

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Pengertian Asuransi

Asuransi adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, yang mana pihak penanggung mengikatkan diri pada tertanggung, dengan menerima premi asuransi untuk memberikan penggantian pada tertanggung jika mengalami kerugian, kerusakan atau kehilangan, peristiwa yang tidak pasti, hingga kematian kepada seseorang yang dipertanggungkan (Undang Undang No 2, 1992).

Terdapat asuransi yang umum digunakan di Indonesia, yaitu asuransi sosial, jiwa, asuransi kerugian.

- a. Asuransi Sosial : Asuransi sosial merupakan bagian dari kewajiban pemerintah dalam undang-undang dimana pemerintah memberikan jaminan dasar bagi masyarakat tanpa mempertimbangkan kepentingan untuk memperoleh keuntungan komersial.

- b. Asuransi Jiwa: Asuransi ini yang meliputi risiko kecelakaan yang mungkin dapat terjadi kepada siapapun dan tidak dapat dipastikan, risiko hari tua yang sudah pasti akan terjadi meskipun itu dalam waktu jangka yang lama, dan risiko kematian yang pasti terjadi meski waktunya tidak bisa diketahui dan dapat terjadi sewaktu-waktu. Contoh lain dari asuransi jiwa adalah asuransi investasi, asuransi kesehatan, asuransi tabungan, asuransi pensiun, dan asuransi pendidikan.
- c. Asuransi Kerugian : Asuransi kerugian merupakan asuransi yang memiliki resiko untuk terjadinya kerugian, yaitu asuransi terhadap kecelakaan atau kesehatan, asuransi kepentingan keuangan, asuransi tanggung jawab hukum, dan asuransi harta benda yang berupa properti maupun kendaraan (Undang Undang No 2, 1992).

2. Pengertian Klaim

Klaim adalah perjanjian satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan, agar hak nya terpenuhi. Satu dari dua pihak yang melakukan perjanjian tersebut akan mengajukan klaimnya kepada pihak lainnya sesuai dengan perjanjian yang disepakati bersama oleh kedua pihak (Yaslis Ilya, 2006).

Pada manajemen klaim terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan, antara lain :

- a. Adanya dua belah pihak yang telah melakukan perjanjian. Hal ini memberikan gambaran jelas siapa yang memiliki hak serta kewajiban.
- b. Adanya perjanjian yang resmi antara kedua pihak terhadap perjanjian yang mereka sepakati bersama. Ikatan tersebut meliputi saling percaya, saling mengikat secara etis, dan secara hukum.
- c. Adanya *Informed Consent* yang artinya kedua pihak memahami aspek yang telah mengikat mereka. Adapun ikatan tersebut dilakukan dengan dasar

kesadaran, kesukarelaan dan bukan paksaan, ancaman, dan tipuan.

- d. Didokumentasikan. Dokumentasi dari pernyataan ikatan antara kedua pihak digunakan untuk menghindari kemungkinan terjadinya pengingkaran oleh salah satu pihak, bisa disengaja atau tidak disengaja. Biasanya bentuk perjanjian ini berupa sertifikat polis yang berhubungan dengan kewajiban dan tanggung jawab dari kedua belah pihak secara tertulis (Yaslis Ilya, 2006).

3. Program Jaminan Kesehatan Nasional

Pemerintah mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bagi seluruh rakyat Indonesia sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 pasal 18 hingga 24 tentang jaminan sosial sebagai bukti pemerintah memiliki komitmen besar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia adalah bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional

(SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh masyarakat Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi. Adanya perlindungan asuransi ini dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan bagi masyarakat Indonesia. Perlindungan ini diberikan kepada masyarakat yang membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Undang Undang 40 Pasal 41, 2004).

Terdapat 2 (dua) jenis pelayanan yang diperoleh oleh peserta JKN, yakni pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Pelayanan kesehatan terdiri dari pelayanan promotif; preventif, kuratif, dan rehabilitative (BPJS No. 1, 2014).

