



MIK-V

SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN

Niken Sekarningrum, S.ST., M.KL.

2017

MIK-V
(SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN)

	Halaman
BAB 1 Pengantar Sistem Pembayaran Pelayanan Kesehatan	1
BAB 2 Sistem Pembayaran Pelayanan Kesehatan	2
BAB 3 <i>Diagnostic and Procedural Groupings</i>	3
BAB 4 <i>Case Mix Analysis and Indexes</i> (Bagian 1)	4
BAB 5 <i>Case Mix Analysis and Indexes</i> (Bagian 2)	5
BAB 6 <i>Severity of Illness Systems</i>	6
BAB 7 <i>Coding Compliance Strategies, Auditing, and Reporting</i>	7
BAB 8 <i>Coding Quality Monitors and Reporting</i>	8
BAB 9 <i>Compliance Strategies and Reporting</i>	9
BAB 10 <i>Payment Methodologies and Systems</i>	10
BAB 11 <i>Billing Processes and Procedures</i> (Bagian 1)	11
BAB 12 <i>Billing Processes and Procedures</i> (Bagian 1)	12
BAB 13 <i>Reimbursement Monitoring and Reporting</i> (Bagian 1)	13
BAB 14 <i>Reimbursement Monitoring and Reporting</i> (Bagian 2)	14

BAB 1

PENGANTAR SISTEM PEMBAYARAN PELAYANAN KESEHATAN

Mekanisme pembayaran merupakan suatu cara untuk menetapkan insentif perilaku bagi pelaku pelayanan yang kompleks, dimana dapat mempengaruhi hubungan antara pelaku dan pembayar (baik pasien, pihak ketiga, ataupun keduanya). Mekanisme pembayaran ini menentukan jumlah dan aliran uang dari pembayar ke pelaku pelayanan selama menerima jasa pelayanan kesehatan.

BAB 2 SISTEM PEMBAYARAN PELAYANAN KESEHATAN

1. Jenis Sistem Pembayaran Pelayanan Kesehatan

Sistem pembayaran pelayanan kesehatan adalah metode pembayaran atas jasa layanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien. Secara umum, terdapat 2 jenis sistem pembayaran pelayanan kesehatan, yaitu :

- 1) Sistem *Retrospective Payment Systems (RPS)*
- 2) Sistem *Prospective Payment Systems (PPS)*

2. Sistem *Retrospective Payment Systems (RPS)*

Sistem RPS adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktivitas pelayanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan maka semakin besar biaya yang harus dibayarkan (Kepmenkes, Sehingga **pembayaran** pada umumnya dilakukan **di akhir proses**. Sebagai contoh : *Fee For Services (FFS)*.

Dalam sistem ini terdapat hubungan yang saling tegak lurus antara aktivitas pelayanan kesehatan yang diberikan dengan biaya pembayaran jasa. Adapun pembayaran pelayanan meliputi : tindakan diagnosis, terapi, dan pengobatan, yang kemudian dijumlahkan dan ditagihkan rekeningnya. Semakin banyak aktivitas pelayanan kesehatan yang diberikan maka semakin tinggi/ besar biaya pembayaran kesehatan yang harus dikeluarkan oleh pasien. Hal tersebut juga berarti bahwa semakin meningkat pula insentif yang akan diterima oleh dokter. Adapun keuntungan sistem FFS antara lain :

- 1) Merupakan mekanisme yang baik untuk memberikan imbalan yang sesuai dengan tingkat kesulitan keadaan pasien,
- 2) Menciptakan kondisi yang “adil” karena menghubungkan beban kerja dengan jumlah pendapatan,
- 3) Memotivasi dokter untuk lebih tertib pada catatan praktik,
- 4) Pasien mempunyai kekuatan untuk mempengaruhi dokter agar memberikan pelayanan terbaiknya.

Selain keuntungan, sistem FFS juga memiliki kekurangan antara lain :

- 1) Munculnya motivasi dokter untuk memberikan pelayanan secara berlebihan atas dasar motivasi ekonomi (menaikkan pendapatan) sehingga cenderung memberikan pelayanan medis ke kasus-kasus yang dinilai menguntungkan besar,
- 2) Mempunyai tendensi meningkatkan inflasi pelayanan kesehatan,

3) Sulit untuk menyusun anggaran sebelumnya.

Secara umum, penerapan sistem RPS memiliki kelebihan dan kekurangan baik bagi pihak penyedia jasa pelayanan kesehatan (*provider*), pengguna jasa pelayanan kesehatan (pasien), maupun pembayar/ *payer*. Adapun kelebihan dan kekurangan tersebut antara lain :

Tabel. Kelebihan dan Kekurangan Sistem *Retrospective Payment Systems (RPS)*

PIHAK	KELEBIHAN	KEKURANGAN
Penyedia Jasa Pelayanan Kesehatan (<i>Provider</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko keuangan sangat kecil 2. Pendapatan rumah sakit tidak terbatas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada insentif untuk pelaku <i>preventif care</i> 2. <i>Supplier induced – demand</i>
Pengguna Jasa Pelayanan Kesehatan (Pasien)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu lebih singkat 2. Akses pelayanan dengan teknologi baru lebih mudah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah pasien sangat banyak (<i>overcrowded clinic</i>) 2. Kualitas pelayanan kurang
Pembayar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mudah mencapai kesepakatan dengan <i>provider</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Biaya administrasi tinggi untuk proses klaim 2. Meningkatnya risiko aliran keuangan

Sumber : Kepmenkes RI. 2016.

3. Sistem *Prospective Payment Systems (PPS)*

Sistem PPS adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan, tanpa memperhatikan tindakan medic atau lamanya perawatan di rumah sakit. Sehingga **pembayaran** pada umumnya dilakukan **di awal proses**. Sebagai contoh : kapitasi, perdiem, *case based payment, global budget, dll.*

Kapitasi adalah pembayaran dengan jumlah yang ditetapkan berdasarkan jumlah orang yang menjadi tanggung jawab dokter yang bersangkutan untuk melayaninya (pada umumnya dalam periode satu tahunan). Angka kapitasi yang dibebankan kepada masing-masing pasien dapat berbeda-beda, misalnya dari faktor usia. Pembayaran sebagai imbalan jasa diserahkan kepada pemberi pelayanan kesehatan di awal dengan jumlah yang tetap, tanpa memperhatikan jumlah kunjungan pasien, pemeriksaan, tindakan medis, obat, dan pelayanan medis lainnya. Sehingga dalam implementasinya, sistem kapitasi memiliki sisi positif dan negative. Adapun sisi positif sistem kapitasi antara lain :

1) Memberikan pelayanan yang berkualitas tinggi dengan menegakkan diagnostic

Perdiem atau tarif budget atau tarif paket adalah tarif yang harus dibayarkan kepada pihak rumah sakit dalam hitungan harian, bulanan, atau tahunan sesuai dengan jumlah yang telah ditetapkan berdasarkan biaya rawat inap dan tindakan medic lainnya. Semakin besar pengelompokan tindakan medic, maka semakin besar dorongan untuk melakukan efisiensi pelayanan medis dan/atau menyederhanakan kegiatan administrasi rumah sakit. Namun dalam sistem perdiem masih terkait dengan sistem FFS yaitu ada pembatasan efisiensi yang dapat dilakukan oleh pihak rumah sakit.

Case based payment menganut pembayaran atas pake pelayanan/ episode pelayanan. Pembayaran tidak didasarkan oleh item dan dijumlahkan seperti pada FFS. Daftar pembayaran mungkin tidak berkaitan dengan biaya pelayanan sesungguhnya yang diberikan kepada pasien tertentu di suatu rumah sakit, seperti sistem *Diagnosis Related Groups (DRG)*.

Global budget (anggaran global) adalah sistem pembayaran dimana seluruh anggaran pelaksanaan pelayanan kesehatan dirancang di muka untuk menyediakan pengeluaran tertinggi, tetapi memungkinkan pemanfaatan dana secara fleksibel dalam batas tertentu.

Penerapan sistem RPS memiliki kelebihan dan kekurangan, antara lain :

Tabel. Kelebihan dan Kekurangan Sistem *Prospective Payment Systems (RPS)*

PIHAK	KELEBIHAN	KEKURANGAN
Penyedia Jasa Pelayanan Kesehatan (<i>Provider</i> : rumah sakit, Puskesmas, dll)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pembayaran lebih adil sesuai dengan kompleksitas pelayanan 2. Proses klaim lebih cepat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kurangnya kualitas <i>coding</i> akan menyebabkan ketidaksesuaian proses <i>grouping</i> (pengelompokan kasus)
Pengguna Jasa Pelayanan Kesehatan (Pasien/ Peserta)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kualitas pelayanan baik 2. Dapat memiliki <i>provider</i> dengan pelayanan terbaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengurangan kuantitas pelayanan 2. <i>Provider</i> merujuk keluar/ rumah sakit lain
Pembayar/ Penyelenggara Asuransi Kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat pembagian risiko keuangan dengan <i>provider</i> 2. Biaya administrasi lebih rendah 3. Mendorong peningkatan sistem informasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memerlukan pemahaman mengenai konsep prospektif dalam implementasinya 2. Memerlukan monitoring pasca klaim

Sumber : Kepmenkes RI. 2016.

Selain jenis-jenis sistem pembayaran pelayanan kesehatan tersebut, juga terdapat sistem pembayaran *daily charge*, *flat rate/ bonus payment*, dan *salary*.

Daily charge atau pembayaran berdasar hari adalah pembayaran secara langsung dengan jumlah tetap per hari bagi pelayanan atau hospitalisasi. *Flat rate/ bonus payment* juga memiliki kesamaan dengan *daily charge*, tetapi jenis pembayaran pelayanan dilakukan terhadap sejumlah paket pelayanan kesehatan yang telah disepakai oleh kedua belak pihak. Sedangkan *salary* atau gaji adalah sistem pembayaran pelayanan kesehatan berupa pendapatan tetap per tahun yang tidak diberikan atas dasar beban kerja atau biaya pelayanan yang telah diberikan kepada pasien.

Definisi penyedia jasa/ penyelenggaran pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan berupa fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (Kepmenkes RI, 2016)

Daftar Pustaka :

Kepmenkes RI. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesia Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta.

BAB 3

DIAGNOSTIC AND PROCEDURAL GROUPINGS

1. Konsep Dasar *Diagnosis Related Groups (DRG)*

1.1. Definisi DRG

Diagnosis Related Groups (DRG) adalah sistem pemberian imbalan jasa pelayanan kesehatan pada penyedia pelayanan kesehatan yang diterapkan berdasarkan pengelompokan diagnosis penyakit (Nythrie, 2008).

1.2. Sejarah DRG

DRG mulai diperkenalkan pertama kali oleh Profesor Bob Fetter dan Jon Thompson dari Yale University, Amerik Serikat pada tahun 1980. DRG mulai digunakan sebagai metode pembayaran pada program *medicare* dan *medicaid* di tahun 1983. Penerapan sistem DRG ditujukan sebagai upaya pengendalian biaya dan menjaga mutu pelayanan. Seiring dengan berkembangnya industry asuransi, DRG pun mulai dikenal di Indonesia (Nythrie, 2008).

