rumah sakit bersedia memberikan jasa kepada pasien. Tariff rumah sakit merupakan aspek yang sangat diperhatikan oleh rumah sakit swasta juga rumah sakit pemerintah. (Mulyadi, 2002) Mendefinisikan tarif atau harga suatu produk atau jasa sebagai interaksi antara jumlah demand dan supply. Garis perpotongan tersebut merupakan titik keseimbangan antara demand an supply, yang kita sebut sebagai titik harga atau tarif.

(Mulyadi, 1997) Mengemukakan bahwa dalam keadaan normal tarif harus menutupi biaya penuh (full cost) yang terkait dengan produk dan menghasilkan laba yang dikehendaki.

2.2.1.2 Mekanisme Pembayaran

Mekanisme pembayaran klaim BPJS Kesehatan tercantum pada Permenkes No 69 Tahun 2013. Berikut ini adalah mekanisme pembayaran klaim BPJS Kesehatan :

- 1) Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

- 2) Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
- 3) Tarif Indonesian – Case Based Groups yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBGs adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit.

2.3 Tinjauan Tentang Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan

Verifikasi klaim BPJS Kesehatan terdiri dari verifikasi administrasi klaim dan verifikasi pelayanan kesehatan.

a. Verifikasi Administrasi Klaim

Dalam verifikasi administrasi klaim terdapat 2 (dua) hal yang utama yaitu berkas klaim yang akan diverifikasi dan tahap verifikasi 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 yang bertanggung jawab pada pasien tersebut atau disebut dengan DPJP, protocol terapi dan 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 DPJP, bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur dan

ditandatangani oleh DPJP, laporan operasi (jika dilakukan tindakan operasi), protocol terapi dan obat khusus, resep alat kesehatan, tanda terima alat kesehatan (alat bantu gerak, collarneck, corset, dll) dan berkas pendukung lain yang diperlukan.

Ketentuan umum administrasi klaim BPJS Kesehatan :

- 1) Setiap tanggal 10 bulan berikutnya Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim secara regular. Klaim yang menggunakan kapitasi tidak perlu diajukan oleh Fasilitas Kesehatan
- 2) Dengan batas waktu pengajuan klaim paling lambat 15 (lima belas) hari kerja pihak BPJS Kesehatan harus membayar kepada Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang sudah diberikan kepada pasien dan dokumen juga harus diterima secara lengkap oleh Kantor Cabang Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan.

Dalam upaya untuk melaksanakan kendali mutu dan kendali biaya BPJS Kesehatan membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya. Dimana tugas tim kendali mutu dan kendali biaya diantaranya sebagai berikut :

- 1) Sosialisasi terhadap tenaga kesehatan tentang mempraktikkan pratek profesi sesuai dengan kompetensi
- 2) Utilization Review dan audit medis
- 3) Menumbuhkan tenaga medis yang beretika dan disiplin profesi

Menurut data dari BPJS Kesehatan klaim yang tidak berlaku atau klaim yang sudah kadaluarsa terbagi menjadi 2 (dua), diantaranya :

1) Klaim Kolektif

Batas waktu klaim kolektif tidak berlaku adalah 2 (dua) tahun baik klaim dari Fasilitas Kesehatan milik pemerintah maupun milik swasta

2) Klaim Perorangan

Pengajuan klaim perorangan memiliki batas waktu maximum yaitu 2 (dua) tahun setelah pelayanan kesehatan diberikan kepada pasien

b. Verifikasi Pelayanan Kesehatan

1) Tingkat keparahan (Saverity level) sesuai dengan tipe dan kompetensi rumah sakit

2) Verifikator BPJS Kesehatan wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9

3) Kasus special CMGs, meliputi :

a) Spesial obat

b) Spesial prosedur

c) Spesial Investigations

Dalam pembayaran klaim pihak fasilitas kesehatan perlu memperhatikan bagaimana proses verifikasi yang dilakukan oleh pihak BPJS Kesehatan. Proses verifikasi dilakukan melalui beberapa tahap diantaranya dengan pemeriksaan berkas dan melakukan konfirmasi. Pemeriksaan berkas merupakan pemeriksaan akan kelengkapan berkas, isi yang tercantum dalam berkas, dan

biaya yang diajukan. Sedangkan untuk verifikasi melalui konfirmasi akan dilakukan jika ditemukan sesuatu pada data tersebut yang perlu dijelaskan oleh pihak fasilitas kesehatan.

2.4 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Pengajuan Klaim

2.4.1 Kelengkapan Persyaratan Administrasi Klaim

1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan
 - a. Biaya pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan dibayar dengan paket INA CBGs tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta.
 - b. Tarif paket INA CBG's sesuai dengan ketentuan 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.
 - c. Tarif paket INA CBGs sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan, baik biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat/bahan habis pakai, obat dan lain-lain.

