

Editor: Hairil Akbar

PEMBIAYAAN KESEHATAN



**Ahmad Jayadie | Parmi | Aditya Wardhana
Violent Andary | Windy Nofrita Tumuwe
Yuliawati | Nurfadhilah | Sriyani Windarti
Ruslan Agussalim | WD. Yuni M. Usa | Arini Fitri
Firman Syarifuddin | Andi Yaumil Bay R Thaifur**

BUNGA RAMPAI

PEMBIAYAAN KESEHATAN

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

PEMBIAYAAN KESEHATAN

Ahmad Jayadie
Parmi
Aditya Wardhana
Violent Andary
Windy Nofrita Tumuwe
Yuliawati
Nurfadhilah
Sriyani Windarti
Ruslan Agussalim
WD. Yuni M. Usa
Arini Fitri
Firman Syarifuddin
Andi Yaumil Bay R Thaifur

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

PEMBIAYAAN KESEHATAN

Ahmad Jayadie
Parmi
Aditya Wardhana
Violent Andary
Windy Nofrita Tumuwe
Yuliawati
Nurfadhilah
Sriyani Windarti
Ruslan Agussalim
WD. Yuni M. Usa
Arini Fitri
Firman Syarifuddin
Andi Yaumil Bay R Thaifur

Editor:
Hairil Akbar

Tata Letak:
Eleazar Mali P

Desain Cover:
Jevon Ivander Pagappong

Ukuran:
A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman:
vi, 232

ISBN:
978-623-195-517-3

Terbit Pada:
September 2023

Hak Cipta 2023 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA
(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk buku dapat dipublikasikan dan dapat sampai di hadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah dosen dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir dan memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan “Pembiayaan Kesehatan”, buku ini memberikan nuansa berbeda yang saling menyempurnakan dari setiap pembahasannya, bukan hanya dari segi konsep yang tertuang dengan detail, melainkan contoh yang sesuai dan mudah dipahami terkait Pembiayaan Kesehatan.

Sistematika buku ini dengan judul “Pembiayaan Kesehatan”, mengacu pada konsep dan pembahasan hal yang terkait. Buku ini terdiri atas 13 bab yang dijelaskan secara rinci dalam pembahasan antara lain mengenai Konsep Sistem Pembiayaan; Implementasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia; Asuransi Kesehatan; Sistem Pembiayaan di FKTP; Manajemen Sistem *Casemix*; Komponen DRG (INA-CBG’S); Manajemen Pengajuan Klaim; Mutu Pengajuan Klaim; Penggunaan Data Klinis dalam Penggantian Biaya (*Reimbursement*); Identifikasi Jenis dan Komponen Fraud; Kode Etik Profesi dalam Penerapan Pengajuan Klaim; serta *Clinical Pathway*.

Buku ini memberikan nuansa yang berbeda dengan buku lainnya, karena membahas berbagai Pembiayaan Kesehatan sesuai dengan update keilmuan. Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai inisiator buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bandung, Agustus 2023
Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
1 KONSEP SISTEM PEMBIAYAAN.....	1
Sejarah Kebijakan Kesehatan	1
Konsep Dasar Pembiayaan Kesehatan	5
Macam-macam pembiayaan Kesehatan Dunia dan Indonesia.....	7
Jenis Asuransi Kesehatan Dunia dan Indonesia ...	11
Proses Pengajuan Klaim di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.....	14
2 IMPLEMENTASI SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN DI INDONESIA.....	19
Implementasi Sistem Pembiayaan Kesehatan	19
Implementasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia.....	30
3 ASURANSI KESEHATAN	35
Pengertian Asuransi Kesehatan	35
Jenis-Jenis Asuransi Kesehatan	35
Prinsip-Prinsip Asuransi Kesehatan.....	37
Regulasi Yang Mengatur Tentang Asuransi Kesehatan di Indonesia.....	38
Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan di Indonesia	40
Perusahaan Asuransi Kesehatan di Indonesia	41
Perlindungan Konsumen Asuransi Kesehatan di Indonesia.....	42

	Persyaratan dan Kewajiban Perusahaan Asuransi Kesehatan	43
	Penyusunan Polis Asuransi Kesehatan	44
	Pemasaran dan Distribusi Produk Asuransi Kesehatan	45
	Standar Layanan Kesehatan di Indonesia	45
	Fasilitas, Peralatan, Tenaga Medis, dan Pelayanan Kesehatan	47
	Perusahaan Asuransi Kesehatan Terkemuka di Indonesia	48
4	SISTEM PEMBIAYAAN DI FKTP	53
	Peran dan Fungsi FKTP dalam Sistem Kesehatan	53
	Pentingnya Sistem Pembiayaan di FKTP	55
	Model Pembiayaan di FKTP	57
	Sumber Pembiayaan dan Mekanisme Pembiayaan di FKTP	59
	Tantangan dan Masa Depan Sistem Pembiayaan di FKTP	66
5	MANAJEMEN SISTEM CASEMIX.....	73
	Pengantar <i>Casemix</i>	73
	Definisi <i>Casemix</i>	74
	Sejarah <i>Casemix</i>	75
	Dasar Pengelompokan INACBG.....	76
	Kelebihan <i>Casemix</i>	80
	Kekurangan <i>Casemix</i>	81
	Manfaat <i>Casemix</i>	82
	Penggunaan Sistem <i>Casemix</i>	84