4. Tarif Rumah Sakit

Tarif adalah nilai suatu jasa dari pelayanan rumah sakit dengan sejumlah uang di mana berdasarkan nilai tersebut rumah sakit bersedia memberikan jasa kepada pasien. Tarif merupakan nilai suatu jasa pelayanan yang

telah ditetapkan sebagai ukuran sejumlah uang berdasarkan pertimbangan nilai uang tersebut sebuah rumah sakit atau puskesmas bersedia memberikan jasa kepada pasien (Trisnantoro, 2004).

Tarif di rumah sakit adalah suatu aspek yang penting baik di rumah sakit swasta atau juga di rumah sakit pemerintah, untuk di rumah sakit pemerintah, tarif biasanya sudah ditetapkan berdasarkan SK pemerintah daerah (Departemen Kesehatan RI, 1992).

5. Mekanisme Pembayaran

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

a. Mekanisme Pembayaran Iuran

Proses pembayaran iuran peserta kepada BPJS kesehatan disesuaikan dengan kepesertaan yang terdaftar di BPJS kesehatan.

- 1) Iuran bagi peserta PBI dibayarkan oleh pemerintah pusat melalui kementerian kesehatan kepada BPJS kesehatan.
- 2) Iuran bagi peserta yang didaftarkan oleh pemerintah daerah dibayarkan oleh pemerintah daerah dengan besaran iuran minimum sama dengan besar iuran untuk peserta PBI.
- 3) Iuran jaminan kesehatan bagi peserta pekerja penerima upah dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a) Pemberi kerja mengambil iuran dari pekerja dan membayar iuran yang menjadi tanggung jawab pemberi kerja kemudian iuran disetorkan ke BPJS kesehatan.
 - b) Pemerintah pusat dan pemerintah daerah sebagai pemberi kerja menyetorkan iuran kepada BPJS kesehatan melalui rekening kas negara dengan tata cara pengaturan penyetoran dari kas negara kepada BPJS

kesehatan yang telah diatur oleh kementerian keuangan.

4) Iuran bagi peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja yaitu iuran yang dibayarkan oleh peserta sendiri kepada BPJS sesuai dengan kelas perawatan yang diinginkan.

5) Iuran bagi penerima pensiun, veteran, dan perintis kemerdekaan dimana iuran tersebut dibayar oleh pemerintah kepada BPJS kesehatan.

b. Mekanisme pembayaran ke fasilitas kesehatan

BPJS kesehatan akan membayar kepada FKTP dengan system kapitasi dan non kapitasi. Untuk FKRTL, BPJS kesehatan akan membayar dengan sistem paket INA CBG's dan di luar paket INA CBGs.

c. Mekanisme Pembayaran INA CBGs

Pembayaran dengan menggunakan sistem INA CBGs terhadap FKRTL berdasarkan pada pengajuan klaim dari FKRTL baik untuk pelayanan

rawat jalan atau untuk pelayanan rawat inap. Klaim FKRTL dibayarkan oleh BPJS kesehatan paling lambat 15 hari setelah berkas klaim yang diterima telah dinyatakan lengkap. Pengaturan lebih lanjut tentang sistem paket INA CBGs di atur lebih lanjut dalam petunjuk teknis INA CBGs.

d. Mekanisme Pembayaran di luar paket INA CBGs

Pembayaran di luar paket INA CBGs terhadap FKRTL berdasarkan pada ketentuan Menteri Kesehatan.

6. Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan

Dalam yang dimaksud dengan Tarif kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang harus dibayar diawal oleh BPJS kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama sesuai jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Tarif non kapitasi adalah besaran

pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Tarif *Indonesian Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif INA CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit (Permenkes No 69 Tahun 2013).

