

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bahwa BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional. Prinsip program Jaminan Kesehatan Nasional adalah efektif dan efisien serta adanya kesetaraan (*equity*) untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Selain itu kendali mutu dan biaya harus dilaksanakan di setiap fasilitas kesehatan baik itu pada tingkat pertama maupun tingkat lanjutan (BPJS Kesehatan, 2014).

Tujuan dilaksanakannya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) untuk memberikan perlindungan dan kesejahteraan sosial seperti pemenuhan kebutuhan hidup dasar yang layak apabila menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut, atau pensiun. Filosofi SJSN diantaranya; 1) Hak asasi manusia merupakan asas utama dalam memberikan penghargaan terhadap martabat manusia serta pemenuhan kebutuhan hidup dasar yang

layak; 2) Negara bertanggungjawab terhadap perekonomian dan kesejahteraan; 3) SJSN bertujuan untuk pengembangan sebagai manusia yang bermanfaat (Putri, 2014).

Menurut Sayekti, N. W., & Sudarwati, Y, 2010, Undang-undang SJSN, mengamankan tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Sesuai UU SJSN dan hasil putusan MK nomor 007/PUU-III/2005 tanggal 18 Agustus 2005 yaitu :

- a. BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (kesehatan, kecelakaan kerja, hari tua, pensiun, kematian).
- b. BPJS harus dibentuk dengan Undang-Undang.
- c. BPJS berkedudukan dan berkantor pusat di Ibu Kota Negara.
- d. BPJS dalam penyelenggaraannya berdasarkan prinsip nirlaba; keterbukaan; kehati-hatian; akuntabilitas; portabilitas; dana amanat.

Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan pada prinsip :

- a. Prinsip kegotong-royongan, diwujudkan dalam mekanisme gotong royong dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat; dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu; peserta

yang berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi; dan peserta yang sehat membantu yang sakit.

- b. Prinsip nirlaba, dana yang terkumpul maupun surplus dana digunakan untuk memenuhi kepentingan peserta, tidak untuk mencari laba atau keuntungan.
- c. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas. Prinsip yang diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan. Keterbukaan, dimana informasi yang lengkap dan benar tentang dana dan hasil pengembangannya dapat diakses oleh peserta karena dana berasal dari iuran peserta; Kehati-hatian, pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman dan tertib; Akuntabilitas, pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.
- d. Prinsip portabilitas, yang dimaksud adalah keberlangsungan jaminan terhadap peserta dalam wilayah Indonesia.
- e. Prinsip kepesertaan bersifat wajib yaitu wajib bagi seluruh masyarakat dengan penerapan yang disesuaikan dengan kemampuan ekonominya.
- f. Dana amanat merupakan kumpulan dana dari seluruh peserta yang digunakan untuk kesejahteraan peserta.

- g. Hasil pengelolaan dana jaminan sosial nasional, hasil deviden dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial (Kesmawan, 2014).

Jaminan kesehatan bersifat asuransi sosial dan nirlaba. Cakupan jaminan yang diberikan kepada peserta meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial memiliki tugas dan kewajiban sebagai berikut : a) Menyelenggarakan program jaminan sosial; b) Memberikan nomor identitas tunggal kepada setiap peserta dan anggota keluarganya; c) Memberikan informasi tentang hak dan kewajiban kepada peserta untuk mengikuti ketentuan yang berlaku; d) Membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat lima belas hari sejak permintaan pembayaran diterima; e) Mengelola dan mengembangkan dana jaminan sosial secara optimal dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai; f) Mengelola pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku; g) Memberikan informasi tentang jumlah iuran dan hasil pengembangannya serta manfaat dari jenis program jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian sekurang-kurangnya sekali

dalam satu tahun; h) Membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktek aktuarial yang lazim dan berlaku umum.

Selain itu, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial memiliki hak dan kewenangan berupa; a) Menerima iuran program jaminan sosial; b) Mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas jaminan kesehatan; c) Menjalin kerja sama dengan fasilitas kesehatan milik pemerintah atau swasta; d) Membuat kesepakatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan mengenai besarnya pembayaran kepada fasilitas kesehatan; e) Menerima hasil monitoring dan evaluasi tentang program jaminan sosial yang diselenggarakannya dari Dewan Jaminan Sosial Nasional.