1.3. Karakteristik DRG

Diagnosis Related Groups (DRG) merupakan salah satu jenis sistem pembayaran yang diterapkan di rumah sakit dengan menggunakan sistem retrospektif dan metode *case mix*. Sistem retrospektif artinya pembayaran biaya pelayanan kesehatan dilakukan di akhir per diagnosis yang diberikan. Rumah sakit akan mendapatkan pembayaran atas jasa yang telah diberikan kepada pasien berdasarkan rata-rata biaya per diagnosis/ penyakit tertentu. Sehingga rumah sakit tidak perlu membuat rincian tagihan kepada pasien, yang biasanya meliputi : tagihan tindakan, obat, sewa kamar, dll. Rumah sakit cukup menyampaikan diagnosis pasien serta kode diagnosisnya sebagai dasar penagihan biaya pelayanan kesehatan.

Sedangkan metode *case mix* artinya pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/ sama dan penggunaan sumber daya/ biaya perawatan yang mirip/ sama. Adapun klasifikasi *case mix* tersebut meliputi :

- 1) *Clinical Homogeneity* (pasien dengan kondisi klinis yang sama)
- 2) *Resource Homogeneity* (pasien dengan intensitas pengobatan/ terapi yang sama/ kesamaan konsumsi sumber daya)

(Anonim, 2010)

Pentingnya klasifikasi diagnosis adalah produk pelayanan kesehatan yang ditawarkan di rumah sakit beranekaragam, sehingga dengan adanya

klasifikasi tersebut dapat menerangkan berbagai produk dengan jelas serta dapat membantu klinisi dalam melakukan peningkatan pelayanan secara efisien, membantu dalam memahami pemakaian/ pengalokasian sumber daya yang lebih adil, serta membantu menyediakan informasi yang komparatif antar rumah sakit (Nythrie, 2008).

Berdasarkan kebutuhan di atas, sehingga sistem DRG dihadapkan pada tuntutan agar rumah sakit lebih efisien dalam menyelenggarakan pelayanan medis dan lebih meningkatkan standar mutu pelayanan kepada pasien. Dengan diterapkannya efisiensi dan peningkatan standar mutu pelayanan maka pelaksanaan administrasi rumah sakit akan menjadi lebih mudah (Anonim, 2010).

1.4. Tujuan DRG

Adapun pelaksanaan DRG bertujuan untuk :

1) Upaya kontrol biaya

Jika biaya ditetapkan secara retrospective dan dibayar dengan tanpa melihat lama tinggal pasien, maka rumah sakit akan didorong untuk menghindari dari pengeluaran biaya yang sifatnya tidak penting.

2) Penjaminan mutu

Implementasi program jaminan mutu digunakan untuk bahan evaluasi perawatan medis yang diberikan kepada pasien. Data DRG dapat dimanfaatkan oleh pihak tim medis/ komite medis untuk membuat perbandingan pembiayaan, beban/ ongkos/ *charge*, lama tinggal, dan pelayanan medis individual yang menjadi hak pasien menurut pengelompokan jenis penyakitnya.

3) Perencanaan

Data DRG dapat dimanfaatkan untuk perencanaan kebutuhan staf tenaga medis akibat adanya perubahan volume bauran *casemix*. Data DRG juga dapat dimanfaatkan sebagai informasi bagi pihak ketiga (pembayar pelayanan kesehatan) untuk membuat perbandingan provider mana yang menghasilkan pelayanan pada *unit cost* yang paling rendah.

(Nythrie, 2008)

1.5. Persyaratan Penerapan DRG

Sistem DRG diterapkan pada kasus pasien rawat inap dengan kondisi penyakit akut. Dengan lain kata, DRG tidak dapat diterapkan pada kasus pasien rawat jalan/ inap jangka panjang, seperti : kasus gangguan kejiwaan, hemodialisa pada pasien gagal ginjal, dll. Selain itu, sistem DRG juga tidak

dibebankan berdasarkan jenis pelayanan medis/ non medis yang didapatkan (Anonim, 2010).

Adapun persyaratan lain pelaksanaan DRG adalah :

- 1) Telah disetujui oleh tim medis/ komite medis;
Sistem DRG mengacu pada ICD-10 (*International Classification of Disease*) untuk penegakan diagnosis dan ICD-9 CM untuk penegakan prosedur yang diterbitkan oleh WHO.
- 2) Didukung dengan sistem insentif dan disinsentif yang jelas;
Sebagai contoh : bila biaya riil untuk menyelenggarakan pelayanan medis kepada pasien lebih besar dibandingkan dengan tarif DRG, maka selisih biaya tersebut akan dibebankan kepada rumah sakit/ dokter/ tim medis yang menangani. Namun apabila biaya riil lebih kecil daripada tarif DRG, maka rumah sakit/ dokter/ tim medis yang menangani berhak mendapatkan keuntungan.
Dalam menangani kasus diagnosis akhir adalah appendicitis, sebuah rumah sakit dijatah sebesar Rp 7.000.000,-. Sehingga segala upaya untuk menangani kasus appendicitis tidak boleh lebih dari dana tersebut. Jika ternyata selama operasional berlangsung melebihi, maka selisih dana dibebankan kepada pihak rumah sakit/ dokter/ tim medis yang bersangkutan.
- 3) Jumlah DRG disesuaikan dengan risiko yang ditanggung.
Pada umumnya diambil 3 – 4 diagnosis yang paling sering muncul atau diagnosis paling akhir.

(Anonim, 2010).

1.6. Penerapan DRG di Indonesia dan luar negeri

Sistem DRG sudah banyak diterapkan di negara-negara maju maupun berkembang. Penerapan DRG di Amerika sudah dilakukan dan terus mengalami perkembangan sistem yang lebih efektif dan efisien. Di Negara Singapura juga telah menerapkan sistem DRG yang diadopsi dari *Australian National Diagnosis Related Groups (AN-DRG)* versi 3.1. menggunakan ICD-9 CM *Diagnosis and Procedure Codes* (Anonim, 2010).

Penerapan DRG di Indonesia hingga saat ini belum berjalan secara maksimal dikarenakan faktor dana yang beredar di sistem asuransi sedikit (min. 5% PBB). Hal ini berdampak pada penerapan sistem DRG yang rendah dan biaya yang dapat diklaim ke pihak asuransi juga rendah (Anonim, 2010).

1.7. Keuntungan Pembayaran Pelayanan Kesehatan Dengan Sistem DRG

Adapun keuntungan dari pelaksanaan sistem DRG antara lain :

- 1) Bagi pihak rumah sakit
 - a) Memudahkan administrasi baik bagi rumah sakit dan *provider* (asuransi);
 - b) Memudahkan perhitungan pendapatan bagi rumah sakit;
 - c) Pihak rumah sakit lebih dapat memaksimalkan SDM secara efektif dan efisien sehingga terjadi peningkatan mutu standar pelayanan kesehatan rumah sakit;
 - d) Memantau pelaksanaan program “*Quality Assurance*”;
 - e) Menciptakan sistem insentif bagi rumah sakit dan *provider* (asuransi);
 - f) Dapat digunakan sebagai alat perencanaan anggaran rumah sakit dan perencanaan pelayanan pasien yang tepat.
- 2) Bagi pihak pasien
 - a) Sistem pembayaran lebih mudah dipahami oleh pasien;
 - b) Mendapatkan prioritas pelayanan kesehatan berdasarkan tingkat keparahan penyakit;
 - c) Mengurangi/ meminimalkan risiko yang dihadapi pasien serta mempercepat pemulihan dan meminimalkan kecacatan.
- 3) Bagi institusi kesehatan
 - a) Sebagai bahan evaluasi kinerja setiap rumah sakit (*benchmarking*);
 - b) Sebagai area untuk audit klinis;
 - c) Mengembangkan kerangka kerja klinis dan alur pelayanan kesehatan (SOP);
 - d) Sebagai standarisasi proses pelayanan kesehatan di rumah sakit.

(Nythrie, 2008)

1.8. Kekurangan Pembayaran Pelayanan Kesehatan Dengan Sistem DRG

- 1) Membutuhkan sistem Informasi dan Teknologi (IT) pencatat rekam medis yang lebih akurat dan lengkap untuk memudahkan kompilasi data
- 2) Perlu sistem pengawasan/ *back-up* secara bertahap oleh suatu sistem asuransi kesehatan nasional/ pemerintah yang membayarkan biaya pelayanan medis bagi warganya/ pasien/ klien
- 3) Munculnya sifat resistensi (minimnya mutu pelayanan) pemberi jasa kesehatan karena faktor *income* yang kemungkinan dapat lebih kecil jika menggunakan sistem DRG (jika dibandingkan dengan metode prospektif).
- 4) Adanya potensi keberatan membayar jasa pelayanan kesehatan (*out of pocket*) bagi pasien dengan penyakit katastropik yang biayanya mahal dengan biaya ditanggung secara mandiri.

(Anonim, 2010).

2. Data yang Harus Ada Dalam Sistem DRG

Syarat dalam keberhasilan implementasi DRG meliputi 3 hal atau dikenal dengan istilah 3C, yaitu : *coding*, *costing*, dan *clinical pathway*.

1) *Coding*

Proses terbentuknya tarif DRG tidak terlepas dari adanya peran sistem informasi klinis dari rekam medis, karena rekam medis berisi tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan layanan lainnya kepada pasien. Data dasar dalam INA-DRG terdiri atas :

- a) Nama pasien;
- b) Tanggal masuk rumah sakit;
- c) Tanggal keluar rumah sakit;
- d) Lama rawat (*Length of Stay/ LOS*);
- e) Tanggal lahir;
- f) Umur (dalam tahun ketika masuk rumah sakit);
- g) Jenis kelamin;
- h) Status ketika pulang (*discharge*);
- i) Berat badan (dalam gram);
- j) Diagnosis utama (komplikasi), diagnosis sekunder (komorbiditas);
- k) Tindakan pembedahan.

2) *Costing*

Ada beberapa metode yang dapat digunakan dalam menentukan pembiayaan sistem DRG yaitu :

- a) *Top down costing*;
- b) *Activity based costing*

3) *Clinical Pathway*

Clinical pathway adalah dokumen perencanaan pelayanan kesehatan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diterima oleh pasien mulai masuk sampai keluar rumah sakit berdasarkan standar pelayanan medis, standar asuhan keperawatan, dll. Tujuan *clinical pathway* antara lain :

- a) Memfasilitasi penerapan *clinical guide* dan audit klinik dalam praktik klinik;
- b) Memperbaiki komunikasi antara klinisi dan pasien;
- c) Mencapai/ memaksimalkan standar mutu yang ada;
- d) Mengurangi variasi yang tidak diinginkan dalam praktik klinik;
- e) Meningkatkan kepuasan pasien;
- f) Sebagai bahan/ masalah dalam riset dan pengembangan pelayanan kesehatan.

(Nythrie, 2008)

3. Macam-macam DRG

Terdapat 5 macam sub sistem DRG yaitu :

1) *Medicare Diagnosis Related Group*

Sistem ini merupakan modifikasi versi pertama DRG oleh *Health Care Financing Administration (HCFA)*. Kelompok kasus yang digunakan adalah pasien dengan usia >65 tahun, kasus neonatus dan beberapa penyakit anak, komplikasi dan komorbiditas. Klasifikasi grup mencapai 492 kelompok DRG.

2) *Refined Diagnosis Related Group*

Modifikasi sistem Medicare DRG khusus untuk kelompok komorbiditas dan kasus neonates. Menggunakan data LOS dalam pengelompokan grup. Klasifikasi grup mencapai 1170 kelompok DRG.

3) *All Patient Diagnosis Related Group (AP-DRG)*

Modifikasi sistem Medicare DRG dengan cakupan yang lebih luas. Tidak hanya mencakup kelompok komorbiditas, kasus neonates, beberapa penyakit anak, dan juga infeksi HIV (tersedia 24 grup MDC HIV). Menggunakan data LOS dan kematian dalam pengelompokan grup. Klasifikasi grup mencapai 641 kelompok DRG.