Tarif pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit umum rujukan nasional dan tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit khusus rujukan nasional. Penetapan regional dimaksud bagi setiap fasilitas kesehatan tingkat lanjutan merupakan hasil kesepakatan bersama antara BPJS kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Tarif rawat jalan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (FKTL) berupa klinik utama atau yang setara diberlakukan tarif sebesar 50% (lima puluh persen) dari standar tarif INA CBG's untuk kelompok rumah sakit kelas D. Tarif rawat inap di

fasilitas kesehatan tingkat lanjutan berupa klinik utama atau yang setara diberlakukan tarif sebesar 35% (tiga puluh lima persen) dari standar tarif INA-CBG's untuk kelompok rumah sakit kelas D dengan perawatan kelas III. Tarif INA-CBG's sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari peraturan menteri. Pedoman teknis pelaksanaan peraturan menteri ini ditetapkan oleh BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan menteri (Permenkes No 69 Tahun 2013).

Penentuan jasa rawat inap merupakan suatu keputusan sangat penting karena dapat mempengaruhi profitabilitas suatu rumah sakit karena adanya berbagai fasilitas pada jasa rawat inap, serta jumlah biaya *overhead* yang tinggi, maka semakin menuntut ketepatan dalam pembebanan biaya yang sesungguhnya (Stiani, 2004).

Tarif yang tidak akurat akan memberikan infoRekam Medisasi biaya yang terdistorsi yaitu *undercosting* atau *overcosting* yang mengakibatkan

kesalahan pengambilan keputusan dan kelangsungan organisasi.

7. Verifikasi Klaim BPJS

Ruang lingkup verifikasi klaim BPJS kesehatan terdiri dari verifikasi administrasi klaim dan verifikasi pelayanan kesehatan. Berdasarkan petunjuk panduan praktis teknis verifikasi klaim:

a. Verifikasi Administrasi Klaim

Dalam verifikasi administrasi, klaim mencakup 2 (dua) hal pokok yaitu berkas klaim yang akan diverifikasi dan tahap verifikasi administrasi 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 penanggung jawab pasien (DPJP), protokol terapi dan regimen 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 serta ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP), laporan operasi (jika diperlukan), protokol terapi dan regimen (obat khusus, resep alat kesehatan, tanda terima alat kesehatan (alat bantu gerak, *collarneck*, *corset*, dll), berkas pendukung lain yang diperlukan. Adapun tahap verifikasi administrasi klaim yaitu meliputi

- 1) Verifikasi Administrasi Kepesertaan: Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara surat eligibilitas peserta (SEP) dengan data yang diinput dalam aplikasi INA CBGs dengan berkas pendukung lainnya.
- 2) Verifikasi Administrasi Pelayanan: Pada verifikasi administrasi yang harus diperhatikan adalah :

- a) Untuk kode INA CBGs severity level III pastikan terdapat pengesahan dari komite medik.
- b) Kesesuaian spesialisasi dokter penanggung jawab pasien (DPJP) dengan diagnosa. Sebagai contoh, pasien dengan diagnosa jantung namun DPJP nya adalah spesialis mata, lakukan pengecekan ke resume medis atau poli.
- c) Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator. Kesesuaian antara tipe rumah sakit dan kompetensi dokter di rumah sakit tersebut, misalnya: tindakan kraniotomi yang dilakukan di Rumah Sakit Type D, Tindakan CABG yang dilakukan di Rumah Sakit yang perlu dilakukan pengecekan lebih lanjut. Koding yang ditentukan koder tidak terpisah. Contoh : *Diabetes Melitus with Nephrophaty* menjadi Diabetes Melitus

(Diagnosa Primer) dan *Nephropathy* (Diagnosa Sekunder) perhatikan readmisi untuk diagnosa penyakit yang sama, jika pasien masuk dengan diagnosa yang sama lakukan pengecekan 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.