Panduan Layanan bagi peserta BPJS Kesehatan yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan, dikatakan bahwa maka peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran, meliputi :

a. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI)

Yang meliputi fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI)

Yang terdiri dari :

- 1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya; Pegawai Negeri Sipil; Anggota TNI; Anggota Polri; Pejabat Negara; Pegawai Pemerintah non Pegawai Negeri; Pegawai Swasta; dan Pekerja yang tidak termasuk yang menerima upah, termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- 2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya; Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri; Pekerja yang tidak termasuk yang bukan penerima upah, termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- 3) Bukan pekerja dan anggota keluarganya; Investor; Veteran Perintis kemerdekaan; Pemberi Kerja; Janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan; Penerima Pensiun, terdiri dari : (1) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun; (2) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun; (3) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun; (4) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun yang mendapat hak pensiun; (5)

Penerima pensiun lain; dan (6) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun lain yang mendapat hak pensiun. Bukan Pekerja yang tidak termasuk yang mampu membayar iuran.

2. Klaim

Menurut Kamus Besar bahasa Indonesia dalam Subardi (2014), pengertian klaim adalah merupakan tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak (memiliki atau mempunyai) atas sesuatu. Pengertian lain dari klaim merupakan keinginan atau tuntutan pembayaran manfaat sesuai sama dengan ketentuan yang ditatat dalam polis.

a. Alur Verifikasi Klaim

Verifikasi adalah melakukan pemeriksaan tentang kebenaran laporan, pernyataan, perhitungan uang dan sebagainya. Dalam melakukan verifikasi dokumen klaim, maka seorang verifikator BPJS melakukan tahap dan alur verifikasi yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, alur adalah aturan, adat yang benar. Dalam buku petunjuk teknis Verifikasi Klaim tahun 2014, terdapat empat tahap verifikasi, yaitu :

1) Verifikasi Administrasi

Verifikasi administrasi adalah memeriksa kebenaran administrasi kepesertaan. Pada tahap ini dokumen klaim yang akan diverifikasi untuk pelayanan rawat jalan dan rawat inap adalah sebagai berikut :

a) Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa menginap di rumah sakit. Persyaratan dokumen pelayanan rawat jalan yang harus dipenuhi adalah sebagai berikut :

(1) Surat *Elegibilitas* Peserta (SEP)

(2) Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter.

(3) Pada pembayaran klaim diluar tarif INA CBG's dibutuhkan tambahan bukti pendukung :

(a) Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus

(b) Resep alat kesehatan

(c) Tanda terima alat bantu kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak, dll)

b) Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan rawat inap merupakan pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di rumah sakit. Adapun persyaratan yang harus dipenuhi yaitu :

- (1) Surat perintah rawat inap
- (2) Surat *Elegibilitas* Peserta (SEP)
- (3) Resume medis yang berisikan tentang identitas pasien, anamnesa, pemeriksaan fisik, diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter.
- (4) Pada kasus tertentu, bila ada pembayaran klaim diluar INA CBG's diperlukan tambahan bukti pendukung :
 - (a) Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus
 - (b) Resep alat bantu kesehatan (alat bantu gerak, *collar neck*, korset, dan lain-lain)
 - (c) Tanda terima alat bantu kesehatan

Pada tahap ini terdapat verifikasi administrasi, yaitu meneliti kesesuaian dokumen klaim yaitu antara Surat

Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang di input dalam aplikasi INA CBG's

2) Verifikasi Administrasi Pelayanan

Langkah-langkah dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah :

- a) Melakukan pengecekan kesesuaian antara dokumen klaim dengan dokumen yang harus disertakan
- b) Jika terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan dokumen maka akan dikembalikan ke rumah sakit.
- c) Sesuai atau tidaknya antara tindakan operasi dengan operator, yang dituangkan dalam kewenangan klinis rumah sakit.

3) Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Hal-hal yang perlu menjadi perhatian dalam verifikasi pelayanan kesehatan adalah :

- a) Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM.

- b) Episode rawat jalan dianggap satu jika pasien melakukan konsultasi kepada dokter dengan membawa pemeriksaan penunjang dan obat yang diberikan pada hari yang sama
- c) Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari (*one day surgery*) termasuk rawat jalan.
- d) Episode rawat inap jika pasien mendapatkan perawatan > 6 jam atau pasien secara administrasi sudah menjadi pasien rawat inap atau pasien sudah menempati kamar rawat inap walaupun <6 jam.
- e) Dihitung sebagai satu episode rawat inap pada pasien dari poliklinik maupun gawat darurat yang masuk rawat inap.
- f) Pada kasus special CMG's bukti pendukung adalah :
 - (1) *Special drugs : product batch* (asli) dilampirkan dalam berkas klaim
 - (2) *Special procedure* : laporan asli
 - (3) *Special prosthesis : product batch* (asli) dilampirkan dalam berkas klaim
 - (4) *Special investigation* : expertise pemeriksaan
 - (5) *Special chronic* dan *sub acute* : instrument WHO DAS