4) *All Patient Refined Diagnosis Related Group (APR-DRG)*

Penyempurnaan sistem AP-DRG dengan cakupan yang lebih luas lagi. Cakupan tambahan diperluas dengan kasus pediatric dan multiple trauma MDC. Perbedaan dengan sistem AP-DRG adalah sistem ini tidak menggunakan data LOS dalam pengelompokan grup. Klasifikasi grup mencapai 1530 kelompok DRG.

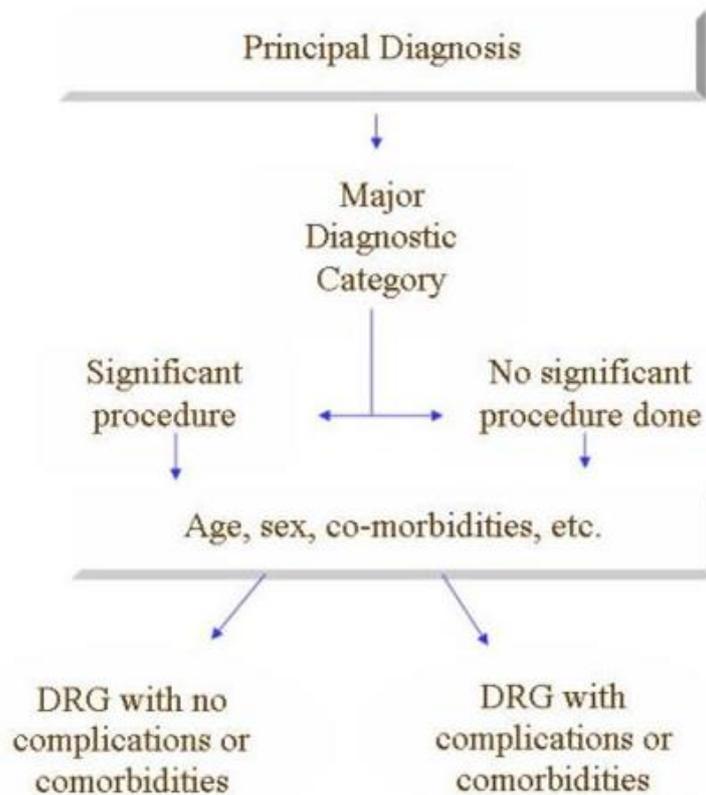
5) *International Refined Diagnosis Related Group (IR-DRG)*

Pengembangan sistem DRG yang telah disesuaikan dengan variasi kondisi local berdasarkan ICD-9, ICD-10, dan ICD-10 PCS. Klasifikasi grup mencapai 965 kelompok DRG.

(Nythrie, 2008)

4. *Principal Diagnostic and Secondary Conditions*

Berikut konsep *Principal Diagnostic and Secondary Conditions* pada sistem DRG :



Gambar. Digram Alur Penentuan *Diagnosis Related Group* (Anonimus, 2010)

Keterangan :

Penentuan DRG harus ditentukan lebih dulu sebelum menetapkan tarif pelayanan kesehatan. *Principal Diagnostic* adalah diagnosis berdasarkan ICD yang dinilai dari kondisi penyebab utama pasien masuk rumah sakit. *Major Diagnostic Category (MDC)* dalam INA-DRG terdiri dari 2, yaitu : sistem organ yang terkena penyakit dan jenis penyakitnya. Misalnya dalam kasus diagnosis penyakit diare, sistem organ yang terkena adalah sistem saluran pencernaan dan jenis penyakitnya adalah penyakit infeksi dan parasit. Setelah ditentukan *MDC* maka diputuskan apakah perlu untuk dilakukan tindakan pembedahan (*significant procedure*) atau tidak (*no significant procedure done*). Penetapan tersebut dapat dipengaruhi oleh faktor umur, jenis kelamin, komplikasi, ataupun komorbiditas.

5. Major Diagnostic Category (MDC)

Terdapat penggolongan 23 *Major Diagnostic Category (MDC)* yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI yang mencakup daftar penggolongan penyakit dan tindakan serta tarif pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di rumah sakit tahun 2008. Tarif pelayanan akses ini meliputi : tarif rawat inap dan rawat jalan untuk rumah sakit tipe A, B, C, dan D, RSUPN Cipto Mangunkusumo, RSAB Harapan Kita, RSJP Harapan Kita, dan RS Kanker Dharmais. Komponen dalam tarif biaya INA-DRG meliputi : jasa pelayanan, biaya pemeriksaan penunjang, biaya obat dan alat habis pakai, biaya akomodasi, dan biaya administrasi.

Adapun kategori MDC antara lain :

Tabel. Klasifikasi Grup *Major Diagnostic Category (MDC)*

Grup	<i>Major Diagnostic Category (MDC)</i>
01	<i>Disease and Disorders of the Nervous System</i>
02	<i>Disease and Disorders of the Eye</i>
03	<i>Disease and Disorders of the Ear, Nose, Mouth, and Throat</i>
04	<i>Disease and Disorders of the Respiratory System</i>
05	<i>Disease and Disorders of the Circulatory System</i>
06	<i>Disease and Disorders of the Digestive System</i>
07	<i>Disease and Disorders of the Hepatobiliary System and Pancreas</i>
08	<i>Disease and Disorders of the Musculoskeletal System and Conn Tissue</i>
09	<i>Disease and Disorders of the Skin, Subcutaneous Tissue, and Breast</i>
10	<i>Disease and Disorders of the Endocrine, Nutritional, and Metabolic System</i>
11	<i>Disease and Disorders of the Urinary Tract</i>
12	<i>Disease and Disorders of the Male Reproductive System</i>
13	<i>Disease and Disorders of the Female Reproductive System</i>
14	<i>Childbirth</i>
15	<i>Newborns and Other Neonates</i>
16	<i>Diseases and Disorders of Blood, Blood Forming Organs, Immunolog Disorders</i>
17	<i>Myeloproliferative Diseases and Disorders, Poorly Differentiated Neoplasm</i>
18	<i>Infectious and Parasitic Diseases, Sistemic or Unspecified Sites</i>
19	<i>Mental Diseases and Disorders</i>
20	<i>Alcohol/Drug Use and Alcohol/Drug Induced Organic Mental Disorders</i>
21	<i>Injuries, Poisonings, and Toxic Effects of Drugs</i>
22	<i>Factors Influencing Health Status and Other Contacts With Health Service</i>
23	<i>Medical Outpatient Visit</i>

Sumber : Nythrie, 2008

6. Kendala Penerapan DRG

Dalam DRG juga dikenal istilah “*trimming*” yaitu suatu metode yang digunakan oleh pihak rumah sakit untuk menyingkirkan kelompok pasien yang tidak biasa dengan tujuan untuk melindungi rumah sakit dari kerugian finansial yang besar akibat dari kasus-kasus mahal (kasus *outlier*). Yang termasuk dalam kasus *outlier* adalah kasus-kasus yang memiliki LOS cukup lama dan banyak menyerap sumber

daya. Pasien dengan *LOS* pendek atau panjang yang tidak khas untuk suatu kelompok tertentu dipisahkan dari pasien lain. Mereka dinyatakan sebagai *outlier*. Jumlah dari *outlier* nantinya akan tergantung pada “*trim*” (*cut off*/ titik potong) sebagai pembeda antara pasien yang memiliki *LOS* khas ataupun tidak. Setiap DRG memiliki paling tidak satu titik potong dan juga memiliki *trim*/ titik terendah (*low stay*). Semakin sempit titik potong maka semakin besar jumlah *outlier*-nya. Kondisi ini dapat digambarkan sebagai kasus anomali medis. Titik potong bisa saja didasarkan pada kriteria statistik atau medis, seperti : kebijakan prerogative dan penetapan nilai oleh agensi. Menurut Perist dari Yale University mendefinisikan bahwa kurang dari 5% pasien sebagai outlier (Nythrie, 2008).

Daftar Pustaka :

- Anonimus. 2010. *Diagnostic Related Group (DRG)*.
<https://dokternasional.wordpress.com/2010/11/17/diagnostic-related-group-drg/>
(diakses pada tanggal 10 Oktober 2017).
- Nythrie. 2008. *Diagnostic Related Group*. <http://nythrie.blogspot.co.id/2008/09/diagnostic-related-group.html> (diakses pada tanggal 10 Oktober 2017).

BAB 4

CASE MIX ANALYSIS AND INDEXES (BAGIAN 1)

1. Sejarah INA-CBG's

Sistem *casemix* pertama kali dikembangkan di Indonesia pada Tahun 2006 dengan nama *INA-DRG (Indonesia – Diagnosis Related Group)*. Implementasi pembayaran dengan INA-DRG dimulai pada 1 September 2008 di 15 rumah sakit milik Kementerian Kesehatan RI dan pada 1 Januari 2009 diperluas untuk seluruh rumah sakit yang bekerja sama menjadi penyedia pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas. Pada 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG menjadi *INA-CBG (Indonesia – Case Base Group)* seiring dengan perubahan *grouper* dari *3M Grouper* ke *UNU (United Nation University) Grouper*. Kemudian, dengan implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dimulai 1 Januari 2014, sistem INA-CBG kembali digunakan sebagai metode pembayaran pelayanan baik rawat jalan maupun rawat inap kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL).

2. Konsep Dasar INA-CBG's

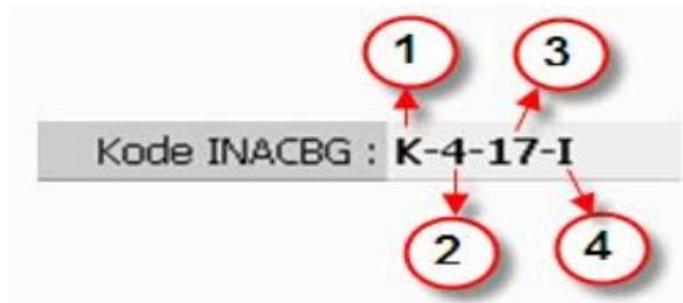
Dalam pelaksanaan JKN, sistem INA-CBG merupakan salah satu instrumen penting dalam pengajuan dan pembayaran klaim pembayaran pelayanan kesehatan yang telah dilaksanakan oleh FKRTL yang telah bekerja sama dengan BPJS kesehatan. Maka pihak manajemen maupun fungsional di setiap FKRTL tersebut tentu memahami konsep implementasi INA-CBG dalam program JKN.

Sistem INA-CBG terdiri dari beberapa komponen yang saling terkait satu sama lain. Komponen yang berhubungan langsung dengan output pelayanan adalah *clinical pathway, koding*, dan teknologi informasi, sedangkan secara terpisah terdapat komponen *costing* yang secara tidak langsung mempengaruhi proses penyusunan tariff INA-CBG untuk setiap kelompok kasus.