- d) Pada kasus spesial CMGs, alat kesehatan dengan prosedur operasi di pastikan kesesuaian tagihan dengan resumemedis, billing rumah sakit dan laporan operasi. Diluar prosedur operasi: pastikan kesesuaian tagihan dengan resume medis, billing rumah

sakit, resepalat kesehatan, bukti tanda terima alat kesehatan. Pada kasus spesial obat, pastikan kesesuaian antara tagihan dengan resume medis, billing dan regimen (jadwal dan rencana pemberian obat).

b. Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Hal-hal yang harus menjadi perhatian adalah:

- 1) Tingkat keparahan (*severity level*) sesuai dengan tipe dan kompetensi rumah sakit.
- 2) Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM.
- 3) Kasus spesial CMGs:
 - a) Spesial obat: steptokinase, deferiprone, deferoksamin, deferasirox, human albumin.
 - b) Spesial prosedur, contoh: Tumor pineal-endoscopy, pancreatectomy dll. Diperlukan surat keterangan dokter sebagai

keterangan/laporan operasi untuk spesial prosedur yang dilakukan.

- c) *Spesial investigations: other CT Scan, Nuclear Medicine, MRI, diagnostic and prosedur imaging on eye.* Kasus yang mendapatkan *spesial investigation* telah dilengkapi bukti pelayanan penunjang sebelumnya, seperti : *MRI* dilakukan setelah ada hasil X-ray dan *CT Scan*, dan sebagainya (BPJS, 2014).

Dalam klaim pembayaran kepada BPJS kesehatan yang telah selesai diberikan maka fasilitas kesehatan perlu memperhatikan bagaimana proses verifikasi dilakukan oleh BPJS kesehatan. Proses verifikasi dilakukan melalui beberapa tahap, antara lain dengan melakukan pemeriksaan berkas dan melakukan konfirmasi. Pemeriksaan berkas sendiri merupakan pemeriksaan akan kelengkapan berkas, isian dalam berkas dan biaya yang diajukan. Sedangkan untuk

verifikasi melalui konfirmasi akan dilakukan jika ada temuan khusus yang perlu dijelaskan.

Pemeriksaan berkas, meliputi kelengkapan berkas, isi berkas dan biaya yang akan diajukan. Berkas yang diperiksa meliputi:

- a. Surat Eligibilitas Peserta
- b. Dilegalisasi petugas BPJS kesehatan
- c. Nomor SEP
- d. Identitas yang tertera di SEP (No. Kartu, Nama, Tgl Lahir, No. MR, Poli Tujuan/ Ruang Perawatan)
bandingkan data di SEP, lembar kerja dan berkas pendukung. Data di SEP harus sama dengan data di lembar kerja dan data di berkas pendukung
- e. Pastikan untuk rawat jalan melampirkan bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP).

Pemeriksaan biaya pelayanan kesehatan yang *dientry* serta kesesuaian dengan kode INACBGs yang dihasilkan untuk menghindari diagnosis dengan biaya mahal dan kemungkinan penagihan berulang atau disebut *double*. Hal ini dilakukan untuk memperoleh bukti atau mendapatkan informasi atas klaim yang diajukan, antara lain:

- a. Konfirmasi administrasi pelayanan yaitu melakukan konfirmasi kepada *coder* dengan meminta bukti pendukung yang diperlukan, diagnosis primer maupun sekunder dan prosedur yang ada di dalam resume medis pasien.
- b. Konfirmasi administrasi klaim adalah konfirmasi administrasi bukti-bukti spesial CMG. Dalam langkah-langkah konfirmasi tersebut adalah, jika tidak didapatkan adanya bukti-bukti maka klaim dikembalikan kepada petugas klaim rumah sakit untuk dilengkapi atau diperbaiki (BPJS, 2014).

B. Penelitian Terdahulu

Peneliti telah melakukan penelusuran terhadap penelitian serupa, ternyata masih sangat lah terbatas penelitian mengenai “Evaluasi Pelaksanaan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping “.