- g) Bayi yang lahir sehat maka hanya perlu kode bahwa ia lahir hidup di lokasi persalinan, tunggal atau multiple (Z38.-)
 - h) Penggunaan kode “Z” untuk diagnosa utama bagi pasien yang kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder.
 - i) Penggunaan satu kode untuk diagnosa utama dan sekunder yang saling berkaitan.
 - j) Beberapa diagnosis yang seharusnya dikode jadi satu, tetapi dikode terpisah. (PMK Nomor 27 Tahun 2014)
- 4) Verifikasi Menggunakan Software INA CBG’S
- a) Purifikasi Data

Purifikasi berfungsi untuk melakukan validasi *output* data INA CBG’s yang ditagihkan Rumah Sakit terhadap data penerbitan SEP.

Purifikasi data terdiri dari; a) Nomor SEP; b) Nomor Kartu Peserta; c) Tanggal SEP
 - b) Melakukan proses verifikasi administrasi

Verifikator melakukan pencocokan antara resume medis dengan bukti pendukung dan hasil entry Rumah

Sakit. Setelah dilakukan verifikasi maka klaim dikategorikan sebagai klaim yang layak secara administrasi, tidak layak secara administrasi dan *pending*.

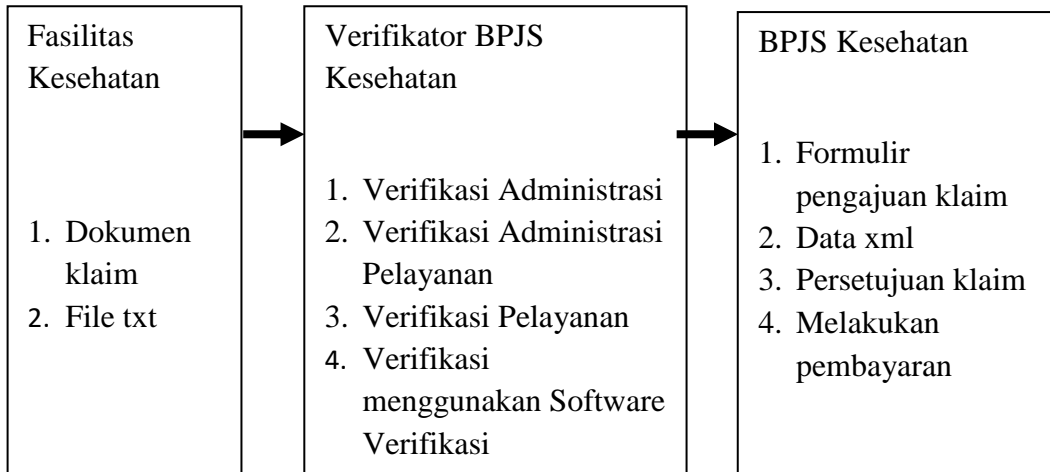
c) Proses verifikasi lanjutan

Verifikasi lanjutan dikerjakan untuk menghindari terjadinya *double* klaim dan kesalahan dalam verifikasi.

Verifikasi lanjutan untuk mengatasi adanya *double* klaim pada kasus:

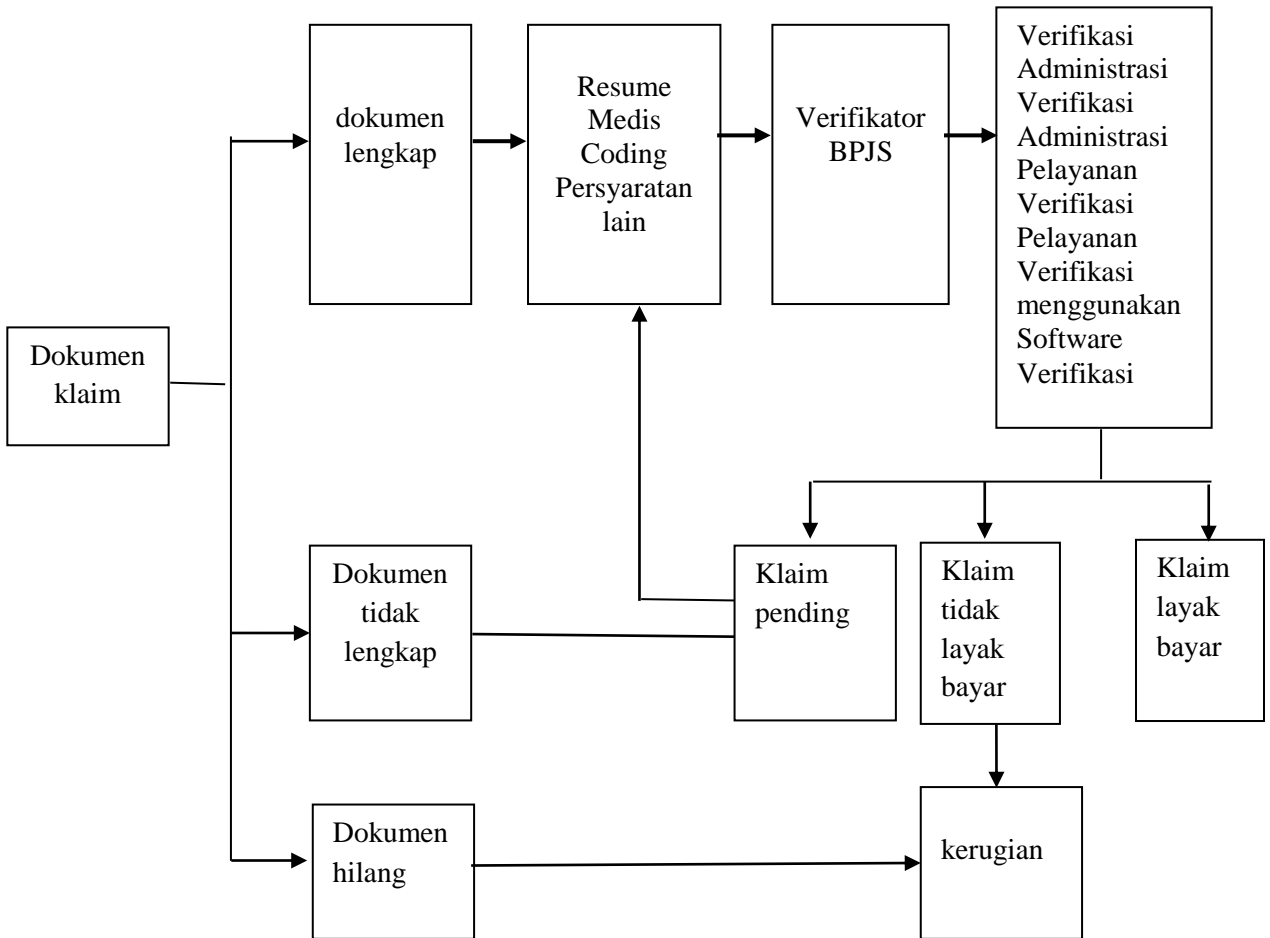
- (1) Kemungkinan readmisi pada dua kasus rawat inap atau pasien hanya dipulangkan secara administrasi.
- (2) Pasien rawat jalan yang rawat inap dilakukan dua klaim pada rawat jalan dan rawat inap yang seharusnya sudah menjadi satu episode rawat inap.
- (3) Adanya pasien dengan kunjungan di dua atau lebih layanan poliklinik pada hari yang sama maka hanya dapat diklaimkan menjadi satu.

B. Kerangka Teori



Gambar 1. Alur Verifikasi Klaim

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

D. Penelitian Terdahulu

Penelitian ini merupakan studi kasus tentang penerapan model klaim BPJS Kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dalam menurunkan klaim *pending* dan jumlah dokumen klaim yang hilang. Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kualitatif.

Berikut beberapa penelitian yang berkaitan, diantaranya :

1. Taliana D. Malonda, A.J.M. Rattu, T.Soleman, 2015. Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano. Pada penelitian tersebut membahas tentang pengajuan klaim yang tidak sesuai dengan prosedur dan tarif dalam perjanjian kerja sama.
2. Subardi, Eko. 2014. Akuntabilitas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Dalam Penanganan Klaim Asuransi Program Jaminan Kesehatan Nasional Januari – April 2014 (Studi di BPJS Kesehatan Kantor Cabang Utama Yogyakarta). Pada penelitian ini membahas tentang akuntabilitas BPJS Kesehatan dalam pembayaran klaim ke Rumah Sakit.
3. Putra, Anggara. 2016. Model Verifikasi Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Pada penelitian tersebut membahas tentang ketidaklengkapan resume medis dan ketidaksesuaian *coding* antara petugas rekam medis dengan verifikator BPJS Kesehatan.