3. Prosedur Grouping dan Klaim Pada INA-CBG's

Dasar pengelompokan dalam INA-CBG menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/ prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 revisi 2010 untuk diagnosis dan ICD-9-CM revisi tahun 2010 untuk tindakan/ prosedur. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1075 group/ kelompok kasus yang terdiri dari 786 kelompok kasus rawat inap dan 289 kelompok kasus rawat jalan. Setiap group

dilambangkan dengan kode kombinasi alphabet dan numeric dengan contoh sebagai berikut :



Gambar. Struktur Kode INA-CBG

Keterangan :

Digit ke-1 (alfabetik): menggambarkan kode *CMG (Casemix Main Groups)*

Digit ke-2 (numeric): menggambarkan tipe kelompok kasus (*Case Groups*)

Digit ke-3 (numeric): menggambarkan spesifikasi kelompok kasus (*Case Type*)

Digit ke-4 (romawi) : menggambarkan tingkat keparahan kelompok kasus (*Severity Level*)

Struktur Kode INA-CBG terdiri atas :

1) *Casemix Main Groups (CMG)*

Klasifikasi sub – grup tahap pertama yang dilabelkan dengan huruf alphabet (A s/d Z) yang disesuaikan dengan ICD-10 untuk setiap sistem organ tubuh manusia.

Terdapat 29 CMG dalam INA-CBG yaitu :

Tabel. CMG

NO	Deskripsi Kode CMG	Kode CMG
1	<i>Central nervous system Groups</i>	G
2	<i>Eye and Adnexa Groups</i>	H
3	<i>Ear, nose, mouth & throat Groups</i>	U
4	<i>Respiratory system Groups</i>	J
5	<i>Cardiovascular system Groups</i>	I
6	<i>Digestive system Groups</i>	K
7	<i>Hepatobiliary & pancreatic system Groups</i>	B
8	<i>Musculoskeletal system & connective tissue Groups</i>	M
9	<i>Skin, subcutaneous tissue & breast Groups</i>	L
10	<i>Endocrine system, nutrition & metabolism Groups</i>	E
11	<i>Nephro-urinary System Groups</i>	N
12	<i>Male reproductive System Groups</i>	V
13	<i>Female reproductive system Groups</i>	W
14	<i>Deleiveries Groups</i>	O
15	<i>Newborns & Neonates Groups</i>	P
16	<i>Haemopoeitic & immune system Groups</i>	D
17	<i>Myeloproliferative system & neoplasms Groups</i>	C
18	<i>Infectious & parasitic diseases Groups</i>	A
19	<i>Mental Health and Behavioral Groups</i>	F
20	<i>Substance abuse & dependence Groups</i>	T
21	<i>Injuries, poisonings & toxic effects of drugs Groups</i>	S
22	<i>Factors influencing health status & other contacts with health services Groups</i>	Z
23	<i>Sub-Acute Groups</i>	SF
24	<i>Special Procedures</i>	YY
25	<i>Special Drugs</i>	DD
26	<i>Special Investigations</i>	II
27	<i>Special Prosthesis</i>	RR
28	<i>Chronic Groups</i>	CF
29	<i>Errors CMGs</i>	X

2) *Case group*

Klasifikasi sub – grup tahap kedua yang dilabelkan dengan angka 1 s/d 9 untuk menunjukkan spesifikasi/ tipe kelompok kasus berdasarkan jenis tindakan/ prosedur yang dijalani pasien selama penyembuhan.

Tabel. Grup Tipe Kasus dalam INA-CBG

GRUP	TIPE KASUS
1	Prosedur Rawat Inap
2	Prosedur Besar Rawat Jalan
3	Prosedur Signifikan Rawat Jalan
4	Rawat Inap Bukan Prosedur
5	Rawat Jalan Bukan Prosedur
6	Rawat Inap Kebidanan
7	Rawat Jalan kebidanan
8	Rawat Inap Neonatal
9	Rawat Jalan Neonatal
0	Error

3) *Case Type*

Klasifikasi sub – grup tahap ketiga yang dilabelkan dengan angka 01 s/d 99 untuk menunjukkan spesifik CBGs.

Tabel. Tipe Kasus Spesifik CBGs dalam INA-CBG

Nomor	Tipe Kasus
01	
02	

4) *Severity Level*

Klasifikasi sub – grup tahap keempat yang dilabelkan dengan angka romawi 0 s/d III untuk menunjukkan tingkat keparahan kasus yang dipengaruhi adanya komorbiditas ataupun komplikasi dalam masa perawatan. Keparahannya kasus dalam INA-CBG tersaji dalam table berikut :

Tabel. Klasifikasi *Severity Level* dalam INA-CBG

Nomor	Tingkat Keparahannya Kasus
0	Rawat jalan
I	“Ringan” Rawat inap dengan tingkat keparahan 1 (tanpa komplikasi maupun komorbiditas)
II	“Sedang” Rawat inap dengan tingkat keparahan 2 (dengan <i>mild</i> komplikasi dan komorbiditas)
III	“Berat”

Nomor	Tingkat Keparahan Kasus
	Rawat inap dengan tingkat keparahan 3 (dengan <i>major</i> komplikasi dan komorbiditas)

Istilah ringan, sedang, dan berat bukan menggambarkan kondisi klinis pasien maupun diagnosis/ prosedur namun menggambarkan tingkat keparahan (*severity level*) yang dipengaruhi oleh diagnosis sekunder (komplikasi dan komorbiditas).

4. Abstracting MR

..... → lihat makalah Verdio

5. Variable Pada Aplikasi INA-CBG's

Aplikasi INA-CBG

6. Penentuan Pembayaran Tambahan (*Top Up*) INA-CBG's

Special CMG atau special grup pada tariff INA-CBG saat ini dibuat untuk mengurangi risiko keuangan rumah sakit. *Top up* pada special CMG diberikan untuk beberapa obat, alat, prosedur, pemeriksaan penunjang serta beberapa kasus penyakit subakut dan kronis. Besaran nilai pada tariff special CMG tidak dimaksudkan untuk mengganti biaya yang keluar dari alat, bahan, atau kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, melainkan merupakan tambahan terhadap tariff dasarnya.

Tabel. Daftar *Top Up* pada Special CMG

NO	KODE SPECIAL CMG	DESKRIPSI SPECIAL CMG	KODE GROUP INA-CBG	KODE DIAGNOSIS (ICD 10)	KODE PROSEDUR (ICD-9-CM)
1	DD-01-I	Streptokinase	I-4-10-I I-4-10-II I-4-10-III	I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I23.3	-
2	DD-02-II	Deferiprone (Rawat Inap)	D-4-13-I D-4-13-II D-4-13-III	D56.1	-
3	DD-03-II	Deferoksamin (Rawat Inap)	D-4-13-I D-4-13-II D-4-13-III	D56.1	-
4	DD-04-II	Deferasirox (Rawat Inap)	D-4-13-I D-4-13-II D-4-13-III	D56.1	-
5	DD-05-II	Human Albumin for Septicaemia	A-4-10-I A-4-10-II A-4-10-III	A02.1, A20.7, A22.7,	-

Tabel tersedia lebih lengkap pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesia Case Base Groups (INA-CBG)* Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.

BAB 5
CASE MIX ANALYSIS AND INDEXES (BAGIAN 2)

1. **Form 1A-1B-1C**
2. **Form 2A-2B-2C**
3. **Form 3**

BAB 6
SEVERITY OF ILLNESS SYSTEMS

- 1. Konsep Dasar *Severity of Illness Systems***
- 2. *Complication and Comorbidity (CC)***
- 3. *Severity Level 1***
- 4. *Severity Level 2***
- 5. *Severity Level 3***

BAB 7
CODING COMPLIANCE STRATEGIES, AUDITING, AND REPORTING

- 1. *Element of Coding Quality***
- 2. *Coding Quality Factors***
- 3. *Documentation Problems***
- 4. *Coding Quality Monitors and Reporting***
- 5. *Coding Policies and Procedures***

BAB 8
CODING QUALITY MONITORS AND REPORTING

- 1. *Apply Accurate, Complete, and Consistent Coding Practices***
- 2. *Assign and Report Only the Codes and Data That Clearly and Consistently Supported by Health Record Documentation***
- 3. *Refuse to Change Reported Codes or the Narratives of Codes so That Meaning are Misrepresent, etc***

BAB 9

COMPLIANCE STRATEGIES AND REPROTING

- 1. Uniform Bill**
- 2. Management of Chargemaster**
- 3. Management of Revenue Cycle**
- 4. The Basics Elements of A Coding Plan**

Billing berasal dari Bahasa Inggris yaitu “*bill*” (kata benda) yang berarti bukti transaksi pembayaran, sehingga “*billing*” (kata kerja) memiliki makna mengirimkan bukti transaksi atau mengumumkan bukti transaksi. Setiap bidang usaha, termasuk rumah sakit selalu melakukan kegiatan transaksi keuangan. Kegiatan transaksi inilah dapat dikatakan sistem billing sedang berjalan.

Definisi sistem billing adalah sistem yang membantu para manager keuangan untuk mengatur dan mencatat segala transaksi yang terjadi. Sebagai contoh, dalam bidang usaha berbentuk abstrak seperti warnet (warung internet) implementasi sistem billing digunakan untuk mengatur dan mencatat penggunaan internet dan pemasukan warnetnya. Sedangkan dalam bidang usaha seperti rumah sakit, implementasi sistem billing digunakan untuk mencatat semua proses pelayanan kesehatan kepada pasien, dimulai sejak pasien datang sampai dengan pulang. Tidak hanya proses (kegiatan) pelayanan kesehatan yang dicatat, namun juga biaya pelayanannya dilakukan secara otomatis, sehingga hasil dari implementasi sistem billing dapat menyediakan informasi sebagai analisa pengambilan keputusan secara cepat dan akurat.

Pada dasarnya sistem billing berwujud aplikasi software yang tersedia bebas. Adapun software sistem billing yang umum digunakan antara lain ; mitraboss, Sombrero Net Bill, indobilling, billiard system billing, PNS/IgoS Billing System, dll. Setiap macam software sistem billing pada dasarnya memiliki kemampuan yang sama yaitu sebagai pemonitor transaksi yang terjadi pada setiap bidang usaha dan kemudian dikembangkan sesuai dengan sistem yang dibutuhkan.

Contoh sistem billing di rumah sakit

1. Bagian Tempat Pendaftaran Pasien (TPP)
 - 1) Mendata pasien baru dan memberikan nomor registrasi secara otomatis
 - 2) Menerima pasien lama (kunjungan)
 - 3) Mendata diagnosa awal penyakit pasien
 - 4) Menangani transaksi karcis
 - 5) Memberikan informasi data pasien, kondisi kamar, serta tarif di rumah sakit
 - 6) Tersedia *print out* nomor pendaftaran
2. Bagian Instalasi Rawat Jalan (IRJ) atau Instalasi Penunjang Medis (Laboratorium, radiologi, dll)
 - 1) Menangani transaksi tindakan dan pemakaian alat-alat kesehatan

- 2) Menampilkan tarif pelayanan secara otomatis
3. Bagian Instalasi Gawat Darurat (IDG)
 - 1) Menangani transaksi tindakan dan pemakaian alat-alat kesehatan
 - 2) Menampilkan tarif secara otomatis
4. Bagian Instalasi Rawat Inap (IRNA)
 - 1) Menangani transaksi tindakan dan pemakaian alat-alat kesehatan
 - 2) Menangani transaksi visite dan konsul dokter
 - 3) Menangani transaksi penggunaan tempat tidur
 - 4) Menangani proses pindah kamar/ ruang/ kelas
 - 5) Menangani transaksi antar tempat layanan
 - 6) Menangani transaksi pergantian paramedis
 - 7) Menampilkan tarif pelayanan secara otomatis
5. Bagian Kasir
 - 1) Menangani pembayaran pasien langsung bayar cash (non BPJS)
 - 2) Menangani pembayaran pasien dengan BPJS
 - 3) Menangani pembayaran pasien dengan sistem lain, seperti : subsidi atau mengangsur
 - 4) Tersedianya *print out* jenis transaksi dan tagihan pasien
6. Bagian Pengelolaan Statistik Rumah Sakit
 - 1) Menyajikan jenis transaksi dari tiap pasien termasuk rincian biaya
 - 2) Menyajikan daftar kunjungan pasien serta histori penyakitnya
 - 3) Menghitung dan menyajikan secara otomatis jasa medis
 - 4) Menyajikan besar pendapatan, subsidi, jaminan, termasuk rincian penerimaan
 - 5) Menyajikan laporan 10 penyakit terbanyak

Adapun kelebihan dan kekurangan sistem billing :

1. Kelebihan
 - 1) Memudahkan pemilik usaha untuk manajemen segala transaksi yang terjadi
 - 2) Aplikasi software sistem billing termasuk mudah dioperasikan dan praktis karena sudah dilengkapi dengan fitur-fitur standar yang dibutuhkan
 - 3) Menghemat dari segi pengeluaran dan sumber daya manusia (operator kegiatan billing)
2. Kekurangan
 - 1) Sistem billing yang tidak memiliki sistem sekuritas tinggi akan berpotensi dibobol, masih terdapat bug, dan terserang virus. Jika sistem billing mengalami eror karena virus maka seluruh data akan hilang atau sulit untuk mem-*back up* historinya.
 - 2) Software sistem billing sangat bergantung pada internet dan listrik. Jika terjadi masalah di antara keduanya maka sistem pun akan ikut bermasalah.