6	KOMPONEN DRG (INA-CBG'S).....	89
	Metode Pembiayaan Kesehatan.....	89
	Komponen INA-CBG'S.....	90
7	MANAJEMEN PENGAJUAN KLAIM	107
	Proses Pengajuan Klaim.....	108
	Penagihan dan Persiapan Klaim.....	111
	Persyaratan Pengajuan Klaim	115
	Pengeditan Klaim	118
	Pembayaran Klaim.....	120
8	MUTU PENGAJUAN KLAIM.....	123
	Pendahuluan	123
	Administrasi Kepesertaan Asuransi	125
	Kelengkapan Pengisian Resume Medis.....	128
	Kodefikasi Diagnosis yang Akurat.....	131
	Kodefikasi Tindakan Yang Akurat.....	133
9	PENGUNAAN DATA KLINIS DALAM PROSES <i>CHARGE MASTER</i> DAN KLAIM MANAJEMEN	141
	Pengertian Penggunaan Data Klinis dalam Proses <i>Charge Master</i> dan Klaim Manajemen.....	141
	Proses Klaim Manajemen	142
	Manfaat Penggunaan Data Klinis dalam Proses <i>Charge Master</i> dan Klaim Manajemen JKN-KIS di Rumah Sakit.....	146
	Pentingnya Penggunaan Data Klinis dalam Proses <i>Charge Master</i> dan Klaim Manajemen JKN-KIS.....	148
10	PENGUNAAN DATA KLINIS DALAM PENGANTIAN BIAYA (REIMBURSTMENT).....	155
	Proses Klaim Asuransi Kesehatan.....	157

	Metode Penggantian Uang.....	159
11	IDENTIFIKASI JENIS DAN KOMPONEN FRAUD	171
	Potensi Fraud Jaminan Kesehatan	171
	Pengertian Fraud	173
	Jenis-Jenis <i>Fraud</i>	175
	Faktor Penyebab Terjadinya <i>Fraud</i>	183
12	KODE ETIK PROFESI DALAM PENERAPAN PENGAJUAN KLAIM.....	193
	Teori dan Konsep Etika.....	193
	Kode Etik Profesi Kesehatan	198
	Isu Etik Pengajuan Klaim Pembiayaan.....	203
	Kode Etik: Kebijakan Pengajuan Klaim	205
13	<i>CLINICAL PATHWAY</i>	213
	Pengertian <i>Clinical Pathway</i>	213
	Tujuan dan Manfaat <i>Clinical Pathway</i>	214
	Proses Pengembangan <i>Clinical Pathway</i>	214
	Peran Tim Kesehatan Dalam <i>Clinical Pathway</i> ...	223
	Etika Dalam <i>Clinical Pathway</i>	227
	Tantangan dan Hambatan Dalam Implementasi <i>Clinical Pathway</i>	228

KONSEP SISTEM PEMBIAYAAN

Ahmad Jayadie, A.Md.PK., SKM., M.Tr.Adm.Kes
STIKES PANAKKUKANG

Sejarah Kebijakan Kesehatan

Organisasi kesehatan merupakan lembaga atau badan yang bertanggung jawab dalam menjalankan kebijakan kesehatan dan layanan kesehatan bagi masyarakat. Organisasi kesehatan dapat berasal dari pemerintah, sektor swasta, maupun lembaga internasional. Organisasi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, mencegah penyebaran penyakit, dan memberikan layanan kesehatan yang efektif bagi masyarakat.

Sejarah organisasi kesehatan dimulai sejak abad ke-19, ketika banyak negara mulai memperhatikan masalah kesehatan masyarakat. Organisasi kesehatan pertama yang didirikan adalah Badan Kesehatan Publik Amerika Serikat (U.S. Public Health Service/PHS) pada tahun 1798. Pada awal abad ke-20, Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization/WHO) didirikan pada tahun 1948 sebagai badan kesehatan internasional pertama yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat di seluruh dunia.

Beberapa organisasi kesehatan juga didirikan untuk mempromosikan kesehatan masyarakat secara global, seperti Federasi Kesehatan Dunia (World Federation of

Public Health Associations/WFPHA) yang terdiri dari asosiasi kesehatan masyarakat nasional dan regional di seluruh dunia. Program Pangan Dunia (World Food Programme/WFP) juga merupakan badan PBB yang bertanggung jawab untuk menyediakan makanan bagi orang yang membutuhkan, dan membantu mengurangi kelaparan di seluruh dunia.