- d. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya menggunakan aplikasi INA CBGs Kementerian Kesehatan yang berlaku.
- e. Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:
 - 1) Rekapitulasi pelayanan
 - 2) Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:
 - a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
 - b) Resume medis/laporan status pasien/keterangan diagnosa dari dokter yang merawat bila diperlukan
 - c) Bukti pelayanan lainnya, misal:
 - Protokol terapi dan regimen (jadual pemberian obat)
pemberian obat khusus
 - Perincian tagihan Rumah Sakit (manual atau automatic billing)
 - Berkas pendukung lain yang diperlukan

2. Rawat Inap Tingkat Lanjutan

- a. Biaya pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan dibayar dengan paket INA CBGs tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta .
- b. Tarif paket INA CBGs sesuai dengan ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam Permenkes No 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada FKTP dan FKRTL Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- c. Tarif paket INA CBGs sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan baik biaya administrasi, jasa pelayanan, saranan, alat/bahan habis pakai, obat, akomodasi, dan lain-lain.
- d. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk softcopy (luaran aplikasi INA CBGs Kementerian Kesehatan yang berlaku) dan hardcopy (berkas pendukung klaim).
- e. Tagihan klaim di fasilitas kesehatan lanjutan menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani oleh Direktur/Kepala Fasilitas Kesehatan Lanjutan dan Petugas Verifikator BPJS Kesehatan.

- f. Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional BPJS Kesehatan secara kolektif ssetiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum sebagai berikut :
- 1) Rekapitulasi pelayanan
 - 2) Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari :
 - a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
 - b) Surat perintah rawat inap
 - c) Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP
 - d) Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP, missal :
 - Laporan Operasi
 - Protokol terapi dengan regimen (jadwal pemberian obat) dan pemberian obat khusus
 - Perincian tagihan Rumah Sakit (manual atau automatic billing))
 - berkas pendukung lain yang diperlukan

2.4.2 Prosedur Pendaftaran Pasien BPJS Kesehatan

Kesalahan dalam proses pendaftaran dapat menjadi faktor yang menyebabkan ketidaklengkapan berkas sehingga berkas pasien tersebut tidak dapat terkirim, berikut adalah prosedur pendaftaran pasien BPJS Kesehatan yang sesuai :

- 1) Pasien mengambil nomor antrian
- 2) Pasien mengisi formulir agar petugas bisa melakukan pencatatan data identifikasi pasien
- 3) Petugas memastikan apakah pasien asuransi atau pasien umum
- 4) Petugas melakukan entry data pasien pada komputer
- 5) Pasien menunjukkan surat rujukan dan kartu BPJS Kesehatan untuk pembuatan Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
- 6) Pasien menyerahkan SEP ke loket pendaftaran untuk melengkapi berkas rekam medis pasien
- 7) Petugas melengkapi administrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku jika pasien tersebut adalah peserta BPJS Kesehatan
- 8) Setelah melengkapi administrasi pasien menunggu antrian sesuai dengan klinik yang dituju, jika dilakukan rawat inap maka petugas menyampaikan kebijakan terkait DPJP yang akan memberikan pelayanan pasien diberikan hak memilih DPJP sesuai dengan kebutuhan penyakit pasien
- 9) Keluarga pasien melengkapi administrasi rawat inap, meliputi :
 - a. Surat permohonan rawat inap sesuai dengan kelas kepesertaan BPJS Kesehatan
- 10) Setelah semua administrasi selesai pasien mendapatkan fasilitas dan pelayanan kesehatan sesuai dengan kelas perawatan pada BPJS Kesehatan.

2.4.3 Sumber Daya Manusia

Menurut (Sonny Sumarsono,2003), sumber daya manusia (Human Resources) memiliki 2 arti yang berbeda yaitu, SDM merupakan suatu usaha kerja atau jasa yang memang diberikan dengan tujuan dalam melakukan proses produksi. Dengan kata lain, sumber daya manusia adalah kualitas usaha yang dilakukan seseorang untuk menghasilkan jasa atau barang dalam jangka waktu tertentu. Masih berkaitan dengan hal yang pertama, pengertian SDM yang kedua adalah dimana manusia dapat bekerja untuk menghasilkan suatu jasa atau barang dari usaha kerjanya tersebut. Mampu bekerja berarti mampu melakukan berbagai kegiatan yang bernilai ekonomis, atau dengan kata lain, kegiatan tersebut dapat menghasilkan barang dan jasa untuk memenuhi kebutuhan hidup. Menurut (Herfiyanti & Handoko, 2019), Kurangnya sumber daya manusia dapat menyebabkan pekerjaan pada bagian verifikasi klaim menjadi menumpuk.