CHARGER MASTER

Terdapat beberapa kasus di antara para pemegang polis asuransi kesehatan yaitu masih munculnya rasa khawatir bagi para tetanggung atau nasabah bilamana harus menjalani rawat inap di rumah sakit. Kekhawatiran yang dimaksud adalah terkait excess kelebihan selisih nominal tagihan rawat inap rumah sakit, seperti : overlimit biaya kunjungan/ visite dokter spesialis, overlimit biaya pengobatan, dan bahkan overlimit biaya tindakan operasi. Untuk mengatasi kekhawatiran tersebut, muncul sistem “Asuransi Kesehatan *As Charge*” atau yang dikenal dengan istilah “*Charger Master*”.

Dengan adanya *charger master* maka tetanggung atau nasabah tidak perlu merasa khawatir akan keharusan membayar tambahan biaya rumah sakit karena keuntungan asuransi kesehatan yang innear limit. Charger master bersifat meng-cover seluruh biaya rumah sakit yang meliputi : (1) biaya kunjungan/ visite dokter spesialis, (2) biaya pengobatan, dan (3) biaya tindakan operasi. Pemanfaatan *charger master* menyebabkan konsekuensi bahwa rumah sakit akan dibayarkan sesuai dengan tagihan rumah sakit dengan batasan limitnya.

Innear limit yang dimaksud adalah setiap benefit atau post biaya perawatan dibatasi oleh perusahaan asuransi kesehatan atau memberikan batasan manfaat terpisah antara masing-masing tindakan. Sedangkan konsekuensi bagi tetanggung atau nasabah adalah pelayanan kesehatan yang diterima harus mengambil tarif kamar di bawah plan kamar yang dimilikinya serta adanya batasan limit tahunan (batasan limit tahunan pada umumnya minimal sebesar 3 milyar per tahun dan maksimal sebesar 35 milyar per tahun). Adapun contoh innear limit adalah : biaya operasi Rp 30 juta, biaya konsultasi dokter umum Rp 250 ribu, biaya aneka perawatan Rp 8 juta, dan lain-lain. Sehingga perusahaan asuransi akan memberikan tetanggung dengan jaminan sebatas masing-masing tindakan yang tertera pada tabel manfaat pada produknya. Jika melebihi, maka biaya kelebihannya ditanggung sendiri oleh tetanggung atau nasabah.

Sedangkan konsep asuransi kesehatan as charge, misal limit biaya operasi Rp 30 juta namun kenyataannya tagihan operasi hanya Rp 15 juta. Maka penggantian sebesar Rp 15 juta dan bukan Rp 30 juta. Program ini lebih tepat disebut sebagai “*Outer Limit*” yaitu menjamin segala jenis tindakan yang dibatasi limit gabungan. Misal limit gabungan adalah Rp 100 juta, maka semua jenis tindakan di dalamnya akan dijamin 100% asalkan tidak melebihi limit gabungan tersebut.

Rumus perhitungan *charger master* :

$$B = \frac{BI}{BK} \times TB$$

Keterangan :

- B : Biaya penggantian klaim
- BI : Biaya kamar dan menginap berdasarkan polis
- BK : Harga kamar dan menginap pada saat perawatan
- TB : Total biaya pada tagihan (kuitansi)

Contoh Kasus

Seorang tetanggung atau nasabah mengalami kecelakaan kendaraan bermotor dan terdapat luka pada bagian telapak tangan yang mengharuskan untuk dilakukan operasi pemasangan pen. Nasabah ini memiliki asuransi kesehatan dengan innear limit plavon kamar 1 jt per malam dengan rincian sebagai berikut :

Tabel Keuntungan Asuransi Kesehatan *Innear Limit*

MANFAAT ASURANSI KESEHATAN RAWAT INAP INNEAR LIMIT	
Board Room Rawat Inap	1.000.000
ICU Room	2.000.000
Visit Dokter Spesialis	600.000
Obat - Obatan & Labotarium	21.200.000
Operasi Kecil	30.000.000
Operasi Sedang	60.000.000
Operasi Besar	90.000.000
Operasi Komplek	150.000.000

Sedangkan tarif biaya pelayanan rawat inap kelas 1 di salah satu rumah sakit besar di Jakarta beserta biaya operasi pemasangan pen selama 6 hari adalah sebagai berikut :

Tabel *Excess in Patient*

DESCRIPTION	AMOUNT	COST	TOTAL	BENEFIT	EXCESS
RAWAT INAP KELAS 1	6 HARI	850.000,-	5.100.000,-	1.000.000,-	0,-
OBAT & LABOTARIUM RAWAT INAP	6 HARI	18.900.000,-	18.900.000,-	21.200.000,-	0,-
VISIT DOKTER SPESIALIS	6 KALI	500.000,-	3.000.000,-	600.000,-	0,-
JASA DOKTER SPESIALIS BEDAH	1 KALI	9.500.000,-	44.450.000,-	30.000.000,-	(- 14.450.000,-)
JASA DOKTER SPESIALIS TULANG	1 KALI	8.000.000,-			
JASA DOKTER ANASTESI	1 KALI	4.000.000,-			
KAMAR OPERASI	1 KALI	950.000,-			
PEN & PENDUKUNG MEDIS	1 SET	22.000.000,-			
TOTAL BIAYA OPERASI & RAWAT INAP	71.450.000,-				
COVERAGE INSURANCE	57.000.000,-				
EXCESS IN PATIEN	(-14.450.000,-)				

Berdasarkan tabel di atas maka tetanggung atau nasabah terkena excess sebesar Rp 14.450.000,- untuk perawatan dan operasi yang disebabkan oleh kecelakaan, Excess ini berasal dari semua tindakan yang berkaitan dengan operasi yang memiliki limit hanya Rp. 30.000.000,- sedangkan total biaya tindakan operasinya sebesar Rp 44.450.000,-. Sehingga berdasarkan tabel tersebut tetanggung atau nasabah harus membayar Rp 14.450.000,- ketika hendak pulang dari rumah sakit.

Apabila tetanggung atau nasabah ingin memiliki plan kamar yang lebih tinggi, maka dengan adanya charger master dapat memilih sesuai dengan plan kamar seharga 1 jt sampai dengan 8 jt per malamnya. *Kelebihan lain dari kartu kesehatan ini menggunakan metode swipe card pada mesin Elektronik Data Capture (EDC) sehingga akan lebih cepat penanganan klaim nya kepada pihak administrator ketiga dan mempermudah dalam proses klaim rawat inap.*

Tabel Keuntungan Asuransi Sistem “Charger Master”

RAWAT INAP (OPNAME)		Indonesia & Malaysia	Indonesia & Malaysia	Indonesia & Malaysia	Seluruh Dunia kec.USA	Seluruh Dunia kec.USA	Seluruh Dunia kec.USA
PERTANGGUNGAN	KETERANGAN						
Kamar & Akomodasi	maks 150hr/thn	1 JT	1,5 JT	2 JT	4 JT	6 JT	8 JT
ICU	maks 150hr/thn	SESUAI TAGIHAN					
dr. Umum	maks 1x/hr						
dr. Spesialist	maks 1x/hr/spesialist						
Tindakan Bedah	Ahli Bedah, Kamar operasi & Ahli Anastesi						
Biaya Aneka Perawatan RS							
Biaya Perawatan oleh Juru Rawat	Setelah opname, 120hr/thn, maks 180hr selama masa pertanggunggan.						
Ambulan							
Biaya2 Pre Opname	maks 30hr sebelum opname						
Biaya2 Post Opname	maks 90hr setelah opname						
Fisioterapi	30hr pre & 90hr post opname						
Biaya Pendamping di RS	TTU dibawah 15thn atau diatas 55thn	300,000	450,000	600,000	750,000	900,000	1,2 JT
Biaya Bedah Rekonstruksi Payudara	Setelah Mastektomi akibat Kanker/kecelakaan, maks 6bln sejak tgl Mastektomi.	SESUAI TAGIHAN					
Donor Hidup dr Pihak ke-3 (harus keluarga atau ada hub. darah)	Transplantasi Sumsum Tulang Belakang, Hati dan Ginjal	150 JT	225 JT	300 JT	375 JT	450 JT	600 JT
Biaya Opname darurat diluar Wilayah Pertanggunggan	Akibat Kecelakaan / kondisi darurat lainnya (Reimburst).	30 JT	45 JT	60 JT	75 JT	90 JT	120 JT
RAWAT JALAN		SESUAI TAGIHAN					
Rawat Jalan Kecelakaan	Termasuk biaya rawat gigi akibat Kec. (maks per tahun polis)	SESUAI TAGIHAN					
Rawat Jalan Kanker	maks per tahun	300 JT	450 JT	600 JT	750 JT	900 JT	1,2M
Rawat Jalan Cuci Darah	maks per tahun	150 JT	225 JT	300 JT	375 JT	450 JT	600 JT
Rawat Jalan Kec./kondisi darurat	Diluar wilayah Pertanggunggan	10 JT	15 JT	20 JT	25 JT	30 JT	40 JT
BATAS MANFAAT TAHUNAN		1,5M	2M	2,5M	3M	3,5M	4,5M
Pru PRIME BENEFIT BOOSTER		1,5M	2M	2,5M	7M	11,5M	30,5M
<i>Pru Saver/Opname (Utk menurunkan biaya asuransi & menambah investas</i>	<i>Biaya Own Risk /Sharing Cost yg dibayar oleh TTU (Tanpa atau dgn pilihan 1 atau</i>	4,5 JT	5 JT	6 JT	8 JT	10 JT	12 JT
		9 JT	10 JT	12 JT	16 JT	20 JT	24 JT
Biaya Pemakaman (Lump Sum)	Dibayarkan sekaligus bila TTU Meninggal	15 JT	15 JT	15 JT	15 JT	15 JT	15 JT
Pengobatan HIV / AIDS	Karena transfusi darah atau pekerjaan	15 JT	15 JT	15 JT	15 JT	15 JT	15 JT
2nd Medical Opinion	Diajukan dan mengikuti rujukan panel	ADA	ADA	ADA	ADA	ADA	ADA
Layanan Evakuasi Medis		ADA	ADA	ADA	ADA	ADA	ADA

Dari table tersebut maka biaya yang dikeluarkan oleh tetanggung atau nasabah akan dibayarkan sesuai dengan tagihan rumah sakit yang meliputi : (1) biaya kamar perawatan, (2) biaya ICU, (3) biaya visite dokter, (4) biaya pengobatan, (5) biaya pemeriksaan labotarium bahkan sampai (6) biaya tindakan operasi baik kecil maupun besar atau kompleks.Selain itu biaya rawat jalan sebelum dan sesudah rawat inap pun dibayarkan sesuai tagihan (misalkan rawat jalan sebelum dan sesudah rawat inap menggunakan sistem *reimburse*).