Sejarah organisasi kesehatan di Indonesia dimulai sejak masa kolonial Belanda. Pada saat itu, pemerintah Belanda mendirikan berbagai lembaga kesehatan, seperti Balai Pengobatan Umum dan Rumah Sakit Militer untuk menyediakan layanan kesehatan bagi para pekerja dan tentara Belanda di Indonesia. Setelah kemerdekaan Indonesia pada tahun 1945, perhatian terhadap kesehatan masyarakat semakin meningkat dan organisasi kesehatan mulai dibentuk untuk meningkatkan aksesibilitas dan kualitas layanan kesehatan.

Pada tahun 1951, didirikanlah organisasi kesehatan nasional pertama di Indonesia, yaitu Departemen Kesehatan. Kemudian pada tahun 1960, organisasi kesehatan nasional berubah menjadi Direktorat Jenderal Kesehatan yang berada di bawah Kementerian Kesejahteraan. Seiring berjalannya waktu, organisasi kesehatan di Indonesia semakin berkembang dan kompleks.

Pada tahun 2005, terjadi perubahan besar dalam organisasi kesehatan di Indonesia. Kementerian Kesejahteraan Sosial (Kemensos) dan Kementerian Kesehatan (Kemenkes) digabungkan menjadi satu, yaitu Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI). Tujuannya adalah untuk memperkuat koordinasi antara program-program kesehatan dan program kesejahteraan sosial.

Pada tahun 2014, pemerintah Indonesia juga mengeluarkan Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, yang menetapkan standar profesi dan etika bagi tenaga kesehatan di Indonesia. Undang-Undang ini juga membentuk Badan Nasional Sertifikasi Profesi Tenaga Kesehatan sebagai lembaga yang bertanggung jawab untuk memberikan sertifikasi kepada tenaga kesehatan yang memenuhi standar yang ditetapkan.

Saat ini, Kemenkes RI memiliki tugas untuk mengembangkan dan mengimplementasikan kebijakan kesehatan nasional, mengelola program kesehatan nasional, serta memantau dan mengevaluasi kinerja sistem kesehatan di Indonesia. Selain itu, terdapat juga organisasi kesehatan non-nasional yang bertugas menyelenggarakan layanan kesehatan, seperti rumah sakit, puskesmas, klinik, laboratorium kesehatan, dan lain-lain.

Pemerintah Indonesia juga melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan ketersediaan tenaga kesehatan di seluruh wilayah Indonesia, seperti meningkatkan jumlah sekolah kedokteran dan keperawatan, serta memberikan beasiswa untuk para mahasiswa yang berminat menempuh pendidikan di bidang kesehatan. Selain itu, pemerintah juga melakukan upaya untuk meningkatkan kualitas pendidikan tenaga kesehatan di Indonesia, misalnya dengan melakukan sertifikasi bagi tenaga kesehatan yang sudah bekerja.

Organisasi kesehatan di Indonesia juga dipengaruhi oleh perkembangan teknologi dan ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan. Pemerintah Indonesia dan berbagai organisasi kesehatan juga aktif dalam melakukan riset dan pengembangan dalam bidang kesehatan, seperti dalam penanganan penyakit menular, pengembangan

obat-obatan, dan pemanfaatan teknologi dalam pelayanan kesehatan.

Meskipun begitu, masih terdapat berbagai tantangan yang dihadapi oleh organisasi kesehatan di Indonesia, seperti keterbatasan dana dan sumber daya, kesenjangan kesehatan antar wilayah, serta masih rendahnya tingkat kesadaran masyarakat akan pentingnya menjaga kesehatan dan melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin.

Untuk mengatasi tantangan tersebut, pemerintah Indonesia telah melakukan berbagai upaya, seperti meningkatkan alokasi anggaran untuk sektor kesehatan, melakukan peningkatan kualitas dan kapasitas tenaga kesehatan, serta mengembangkan program-program pelayanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas bagi masyarakat, terutama di daerah yang sulit dijangkau.

Beberapa upaya yang dilakukan pemerintah Indonesia dalam meningkatkan kualitas dan aksesibilitas pelayanan kesehatan antara lain adalah:

1. Pembangunan Fasilitas Kesehatan Pemerintah Indonesia terus membangun dan meningkatkan fasilitas kesehatan, baik di daerah perkotaan maupun pedesaan, untuk memudahkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Pemerintah juga membuka program pembangunan rumah sakit rujukan di seluruh Indonesia.
2. Pelatihan dan Peningkatan Kapasitas Tenaga Kesehatan Pemerintah Indonesia memberikan pelatihan dan pendidikan yang terus menerus kepada tenaga kesehatan, seperti dokter, perawat, dan tenaga medis lainnya, untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Pemerintah juga memberikan insentif dan fasilitas yang lebih baik bagi tenaga kesehatan di daerah terpencil dan sulit dijangkau.