Manusia menjadi salah satu sumber daya yang penting yang mampu mengaplikasikan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan serta pengendalian terhadap berbagai tugas manajemen sumber daya manusia.

Sumber daya manusia yang berkualitas akan membantu perusahaan untuk berkembang dan mencapai tujuan perusahaan. 12 Beberapa manfaat yang dapat diperoleh melalui pengembangan sumber daya manusia, antara lain:

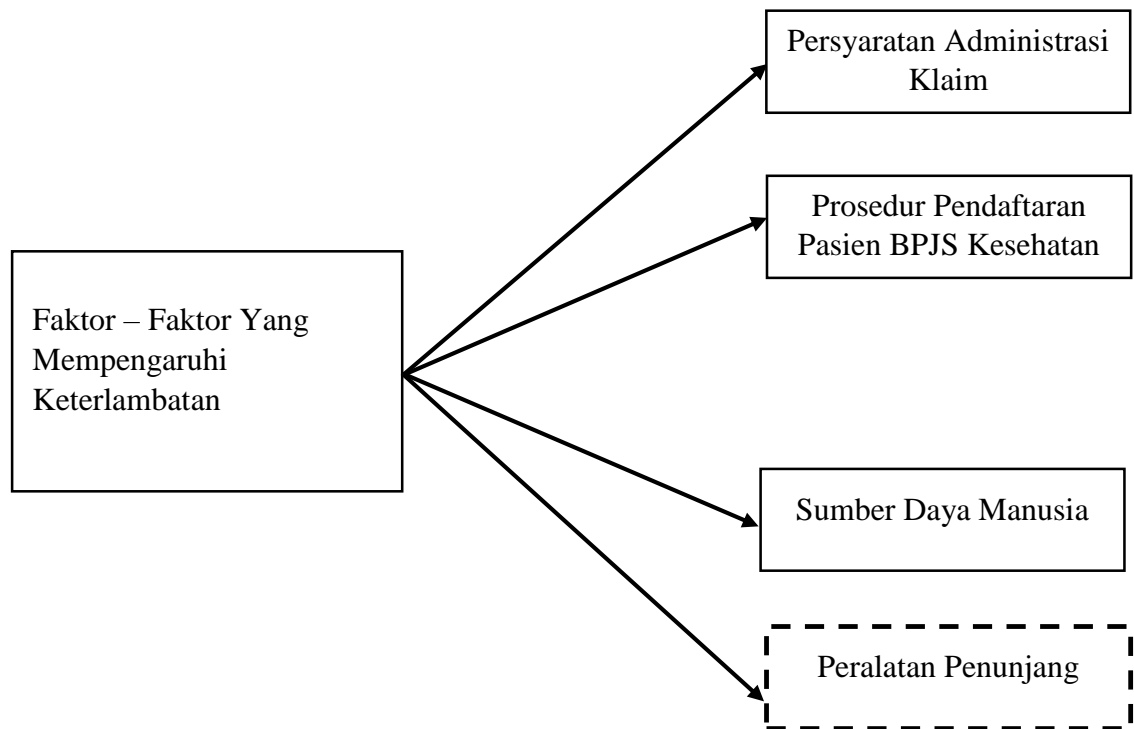
- a. Meningkatkan produktivitas kinerja karyawan
- b. Meningkatkan kuantitas dan kualitas hasil produksi
- c. Meningkatkan efisiensi tenaga dan waktu
- d. Meningkatkan mutu pelayanan dari karyawan kepada konsumen atau rekan kerja
- e. Meningkatkan balas jasa (gaji, upah, insentif, dan benefits) karyawan

2.4.4 Peralatan Penunjang

Peralatan penunjang yang digunakan untuk penunjang klaim :

1. Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnose dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 dengan menggunakan peralatan penunjang berupa buku ICD 10 dan ICD 9 atau soft copy nya.
2. Verifikasi menggunakan software INA CBGs membutuhkan peralatan penunjang perangkat computer atau sejenisnya
3. Fasilitas kesehatan mengirimkan berkas klaim (hardfile) kepada pihak BPJS Kesehatan membutuhkan peralatan penunjang mesin fotocopy, mesin printer/scan.
4. Fasilitas kesehatan mengirimkan kepada pihak BPJS Kesehatan dalam bentuk softfile, membutuhkan jaringan internet yang memadai.

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

Keterangan :

Diteliti = _____

Tidak Diteliti = - - - - -