Berbagai manfaat dapat diperoleh dengan adanya sistem charger master, namun harus diimbangi dengan pembayaran premi yang teratur dan memenuhi ketentuan polis asuransi.

Tabel Premi Pada Charger Master

ASURANSI KESEHATAN AS CHARGE						
PILIHAN PLAN KAMAR						
Usia	1 Jt	1,5 Jt	2 Jt	4 Jt	6 Jt	8 Jt
	UP Death 100 Jt	UP Death 150 Jt	UP Death 200 Jt	UP Death 300 Jt	UP Death 400 Jt	UP Death 500 Jt
	Indonesia & Malaysia	Indonesia & Malaysia	Indonesia & Malaysia	Indonesia, Malaysia & Singapura	Indonesia, Malaysia & Singapura	Indonesia, Malaysia & Singapura
MAX	3.000.000.000	4.000.000.000	5.000.000.000	10.000.000.000	15.000.000.000	35.000.000.000
25	608.333	875.000	1.087.500	1.766.666	1.975.000	2.375.000
26	629.166	866.666	1.129.166	1.829.166	2.058.333	2.475.000
27	637.500	879.166	1.141.666	1.854.166	2.079.166	2.504.166
28	645.833	891.666	1.158.333	1.879.166	2.108.333	2.537.500
29	658.333	904.166	1.179.166	1.908.333	2.141.666	2.575.000
30	670.833	925.000	1.200.000	1.945.833	2.183.333	2.625.000
31	700.000	962.500	1.250.000	2.029.166	2.279.166	2.745.833
32	716.666	983.333	1.279.166	2.075.000	2.333.333	2.808.333
33	-	-	-	-	-	-
34	-	-	-	-	-	-
35	-	-	-	-	-	-
36	-	-	-	-	-	-
37	-	-	-	-	-	-
38	-	-	-	-	-	-
39	-	-	-	-	-	-
40	-	-	-	-	-	-

REVENUE CYCLE

Menurut Bodnar dan Hopwood (2003:9) Revenue Cycle Management (RCM) adalah rangkaian aktivitas bisnis perusahaan yang berkaitan dengan pendistribusian barang atau jasa kepada pelanggan yang berlangsung secara terus-menerus dan penagihan pembayaran dari hasil penjualan tersebut. Yang dimaksud dengan pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas normal perusahaan selama suatu periode **bila arus masuk tersebut mengakibatkan kenaikan ekuitas yang tidak berasal dari kontribusi penanaman modal.**

RCM juga dapat diartikan sebagai siklus pendapatan dalam proses keuangan yang memanfaatkan software billing kesehatan, dimana perhitungan siklus mencakup semua penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan bagi setiap pasien terhitung sejak registrasi dan pembuatan janji sampai dengan pembayaran di akhir (sesuai dengan pedoman *Healthcare Financial Management Association (HFMA)*). Fungsi RCM adalah untuk (1) pemberian jasa pelayanan rumah sakit kepada pasien (2) penerimaan kas dan (3) menyimpan dan mengelola catatan penagihan pasien/ piutang.

Dalam sistem penerimaan kas, dibagi menjadi 4 sistem pembayaran, yaitu : (1) Order entry, (2) Billing system, yaitu Stand Alone Bill System, Semi Integrated Bill System, Fully Integrated Bill System, (3) Piutang pendapatan/ account receivable, (4) tunai/ cash revenue.

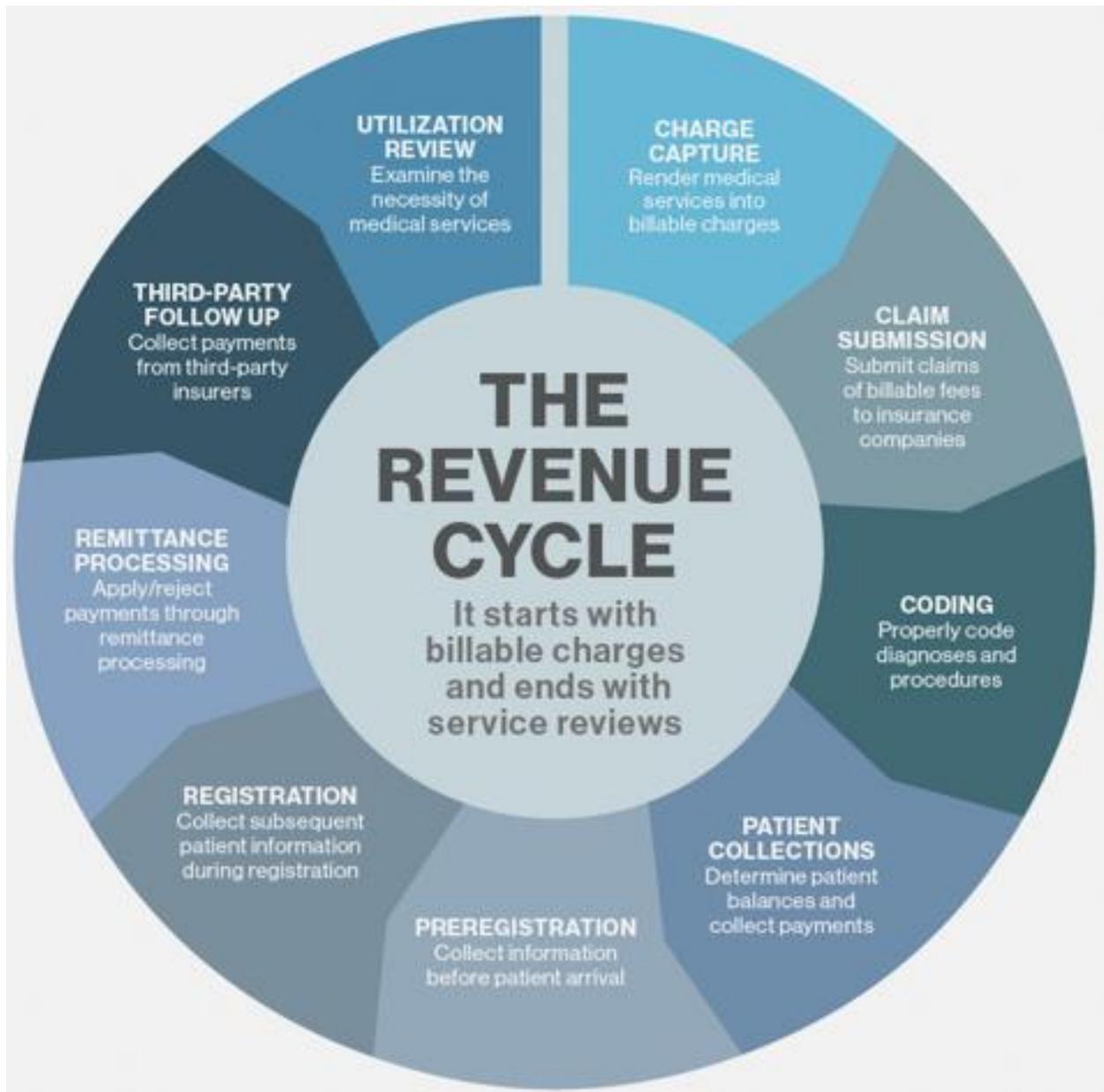
Sedangkan fungsi pengelolaan piutang tidak terlepas dari fungsi pemberian jasa pelayanan yang bertugas memelihara informasi piutang pasien/ pihak lain secara berkelanjutan.

RCM menyatukan konsep bisnis dengan sisi pelayanan klinis melalui pemaduan data administrative, seperti : nama pasien, provider asuransi kesehatan yang digunakan oleh pasien, dan informasi lainnya. Sehingga komponen penting dalam RCM adalah komunikasi dengan pihak perusahaan asuransi kesehatan. Ketika pasien akan membuat janji, maka bagian staf rumah sakit akan mengecek cakupan asuransi kesehatan milik pasien, kemudian pasien mendapatkan perawatan. Setelah perawatan untuk kondisi tertentu, maka selanjutnya koder akan mengkode tindakan medis berdasarkan ICD-10. Pihak rumah sakit kemudian mengirimkan ringkasan ICD kepada pihak asuransi kesehatan untuk melihat tindakan perawatan apa yang dapat di-cover oleh pihak perusahaan asuransinya. Dalam hal ini, RCM berfungsi sebagai sarana pengendalian internal atas prosedur pendapatan sehingga dapat diketahui kemungkinan terjadinya penyimpangan-penyimpangan oleh pihak-pihak berkepentingan (Kusumadewi dan Adam, 2015).

Cakupan RCM antara lain :

1. Pembiayaan : memberikan pelayanan medis sesuai dengan biaya yang akan ditagihkan kepada pasien
2. Pengiriman klaim : mengajukan klaim sesuai dengan tagihan rumah sakit kepada pihak asuransi kesehatan
3. Koding : koding diagnosis dan prosedur secara tepat
4. Koleksi pasien : menentukan saldo (manfaat asuransi) pasien dan mengumpulkan pembayaran
5. Pre-registrasi : mengumpulkan informasi pre-registrasi, seperti : cakupan asuransi kesehatan sebelum pasien menjalani prosedur rawat inap atau rawat jalan
6. Registrasi : mengumpulkan informasi pasien selama proses pendaftaran untuk membuat nomor rekam medis dan memenuhi persyaratan baik segi keuangan maupun tindakan klinis
7. Pemrosesan "remittance" : menerapkan atau menolak pembayaran melalui "remittance"
8. Tindak lanjut pihak ketiga : mengumpulkan pembayaran dari pihak asuransi (pihak ketiga)
9. Review pemanfaatan : memeriksa kebutuhan pelayanan medis

Adapun faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi pelaksanaan RCM antara lain :



Pada dasarnya faktor internal lebih mudah untuk dikendalikan daripada faktor eksternal. Organisasi kesehatan dapat berperan sebagai pengontrol atas dinamika internal, seperti : produktivitas penyedia jasa pelayanan kesehatan, volume pasien, dan tariff pelayanan kesehatan. Sedangkan faktor eksternal yang dapat mempengaruhi penerapan RCM adalah pembayaran pasien atau ulasan klaim kesehatan dari pihak perusahaan kesehatan.

SISTEM RCM

Manfaat penerapan sistem RCM yang efektif yaitu :

1. Dapat mengurangi jeda waktu antara proses pelayanan kesehatan kepada pasien sampai pembayaran tagihan rumah sakit dengan bantuan Rekam Medis Elektronik (RKE) dan *medical billing system*.
2. Dapat menghemat sumber daya manusia untuk melaksanakan kegiatan (1) memberikan informasi kepada pasien tentang jadwal konsultasi/ janji temu dokter, (2) mengingatkan pasien akan pembayaran tagihan rumah sakit, dan (3) menghubungi pihak perusahaan asuransi kesehatan serta jika terjadi kasus penolakan klaim kesehatan.
3. Dapat menghemat dana atas jasa pelayanan kepada pasien terhadap kasus penolakan klaim kesehatan. Secara khusus, sistem RCM dapat meminimalisasi kejadian penolakan klaim dengan cara meminta petugas kesehatan memasukkan semua informasi yang diperlukan untuk pemrosesan klaim. Strategi ini mampu menyelamatkan anggaran dana untuk revisi dan mengirim ulang klaim kesehatan. Selain strategi tersebut, pihak rumah sakit juga dapat memberikan wawasan terlebih dahulu kepada pasien tentang alasan-alasan penolakan klaim.