3. Program Jaminan Kesehatan Nasional Pemerintah Indonesia telah meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk memastikan bahwa setiap warga negara Indonesia memiliki akses ke pelayanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas. Program ini memberikan akses ke berbagai fasilitas kesehatan dan layanan medis, termasuk untuk penyakit kronis dan rawat inap.
4. Pengembangan Teknologi Kesehatan Pemerintah Indonesia juga mengembangkan teknologi kesehatan, seperti telemedicine dan mobile health, untuk memudahkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, terutama di daerah yang sulit dijangkau. Teknologi kesehatan juga membantu meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan dan mengurangi biaya pengobatan.

Selain itu, pemerintah Indonesia juga terus berupaya dalam memperkuat sistem kesehatan melalui kebijakan-kebijakan yang terkait dengan pendanaan kesehatan, pencegahan dan pengendalian penyakit, serta peningkatan akses dan kualitas layanan kesehatan.

Konsep Dasar Pembiayaan Kesehatan

Adanya pembiayaan kesehatan didasarkan pada beberapa faktor penting yang mendasari perlunya sistem pembiayaan yang terstruktur dan berkelanjutan. Berikut adalah beberapa hal yang mendasari adanya pembiayaan kesehatan:

1. Biaya Pelayanan Kesehatan: Pelayanan kesehatan, termasuk perawatan medis, obat-obatan, peralatan medis, dan fasilitas kesehatan, memiliki biaya yang tinggi. Tanpa adanya pembiayaan yang memadai, individu atau masyarakat sulit untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan.

2. Keadilan Akses: Pembiayaan kesehatan diperlukan untuk memastikan akses yang adil dan merata terhadap pelayanan kesehatan bagi seluruh populasi. Dengan adanya sistem pembiayaan, sumber daya dapat dialokasikan secara efisien dan dapat diakses oleh individu yang membutuhkannya, terlepas dari status sosial, ekonomi, atau geografis.
3. Perlindungan Keuangan: Pembiayaan kesehatan membantu melindungi individu dan keluarga dari risiko keuangan yang terkait dengan biaya perawatan kesehatan yang tidak terduga atau mahal. Dengan adanya sistem pembiayaan, individu dapat memperoleh perlindungan finansial melalui asuransi kesehatan atau program perlindungan sosial lainnya.
4. Keberlanjutan Pelayanan Kesehatan: Pembiayaan kesehatan merupakan faktor kunci dalam menjaga keberlanjutan pelayanan kesehatan. Dana yang cukup diperlukan untuk membiayai fasilitas kesehatan, gaji petugas kesehatan, pengadaan obat-obatan, dan berbagai kegiatan lainnya yang mendukung pelayanan kesehatan yang berkualitas.
5. Pembangunan Sistem Kesehatan: Pembiayaan kesehatan juga penting untuk pembangunan dan peningkatan sistem kesehatan secara keseluruhan. Dana yang diperoleh melalui pembiayaan kesehatan dapat digunakan untuk investasi dalam infrastruktur kesehatan, peningkatan kapasitas petugas kesehatan, penelitian dan pengembangan, serta program-program kesehatan masyarakat.

Pembiayaan kesehatan merupakan elemen penting dalam memastikan akses universal terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, perlindungan keuangan, dan keberlanjutan sistem kesehatan. Hal ini juga berkontribusi pada pencapaian tujuan pembangunan

berkelanjutan dalam bidang kesehatan, termasuk peningkatan harapan hidup, pengurangan angka kematian bayi dan ibu, serta penanggulangan penyakit menular dan tidak menular.

Macam-macam pembiayaan Kesehatan Dunia dan Indonesia

Di dunia, pembiayaan kesehatan dapat bervariasi secara signifikan antara negara-negara. Beberapa macam pembiayaan kesehatan yang umum ditemui di berbagai negara di dunia adalah sebagai berikut:

1. **Pembiayaan Kesehatan Publik:** Pembiayaan ini berasal dari anggaran pemerintah dan dipergunakan untuk membiayai sistem kesehatan nasional. Pemerintah mengumpulkan dana dari pajak dan kontribusi fiskal lainnya untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang dikelola oleh sektor publik.
2. **Asuransi Kesehatan Swasta:** Sistem ini melibatkan pembayaran premi oleh individu atau majikan untuk mendapatkan akses ke layanan kesehatan dari penyedia asuransi swasta. Negara-negara seperti Amerika Serikat menerapkan model ini.
3. **Asuransi Kesehatan Sosial:** Sistem ini melibatkan iuran yang dibayarkan oleh penerima manfaat (misalnya pekerja dan pemberi kerja) untuk membiayai jaminan kesehatan bagi warganya. Contoh negara yang menerapkan model ini adalah Jerman dan Prancis.
4. **Pembiayaan Kesehatan Berbasis Pajak:** Dana untuk sistem kesehatan dikumpulkan melalui pajak dan dialokasikan untuk membiayai pelayanan kesehatan bagi seluruh populasi. Beberapa negara Nordik seperti Swedia dan Norwegia menerapkan model ini.