Peneliti sebelumnya yang berkaitan dengan penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 2. 1 Peneliti terdahulu

No.	Penulis	Tahun	Metode	Hasil	Perbedaan
1	Taliana D. Malonda	2015	metode kualitatif	Pengajuan klaim BPJS dr.Sam Ratulangi Tondano belum berjalan secara menyeluruh dan terpadu seperti kelengkapan pencatatan status rekam medis dan keterlambatan penyerahan status rekam medis.	Metode dengan studi pembahasa sama. Namun terdapat perbedaan lokasi peneltian.
2	Endang Yuniarti	2015	analitik non eksperimental dengan rancangan cross sectional study	Terdapat selisih biaya terapi penyakit DM pasien JKN antara tarif Rumah Sakit PKU Muhammadiyah	Perbedaan adalah pada metode penelitian namun studi kasus dan lokasi penelitian terdapat kesamaan

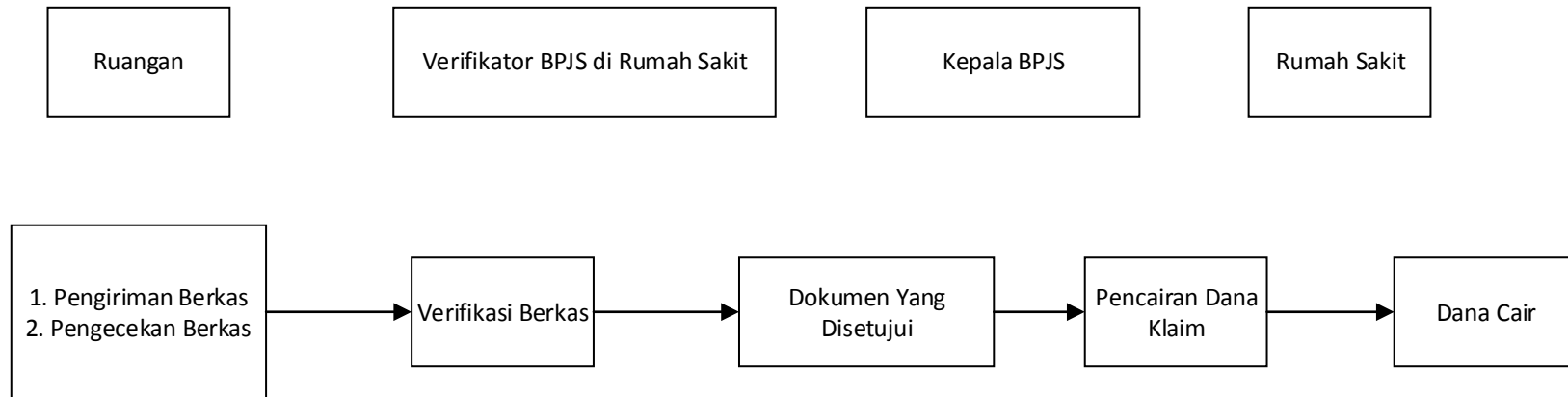
				Yogyakarta dengan tarif INA CBGs yang berpotensi menimbulkan kerugian bagi pihak pemberi pelayanan dalam hal ini RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta serta berpotensi menurunkan kualitas pelayanan untuk pasien rawat jalan baik DM tipe 1 maupun DM tipe 2.	
3	Elsi Susanti	2017	metode deskriptif	tidak adanya perbedaan yang significant antara kualitas pelayanan yang diterima pasien BPJS dan Non BPJS jika dilihat dari dimensi pelayanan kesehatan. Maka dari itu rumah sakit seharusnya tidak membeda bedakan pelayanan antara pasien BPJS dan Non BPJS, sehingga mereka merasa puas dengan pelayanan yang diberikan rumah sakit.	Metode penelitian sama namun berbeda studi kasus dan lokasi penelitian