Pada saat ini, sistem RCM telah menggunakan teknologi seperti komputasi kognitif untuk membantu memastikan kebenaran penginputan kode medis yang diberikan kepada pasien. Sehingga sistem RCM dinilai akan membantu transisi sistem pembiayaan kesehatan “Fee For Service” menjadi sistem pembiayaan kesehatan berbasis nilai.

(Rouse, 2010)

STUDI KASUS

“ANALISIS SISTEM INFORMASI AKUNTANSI SIKLUS PENDAPATAN (Studi Kasus Pada RSUD Dr. X)”

Sistem pembayaran program JKN yang diikuti oleh RSUD Dr. X menggunakan sistem klaim “casemix” yaitu dengan tarif INA-CBG (sistem paket). Rumah sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan rata-rata biaya yang dihabiskan untuk suatu kelompok diagnosis. Hal ini berpengaruh pada siklus akuntansi rumah sakit sehari-hari, terutama pada siklus pendapatan.

Melalui pendekatan INA-CBG, rumah sakit berupaya secara konsisten meningkatkan clinical pathway agar sesuai dengan INA-CBG. Menurut tim casemix, clinical pathway adalah dokumen perencanaan pelayanan kesehatan terpadu yang merangkum setiap langkah yang dilakukan pada pasien mulai masuk rumah sakit sampai dengan keluar rumah sakit, berdasarkan standar pelayanan medis, standar asuhan keperawatan, dan standar pelayanan kesehatan lainnya yang berbasis bukti yang dapat diukur. Dengan penerapan clinical pathway berbasis INA-CBG, maka dengan mudah dapat diketahui kualitas pelayanan kesehatan. Apabila pelayanan kesehatan pada sebuah rumah sakit berkualitas baik, maka dengan sendirinya rumah sakit akan untung dan begitu pula sebaliknya. Tetapi dalam pelayanan pasien, terkadang para dokter tidak memberikan pelayanan sesuai dengan

clinical pathway. Hal ini karena sistem tersebut tidak selalu bisa diterapkan pada penyakit tertentu. Sehingga para dokter tersebut memberikan pelayanan berupa tindakan actual dengan billing system.

DAFTAR PUSTAKA :

Bodnar, GH. Dan Hopwood WS. 2004. *Accounting Information Systems Ninth Edition*. New Jersey. Person Education, Inc.

Kusumadewi, A.W. dan Adam, H. 2015. *Analisis Sistem Informasi Akuntansi Siklus Pendapatan (Studi Kasus Pada RSUD Dr. "X")*. Skripsi. Malang. Universitas Brawijaya.

Rouse, M. 2010. *Revenue Cycle Management (RCM)*.
<http://searchhealthit.techtarget.com/definition/revenue-cycle-management-RCM>
(diakses pada tanggal 3 November 2017)

BAB 10

PAYMENT METHODOLOGIES AND SYSTEMS

- 1. Konsep Dasar Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (*INA Medicare*)**
- 2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan**
- 3. Sistem Pembayaran Pelayanan Kesehatan oleh BPJS Kesehatan**
- 4. Pembayaran Pada Pelayanan Kesehatan Dasar**
- 5. Pembayaran Pada Pelayanan Kesehatan Tindak Lanjut**

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah program pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi rakyat Indonesia untuk dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera.

JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) yang dulunya adalah PT Asuransi Kesehatan (ASKES). Dasar hukum dari penyelenggaraan JKN adalah :

1. UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
2. UU No. 24 Tahun 2001 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)
3. PP No. 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI)
4. Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional, Roadmap JKN, Rencana Aksi Pengembangan Pelayanan Kesehatan
5. Permenkes No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional

Sesuai dengan Permenkes No. 28 Tahun 2014 bahwa prosedur pelayanan di tingkat fasilitas kesehatan (faskes) yang diberikan kepada pasien JKN antara lain :

1. Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
2. Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL)
3. Pelayanan kegawatdaruratan (*emergency*).

Berdasarkan pola prosedur tersebut, terdapat 2 macam cara pembayaran pada fasilitas kesehatan tersebut yaitu :

1. Menggunakan BPJS kesehatan
 - 1) BPJS kesehatan membayarkan kepada faskes tingkat pertama dengan sistem kapitasi
 - 2) BPJS kesehatan membayarkan kepada faskes tingkat lanjut dengan sistem INA-CBG (paket)

- 3) Jika suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan sistem kapitasi, maka BPJS kesehatan diberikan wewenang untuk melakukan pembayaran dengan mekanisme lain yang lebih berhasil guna

BPJS kesehatan wajib membayar faskes atas pelayanan yang diberikan kepada pasien paling lambat 15 hari sejak dokumen klaim diterima lengkap

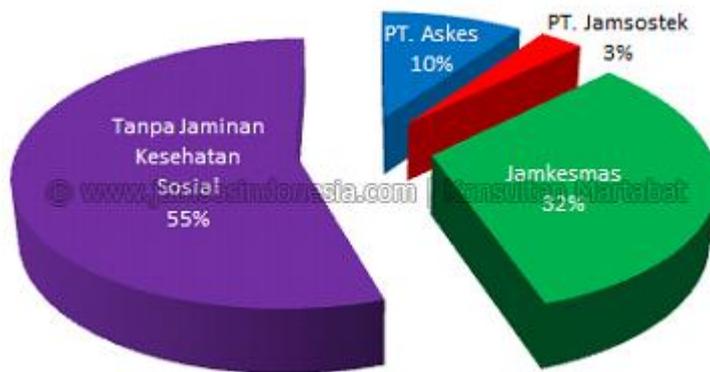
2. Tidak bekerja sama dengan BPJS kesehatan

- 1) Pelayanan gawat darurat dibayar dengan penggantian biaya yang ditagihkan langsung oleh faskes sesuai dengan tariff yang berlaku di wilayah tersebut. Pasien tidak diperkenankan dipungut biaya apapun selain terhadap pelayanan tersebut

3. Kolaborasi BPJS kesehatan dengan tariff standar

- 1) Besaran pembayaran kepada faskes ditentukan berdasarkan kesepakatan BPJS kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut dengan mengacu standar tariff yang ditetapkan oleh menteri

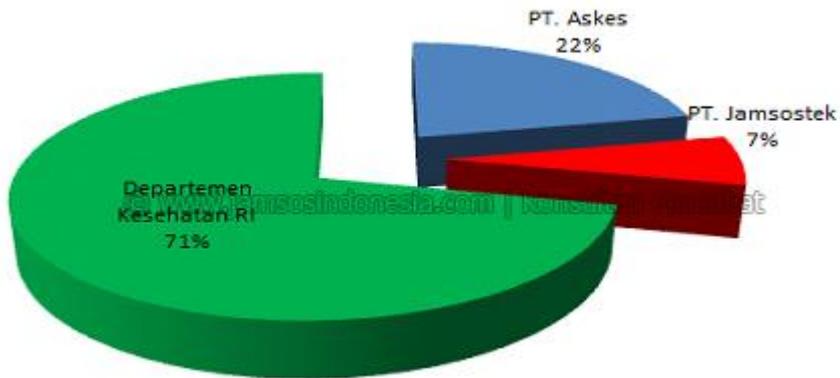
Berikut adalah profil kinerja JKN tahun 2010



Jaminan Kesehatan Sosial	Jumlah (Jiwa)
PT. Askes	23,260,376
PT. Jamsostek	7,225,200
Jamkesmas	76,400,000
Tanpa Jaminan Kesehatan Sosial	130,755,750

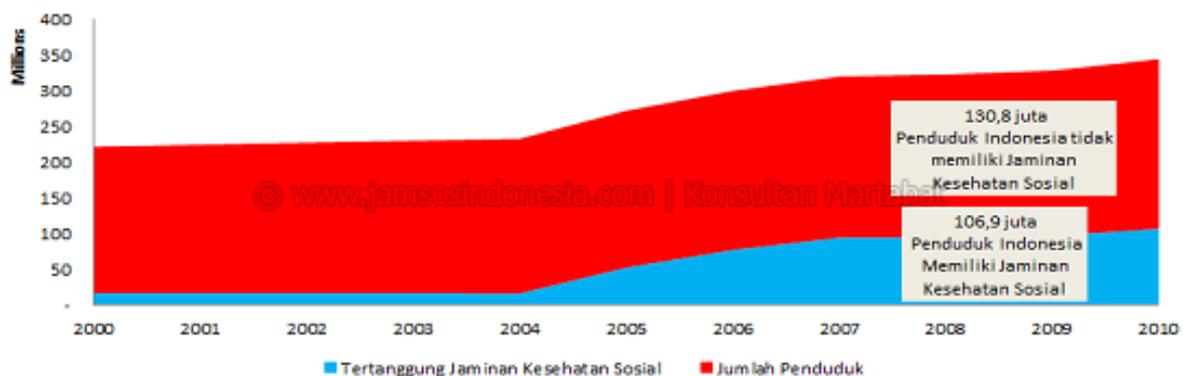
Gambar. PROFIL JAMINAN KESEHATAN SOSIAL TAHUN 2010

Sumber : Kemenkes RI, Laporan Tahunan PT. Askes (Persero) 2010, Laporan Tahunan PT. Jamsostek (Persero) 2010, Sensus Penduduk 2010 BPS.



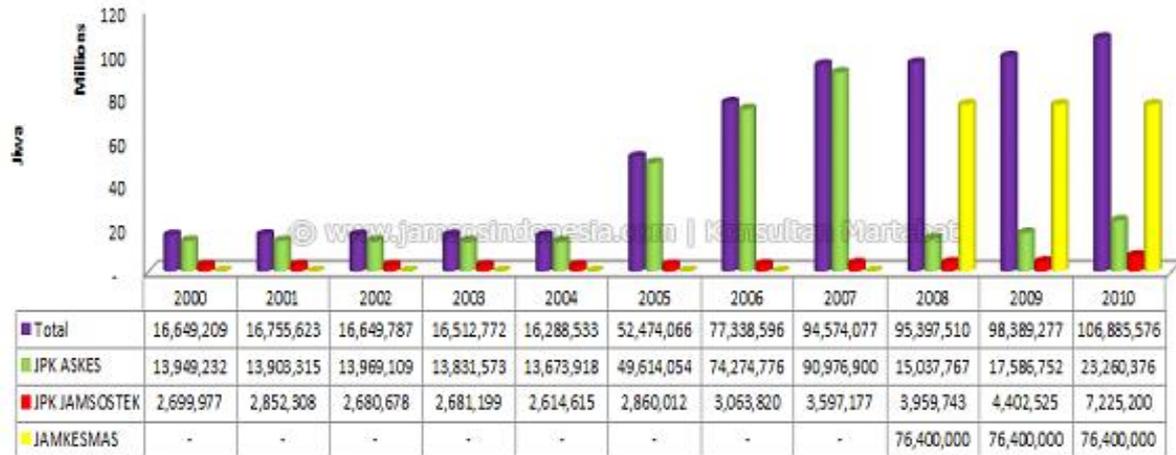
Gambar. PENYELENGGARA JAMINAN KESEHATAN SOSIAL TAHUN 2010

Sumber : Kemenkes RI, Laporan Tahunan PT. Askes (Persero) 2010, Laporan Tahunan PT. Jamsostek (Persero) 2010, Sensus Penduduk 2010 BPS.