5. Pembiayaan Kesehatan Berbasis Tabungan atau Out-of-Pocket: Beberapa negara dengan sistem kesehatan yang belum matang atau terbatas mengandalkan pembayaran langsung oleh individu untuk pelayanan kesehatan, tanpa melibatkan mekanisme asuransi atau dana pemerintah yang signifikan.

Di Indonesia, pembiayaan kesehatan juga mencakup beberapa model, yang mencerminkan keragaman kondisi geografis, sosial, dan ekonomi negara ini. Beberapa macam pembiayaan kesehatan yang ada di Indonesia adalah:

1. Asuransi Kesehatan Nasional (BPJS Kesehatan): Program ini merupakan program asuransi sosial yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Iuran rutin dibayarkan oleh peserta, termasuk pekerja formal dan sektor informal, untuk mendapatkan jaminan akses ke pelayanan kesehatan.
2. Anggaran Pemerintah: Pemerintah Indonesia juga mengalokasikan dana dari anggaran negara untuk membiayai program-program kesehatan dan pengembangan infrastruktur kesehatan.
3. Pembiayaan Pribadi: Sebagian masyarakat Indonesia masih mengandalkan pembiayaan pribadi, seperti membayar secara tunai atau menggunakan asuransi kesehatan swasta untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
4. Dana Bantuan dan Donasi: Dana bantuan dan donasi dari organisasi internasional, lembaga swadaya masyarakat, atau perusahaan dapat membantu membiayai program-program kesehatan khusus atau bantuan dalam situasi krisis kesehatan.

5. Dalam beberapa tahun terakhir, Indonesia terus berusaha untuk meningkatkan cakupan dan kualitas layanan kesehatan dengan memperkuat sistem pembiayaan kesehatan yang lebih inklusif dan berkelanjutan.
6. Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda): Selain Program Asuransi Kesehatan Nasional (BPJS Kesehatan), beberapa pemerintah daerah di Indonesia juga mengoperasikan program jaminan kesehatan daerah untuk mendukung akses dan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi warga di wilayahnya. Program ini bisa berbeda-beda di setiap daerah dan biasanya ditujukan untuk memperluas cakupan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan di tingkat lokal.
7. Dana Desa: Dalam beberapa tahun terakhir, pemerintah Indonesia telah memberikan alokasi dana desa (dana desa) untuk mendukung pembangunan dan pelayanan masyarakat di tingkat desa. Sebagian dana desa dapat digunakan untuk membiayai inisiatif kesehatan di tingkat desa atau memfasilitasi akses warga ke pelayanan kesehatan dasar.
8. Program-Program Khusus: Pemerintah Indonesia juga menetapkan program-program khusus untuk bidang kesehatan, seperti Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), Program Pengentasan Kemiskinan Melalui Pemberdayaan dan Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia (PNPM Mandiri), dan lain-lain. Program-program ini didesain untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dan dapat melibatkan pembiayaan dari anggaran pemerintah atau dana bantuan internasional.
9. Dana Asuransi Kesehatan Mandiri (AKM): Selain Program Asuransi Kesehatan Nasional (BPJS Kesehatan) yang diselenggarakan oleh pemerintah,

ada juga upaya dari sektor swasta dalam menyediakan asuransi kesehatan mandiri. Beberapa perusahaan asuransi swasta menyediakan produk asuransi kesehatan bagi individu, keluarga, atau perusahaan yang ingin memberikan perlindungan kesehatan tambahan.

10. Dana Bantuan dan Donasi dari Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan Organisasi Internasional: Dalam situasi krisis kesehatan atau keadaan darurat, sering kali ada bantuan dana dari LSM dan organisasi internasional yang ditujukan untuk mendukung program-program kesehatan, seperti penanggulangan pandemi, bantuan kemanusiaan, atau program-program kesehatan khusus.
11. Biaya Pribadi: Meskipun ada upaya untuk memberikan akses yang lebih luas melalui program-program pembiayaan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah atau swasta, beberapa layanan kesehatan mungkin masih memerlukan pembayaran langsung oleh individu (out-of-pocket). Biaya pribadi ini bisa mencakup biaya kunjungan dokter, obat-obatan, atau pelayanan kesehatan tambahan yang tidak ditanggung oleh asuransi.

Perkembangan sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia terus mengalami evolusi untuk mencapai tujuan universal coverage dan keadilan akses pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk. Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan dengan berbagai kebijakan dan program yang mendukung pembiayaan kesehatan yang lebih inklusif dan berkelanjutan.

Penting untuk selalu mengikuti perkembangan terbaru dalam sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia melalui sumber-sumber resmi dari pemerintah dan lembaga

kesehatan, karena kebijakan dan program dapat berubah seiring waktu untuk menyesuaikan dengan kebutuhan masyarakat dan tantangan kesehatan yang terjadi.