4	Rarasati Desi Hanggono	2017	kualitatif menggunakan pendekatan struktural-fungsional kelembagaan	Otoritas rumah sakit yang menerapkan adanya kebijakan mengenai pembatasan pelayanan. Sehingga terjadilah benturan antara pihak BPJS Kesehatan Kota Malang dengan Rumah Sakit Lavalette. Disisi lain, pihak rumah sakit menerapkan kebijakan tersebut dikarenakan adanya keterbatasan jumlah tenaga medis, peralatan kesehatan, dan adanya penerapan sistem paket INA CBG'S.	Kesamaan metode namun berbeda studi kasus dan lokasi penelitian
5	Linda Megawati	2016	survey analitik dengan pendekatan <i>case control</i>	Kelengkapan berkas syarat klaim BPJS di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta didapatkan tiga syarat klaim BPJS pasien rawat inap yang tidak lengkap pada berkas kasus (case) yaitu pada item laporan individual pasien,	Perbedaan pada survey responden namun studi kasusnya sama.

				laporan penunjang, dan fotocopy kartu BPJS	
6	Anggit Aprianto	2017	metode yuridis sosiologis.	pendekatan lancarnya pelaksanaan rutinitas fungsi dan pendekatan terwujudnya dampak yang dikehendaki yang dikemukakan oleh Randall B. Repley dan Grace A. Franklin ada beberapa kendala yang ditemukan. Diantaranya seperti adanya batasan pada beberapa ketentuan seperti penggunaan obat-obatan yang harus disesuaikan dengan INA-CBGs, waktu dalam penerbitan SEP, keterlambatan pembayaran klaim.	Perbedaan pada metode analisis dan studi kasus lebih spesifik

C. Kerangka Teori

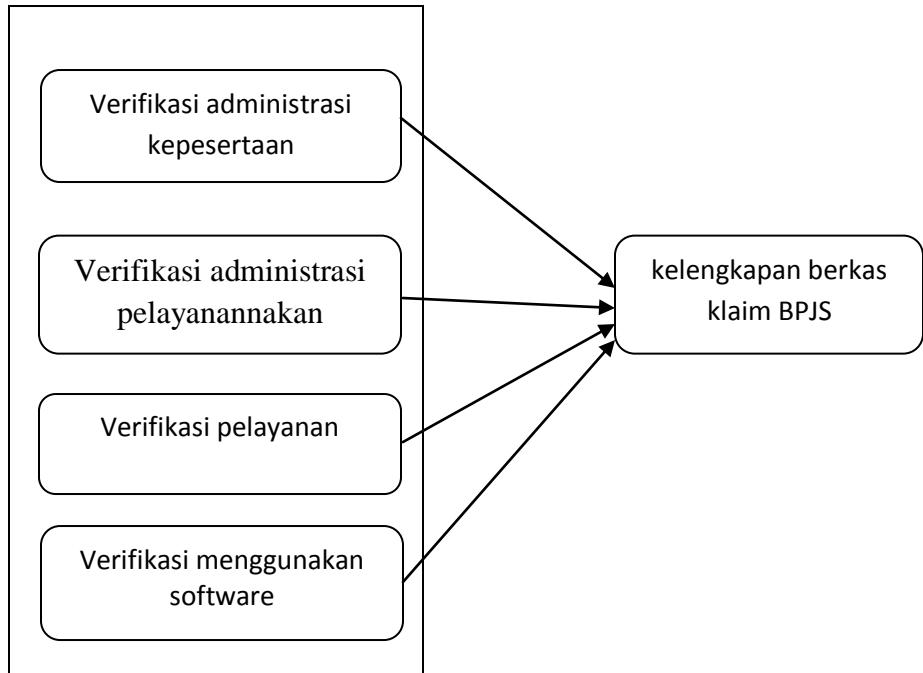
Berdasarkan Petunjuk teknis verifikasi klaim BPJS kesehatan 2014 diatas, peneliti membuat kerangka teori sebagai berikut :



Gambar 2.1 Bagian kerangka teori

Sumber : Petunjuk teknis verifikasi klaim BPJS kesehatan 2014

D. Kerangka Konsep



Gambar 2.1 kerangka konsep