Gambar. TREN CAKUPAN JAMINAN KESEHATAN SOSIAL TAHUN 2000 – 2010

Sumber : Kemenkes RI, Laporan Tahunan PT. Askes (Persero) 2010, Laporan Tahunan PT. Jamsostek (Persero) 2010, Sensus Penduduk 2010 BPS.



Gambar. TREN JUMLAH PENERIMA MANFAAT JAMINAN KESEHATAN SOSIAL TERHADAP BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL TAHUN 2000-2010

Sumber : Kemenkes RI, Laporan Tahunan PT. Askes (Persero) 2010, Laporan Tahunan PT. Jamsostek (Persero) 2010, Sensus Penduduk 2010 BPS.

Keterangan : Penerima manfaat terdiri dari peserta, suami/istri, dan anak yang ditanggung

DAFTAR PUSTAKA :

Kusumadewi, A.W. dan Adam, H. 2015. *Analisis Sistem Informasi Akuntansi Siklus Pendapatan (Studi Kasus Pada RSUD Dr. "X")*. Skripsi. Malang. Universitas Brawijaya.

BAB 11
BILLING PROCESSES AND PROCEDURES (BAGIAN 1)

- 1. Alur Proses Pelayanan Kesehatan Peserta BPJS Kesehatan**
- 2. Alur Proses dan Prosedur Klaim Pada Pembayaran Pelayanan Kesehatan Dasar (BPJS) Kesehatan**
- 3. Alur Proses dan Prosedur Klaim Pada Pembayaran Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut (BPJS) Kesehatan**

BAB 12
BILLING PROCESSESS AND PROCEDURES (BAGIAN 2)

- 1. Manajemen Pendanaan Pelayanan Kesehatan Pada BPJS Kesehatan**

BAB 13
REIMBURSEMENT MONITORING AND REPORTING (BAGIAN 1)

- 1. Konsep Dasar *Reimbursement Monitoring***
- 2. Alur Proses *Reimbursement Monitoring and Reporting***

Klaim adalah permintaan yang dibuat oleh pemegang polis untuk mendapatkan manfaat dari perusahaan asuransi.

Manfaat memiliki asuransi kesehatan adalah perusahaan asuransi akan menanggung risiko keuangan akibat gangguan kesehatan yang terjadi pada tetanggung/ nasabah maupun keluarganya sesuai dengan cakupan ketentuan polis asuransi kesehatan.

Langkah-langkah pengajuan klaim asuransi kesehatan antara lain :

- 1) Pahami prosedur klaim asuransi kesehatan

Pada umumnya terdapat 2 jenis prosedur klaim asuransi kesehatan yaitu : sistem kartu (*cashless*) dan sistem penggantian (*reimbursement*). Pada sistem *cashless*, perusahaan asuransi akan langsung melakukan pembayaran kepada pihak rumah sakit ketika tetanggung menunjukkan kartu *cashless* untuk membayar biaya rumah sakit. Sedangkan pada sistem *reimbursement* adalah tetanggung harus menyediakan atau membayar sejumlah uang dahulu untuk biaya rumah sakit dan baru akan digantikan oleh pihak perusahaan asuransi setelah tetanggung mengisi formulir serta mengajukan klaim asuransi kesehatan.

- 2) Isi formulir klaim asuransi kesehatan

Formulir klaim asuransi kesehatan harus diisi secara lengkap yang meliputi : data nomor ID/ nomor paspor/ nomor polis/ nomor anggota, nama pemegang polis asuransi, dll. Pada beberapa formulir, tetanggung perlu mengisi data mengenai rumah sakit, dilengkapi tanda tangan dokter yang menangani serta cap rumah sakit.

- 3) Lampirkan tagihan rumah sakit secara lengkap

Tagihan rumah sakit biasanya terdiri atas informasi identitas pasien, diagnosa penyakit, biaya tindakan medis, biaya obat-obatan, nama dokter, serta tanggal penanganan medis. Tagihan rumah sakit harus dicermati secara seksama agar tidak ada kesalahan yang dapat berakibat pada penundaan proses atau bahkan penolakan klaim oleh pihak asuransi kesehatan. Adapun cara mencegah hal tersebut adalah segera melakukan konsultasi dengan pihak rumah sakit jika ada kesalahan pada informasi tagihan yang akan diajukan. → sistem *reimbursement*

- 4) Ajukan klaim secepatnya

Pengajuan klaim asuransi kesehatan sistem *reimbursement* tidak boleh ditunda-tunda. Hal ini disebabkan karena pihak perusahaan asuransi kesehatan telah menentukan batas kadaluwarsa untuk mengatur klaim asuransi yang diajukan oleh

tetanggung. Jika **tetanggung melakukan klaim** setelah lewat tanggal kadaluwarsa (sesuai ketentuan polis) maka pengajuan klaim asuransi akan ditolah oleh perusahaan asuransi. Maka semakin cepat tetanggung mengajukan klaim asuransi, maka semakin cepat pula tetanggung memperoleh biaya penggantianannya.

5) Simpan salinan berkas-berkas klaim asuransi

Setelah mengajukan klaim asuransi kesehatan maka sebaiknya tetanggung selalu menyimpan sejumlah salinan berkas yang dibutuhkan untuk klaim asuransi. Anda bisa menyimpan salinan tagihan rumah sakit serta salinan kelengkapan administrasi lainnya. Hal ini ditujukan apabila pihak perusahaan asuransi mengalami kehilangan data klaim asuransi tanpa disengaja, namun tetanggung masih memiliki salinan berkas untuk melengkapi data-data klaim asuransi yang tidak lengkap tersebut → sistem *reimbursement*

<https://www.futuready.com/artikel/asuransi/langkah-langkah-melakukan-klaim-asuransi-kesehatan/>

Setelah langkah-langkah pengajuan klaim asuransi dilakukan dengan tepat, maka tetanggung dapat merasakan keuntungan asuransi. Namun perlu diketahui juga terdapat hal lain yang menyebabkan penolakan klaim, yaitu tidak dipahaminya isi polis asuransi (semua pasal) oleh tetanggung.

Pada saat pemilihan asuransi kesehatan, merupakan suatu keharusan bagi pihak tetanggung untuk memahami betul isi polis asuransi kesehatan. Jika ada yang tidak dipahami, maka tetanggung dapat bertanya pada pihak perusahaan asuransi atau mengajukan keberatan. Bahkan sebenarnya polis asuransi ini dapat dibatalkan sampai dengan maksimal 14 hari setelah penerimaan polis, jika memang ada hal yang kurang sesuai dengan kebutuhan.

Adapun hal-hal yang perlu dicek antara lain :

1) Kapan saat pertanggung dimulai

Dalam banyak polis asuransi, biasanya disebutkan dengan jelas kapan waktu pertanggung dimulai. Hal ini disebabkan pada beberapa polis menyebutkan adanya masa tenggang, yang berarti tidak semua hal langsung ditanggung sesuai dengan masa yang disebutkan pada tanggal yang sudah disepakati. Tentang hal ini, tetanggung perlu bertanya lebih jelas kepada perusahaan asuransi kesehatan karena masing-masing perusahaan punya aturan yang berbeda-beda.

2) Kapan saat pertanggung berakhir

Dalam hal waktu pertanggung berakhir juga harus dipahami secara detail dan disebutkan secara jelas. Namun keterangan tersebut kadang belum jelas menyebutkan jam berapa dan dimana tempat berakhirnya. Maka saat misalnya tetanggung sedang bepergian di zona waktu yang berbeda dengan lokasi penandatanganan sebuah polis, hal tersebut dapat menjadi sebuah persoalan baru. Karena itu soal waktu ini perlu tetanggung infokan kepada pihak perusahaan asuransi. Misalnya agar lebih detail, harus disebutkan *berlaku sampai jam 24.00*

waktu di tempat polis diterbitkan atau waktu di tempat obyek pertanggung jawaban berada. Namun jika dikehendaki dan disepakati bersama, tetanggung juga dapat menyebutkan waktu lain, misalnya *pukul 12.00 siang waktu di mana polis diterbitkan.*

3) Kesepakatan tentang aturan pembayaran premi

Biasanya perusahaan asuransi belum akan menanggung biaya kesehatan tetanggung jika terbukti belum membayar preminya. Hanya saja sering terjadi perbedaan pendapat akibat adanya pembayaran premi melalui transfer bank yang berbeda. Di sini perlu kejelasan apabila tetanggung sudah melakukan pembayaran, karena mungkin terjadi penundaan transfer antarbank. Sehingga jika ternyata ada kejadian tertundanya transfer biaya premi, maka klaim tetap dapat diajukan.

4) Ketentuan tentang obyek yang ditanggung

Jika obyek yang ditanggung adalah manusia, maka harus sesuai dengan nama, identitas, kondisi tubuh, riwayat penyakit, dan sejenisnya. Namun jika obyek berupa barang, misalnya rumah atau kendaraan, bila ada perubahan terhadap fungsi obyek tersebut dapat berpotensi mengubah ketentuan polis. Sebagai contoh mobil yang seharusnya dipakai sebagai kendaraan pribadi tapi ternyata digunakan sebagai mobil sewa atau misalnya rumah yang tadinya diasuransikan sebagai rumah tinggal tapi seiring waktu dijadikan tempat usaha. Jika ini terjadi, maka tetanggung perlu melaporkan perubahan tersebut sehingga saat mengajukan klaim akan lebih mudah mendapat pertanggung jawaban.

5) Ketentuan tentang definisi tertentu

Dalam beberapa kasus, ada sejumlah istilah yang mungkin perlu diperjelas. Misalnya soal kerusakan, pemogokan, perbuatan jahat, huru-hara, dan beberapa istilah lain yang punya makna yang perlu dibuat lebih detail. Jika terjadi perbedaan pemaknaan terhadap beberapa istilah, tetanggung perlu bertanya lebih detail apa saja maksud dari istilah tersebut. Sehingga jika ada kejadian yang tidak diduga, tetanggung dapat mengacu pada istilah yang sudah diterangkan dalam polis tersebut.

6) Ketentuan aturan pengecualian

Dalam polis biasanya juga disebutkan sejumlah aturan pengecualian. Aturan ini biasanya mengacu pada hal-hal yang tidak atau belum dijamin dalam polis asuransi yang sudah disepakati. Misalnya asuransi kesehatan pada umumnya mengecualikan pertanggung jawaban atas perawatan gigi, kesehatan mata (penggunaan kacamata), kesehatan jiwa, dan kasus bunuh diri dengan kondisi tertentu. Begitu juga asuransi kecelakaan, pada sejumlah olahraga ekstrem hal ini dikecualikan. Biasanya jika tetanggung ingin tetap mendapatkan perlindungan terhadap hal-hal yang dikecualikan tersebut, akan ada asuransi perluasan untuk menambahkan

perlindungan. Namun konsekuensinya jumlah uang premi yang dibayarkan pun akan bertambah.

<https://www.futuready.com/artikel/asuransi/klaim-asuransi-tidak-dibayar-cek-lagi-polis-anda/>

BAB 14
REIMBURSEMENT MONITORING AND REPORTING (BAGIAN 2)

- 1. *Metode Reimbursement Monitoring***
- 2. *Prosedur Reimbursement Monitoring***