Jenis Asuransi Kesehatan Dunia dan Indonesia

Di dunia, ada berbagai macam jenis asuransi kesehatan yang ditawarkan oleh perusahaan asuransi dan pemerintah. Berikut adalah beberapa macam asuransi kesehatan yang umum di dunia:

1. **Asuransi Kesehatan Swasta:** Asuransi ini ditawarkan oleh perusahaan asuransi swasta dan dapat dibeli oleh individu atau keluarga untuk mendapatkan perlindungan finansial saat membutuhkan pelayanan kesehatan. Asuransi kesehatan swasta ini mencakup berbagai jenis perlindungan, termasuk biaya rawat inap, biaya operasi, obat-obatan, dan pemeriksaan medis.
2. **Asuransi Kesehatan Sosial:** Model ini biasanya merupakan program asuransi kesehatan yang dikelola oleh pemerintah atau lembaga nirlaba untuk mencakup seluruh populasi atau kelompok tertentu. Iuran biasanya dibayarkan oleh peserta atau pemberi kerja, dan dana ini digunakan untuk membiayai pelayanan kesehatan bagi peserta.
3. **Asuransi Kesehatan Perusahaan:** Beberapa perusahaan menawarkan asuransi kesehatan sebagai salah satu bentuk tunjangan karyawan. Dalam model ini, perusahaan membayar premi asuransi untuk karyawan dan keluarganya sebagai bentuk perlindungan kesehatan tambahan.
4. **Asuransi Kesehatan Internasional:** Asuransi ini ditawarkan untuk melindungi individu saat berada di luar negeri, dan mencakup biaya perawatan kesehatan di negara-negara tertentu yang tidak

termasuk dalam wilayah asuransi kesehatan domestik.

5. Asuransi Kesehatan Berbasis Komunitas: Beberapa komunitas atau kelompok masyarakat tertentu dapat membentuk program asuransi kesehatan kolektif di mana anggota kelompok membayar iuran bersama untuk mendapatkan perlindungan kesehatan.

Di Indonesia, asuransi kesehatan juga memiliki beberapa macam model, termasuk:

1. Asuransi Kesehatan Nasional (BPJS Kesehatan): Program ini merupakan program asuransi sosial yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Warga negara Indonesia wajib menjadi peserta dan membayar iuran rutin untuk mendapatkan jaminan akses ke pelayanan kesehatan.
2. Asuransi Kesehatan Swasta: Selain BPJS Kesehatan, ada berbagai perusahaan asuransi swasta yang menawarkan produk asuransi kesehatan dengan beragam manfaat tambahan dan cakupan yang bisa disesuaikan dengan kebutuhan individu.
3. Asuransi Kesehatan Mandiri: Beberapa individu atau keluarga mungkin memilih untuk memiliki asuransi kesehatan mandiri yang disediakan oleh perusahaan asuransi swasta. Model ini memungkinkan peserta untuk memilih manfaat dan cakupan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan finansialnya.
4. Asuransi Kesehatan Mikro: Asuransi kesehatan mikro merupakan program asuransi yang khusus ditujukan untuk masyarakat yang berpenghasilan rendah atau sektor informal. Program ini bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan bagi mereka yang tidak dapat mengakses asuransi kesehatan

konvensional. Asuransi kesehatan mikro ini biasanya diselenggarakan oleh lembaga mikrofinansial atau lembaga sosial lainnya.

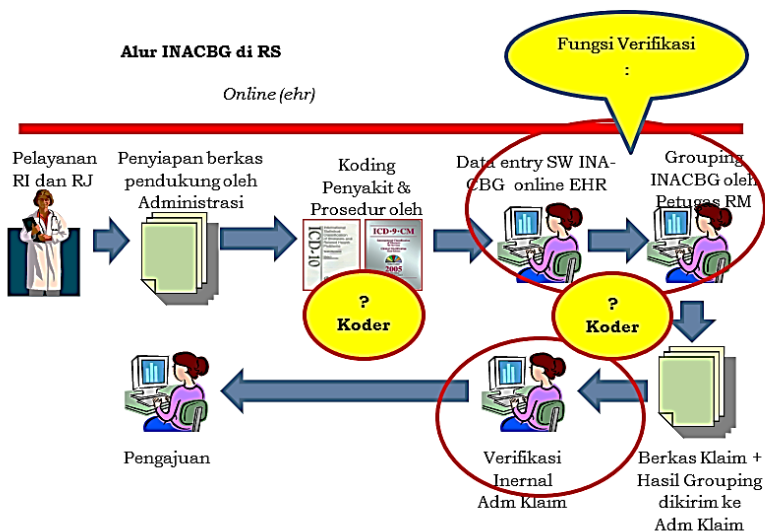
5. Asuransi Kesehatan Mahasiswa: Beberapa perguruan tinggi dan universitas di Indonesia menyediakan program asuransi kesehatan khusus untuk mahasiswa yang terdaftar. Program ini memberikan perlindungan kesehatan bagi mahasiswa selama masa studi mereka.
6. Asuransi Kesehatan Jaminan Sosial Daerah (Jamkesmas): Program Jamkesmas merupakan program asuransi kesehatan yang telah digantikan oleh Program Asuransi Kesehatan Nasional (BPJS Kesehatan) pada tahun 2014. Namun, sebelumnya, program ini merupakan inisiatif pemerintah untuk memberikan akses kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Perkembangan dan keberagaman asuransi kesehatan di Indonesia menunjukkan upaya pemerintah dalam memberikan akses dan perlindungan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat. Setiap program asuransi kesehatan ini memiliki karakteristik dan cakupan yang berbeda, sesuai dengan target populasi dan tujuan yang ingin dicapai. Referensi yang telah disediakan akan membantu untuk memahami lebih lanjut tentang sistem pembiayaan kesehatan dan asuransi kesehatan di Indonesia.

Setiap program asuransi kesehatan yang telah disebutkan di atas memiliki tujuan yang spesifik untuk menyediakan perlindungan kesehatan bagi kelompok masyarakat tertentu. Pemerintah Indonesia berupaya terus memperbaiki dan mengembangkan sistem pembiayaan kesehatan serta asuransi kesehatan untuk mencapai tujuan universal coverage dan mewujudkan akses

kesehatan yang lebih merata bagi seluruh rakyat Indonesia. Referensi yang telah disediakan sebelumnya akan memberikan wawasan lebih mendalam tentang berbagai program dan kebijakan yang ada dalam sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Proses Pengajuan Klaim di Fasilitas Pelayanan Kesehatan



Gambar 1.1
Proses Pengajuan Klaim di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Daftar Pustaka

- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Situs Resmi BPJS Kesehatan. Diakses pada 17 Juli 2023, dari <https://bpjs-kesehatan.go.id/>
- Carrin, G., & James, C. (2005). Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period. *Social Science & Medicine*, 61(2), 373-384.
- Dewi, N. M. C., & Rahayu, R. S. (2019). Kajian Manajemen Pengelolaan Dana Asuransi Kesehatan Nasional (BPJS) Kesehatan pada RSUD Kabupaten Malang. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 2(2), 104-112.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Diakses pada 17 Juli 2023, dari <https://www.kemkes.go.id/resources/download/info-terkini/RS-Kemenkes-2020-2024-21112019-4.pdf>
- Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56(3), 171-204.
- Maulana, I., & Rochmawati, E. (2016). Perilaku Masyarakat dalam Menggunakan Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS Kesehatan) di Puskesmas Tlogosari Kulon, Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 12(2), 131-139.
- Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., & Sarnak, D. (Eds.). (2016). *International profiles of health care systems*. The Commonwealth Fund.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). *Financing and payment strategies to support high-quality care for people with serious illness: Proceedings of a workshop*. National Academies Press.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta.

- Prawiraatmadja, S. (2016). Reformasi Jaminan Sosial Kesehatan di Indonesia. Pustaka Pelajar.
- Rannan-Eliya, R. P., & Somanathan, A. (Eds.). (2013). The future of healthcare reform in Sri Lanka. Oxford University Press.
- Saltman, R. B., Bankauskaite, V., & Vrangbæk, K. (Eds.). (2007). Decentralization in health care: strategies and outcomes. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press.
- Savedoff, W. D., & Smith, A. L. (2018). Achieving universal health coverage: Learning from Japan. World Bank Group.
- World Health Organization. (2010). World Health Report 2010: Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: WHO. Available at: <https://www.who.int/whr/2010/en/>

Profil Penulis



Ahmad Jayadie, A.Md.PK., SKM., M.Tr.Adm.Kes

Penulis dilahirkan di Kabupaten Jeneponto Provinsi Sulawesi Selatan pada Tanggal 04 Februari 1990. Merupakan anak ke-empat dari pasangan H.Turani dan Ibu Hj. Sanaria. Penulis menyelesaikan Program Studi D3 Perekam Medis dan Informasi Kesehatan di STIKES Panakkukang lulus tahun 2011 dan melanjutkan Kembali program S1 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia lulus tahun 2017 dan menyelesaikan program S2 di Program Studi Administrasi Pembangunan Negara Peminatan Magister Terapan Administrasi Pelayanan Kesehatan STIA-LAN Makassar lulus tahun 2019. Penulis saat ini sebagai dosen di Program Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKES Panakkukang Makassar. Dan juga aktif sebagai praktisi di pelayanan Kesehatan di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Cabang Makassar sebagai Kepala Instalasi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, di RSIA Amanat Makassar sebagai Penanggung Jawab JKN-KIS, serta beberapa Rumah Sakit Binaan. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesional yaitu Perhimpunan Profesional Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia sejak tahun 2011 hingga saat ini. Anggota Pimpinan Pusat (PP) Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI) Bidang 3. Surveyor Rumah Sakit pada Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia (LARSI). Sehari-harinya bekerja sebagai Praktisi dan dosen pengampu mata Kodefikasi dan klasifikasi penyakit ICD 10 dan ICD 9 CM, Akreditasi Fasyankes, Statistik Kesehatan, Manajemen Unit Kerja Rekam Medis, Pembiayaan Kesehatan, Perencanaan Organisasi, Analisis Perancangan Sistem Informasi Kesehatan. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal nasional maupun internasional serta aktif menulis buku ajar dan *book chapter*.

Email Penulis: ahmadjayadie14@gmail.com

IMPLEMENTASI SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN DI INDONESIA

Parmi, S.Kom., M.Kes

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Jaya

Implementasi Sistem Pembiayaan Kesehatan

Kesehatan adalah unsur vital dan merupakan elemen konstitutif dalam proses kehidupan seseorang. Tanpa kesehatan, tidak mungkin bisa berlangsung aktivitas seperti biasa. Dalam kehidupan berbangsa, pembangunan kesehatan sesungguhnya bernilai sangat investatif. Nilai investasinya terletak pada tersedianya sumber daya yang senantiasa siap pakai dan tetap terhindar dari serangan berbagai penyakit. Namun, masih banyak orang menyepelekan hal ini. Negara, pada beberapa kasus, juga demikian.

Minimnya Anggaran Negara yang diperuntukkan bagi sektor kesehatan, dapat dipandang sebagai rendahnya apresiasi akan pentingnya bidang kesehatan sebagai elemen penyangga, yang bila terabaikan akan menimbulkan rangkaian problem baru yang justru akan menyerap keuangan negara lebih besar lagi. Sejenis pemborosan baru yang muncul karena kesalahan kita sendiri.

Pembangunan kesehatan mempunyai tujuan penting di antaranya adalah tersedianya pelayanan kesehatan yang merata dan kemudahan akses (*equitable access to health care*) serta pelayanan kesehatan yang berkualitas (*assured quality*). Hal ini dapat terwujud apabila suatu negara mempunyai pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan

Sebagai subsistem penting dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, terdapat beberapa faktor penting dalam pembiayaan kesehatan yang mesti diperhatikan. Pertama, besaran (kuantitas) anggaran pembangunan kesehatan yang disediakan pemerintah maupun sumbangan sektor swasta. Kedua, tingkat efektifitas dan efisiensi penggunaan (fungsionalisasi) dari anggaran yang ada. Pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan memegang peranan yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan penting dari pembangunan kesehatan di suatu negara diantaranya adalah pemerataan pelayanan kesehatan dan akses (*equitable access to health care*) dan pelayanan yang berkualitas (*assured quality*). Oleh karena itu reformasi kebijakan kesehatan di suatu negara seyogyanya memberikan fokus penting kepada kebijakan pembiayaan kesehatan untuk menjamin terselenggaranya kecukupan (*adequacy*), pemerataan (*equity*), efisiensi (*efficiency*) dan efektifitas (*effectiveness*) dari pembiayaan kesehatan itu sendiri.

Pembiayaan kesehatan merupakan dasar dari kemampuan sistem kesehatan suatu negara untuk memelihara dan meningkatkan kesejahteraan penduduknya. Dana/uang yang terkumpul digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan seperti membayar para tenaga kesehatan, obat-obatan dan juga membiayai kegiatan-kegiatan yang bersifat promotif dan

preventif. Dengan dideklarasikannya *universal health coverage* (UHC) maka pembiayaan kesehatan saat ini ditujukan pula untuk memberikan perlindungan resiko keuangan penduduk yang artinya adalah pembiayaan kesehatan juga digunakan untuk membantu masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan akibat menderita suatu penyakit tanpa harus mengalami resiko finansial yang berakibat kemiskinan. Dapat disimpulkan bahwa pembiayaan kesehatan mempunyai dua hal tujuan yaitu mengumpulkan dana yang cukup dan memberikan perlindungan risiko keuangan kepada penduduk.

Jaminan pengakuan hak atas kesehatan juga telah diatur dalam konstitusi dan beberapa regulasi yang berlaku di negara kita. Amandemen UUD 1945 Pasal 28 H ayat (1) menjelaskan tentang hak atas pelayanan kesehatan. Undang-Undang Nomor 39 tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia Pasal 9 ayat (1) setiap orang berhak untuk hidup, mempertahankan hidup dan meningkatkan taraf kehidupannya; ayat (2) setiap orang berhak hidup tentram, aman, damai, bahagia, sejahtera lahir dan batin; dan ayat (3) setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 4 menyebutkan setiap orang berhak atas kesehatan, Pasal 5 ayat (1) menyebutkan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan, ayat (2) setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau, ayat (3) setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.

Pembangunan kesehatan mempunyai tujuan penting di antaranya adalah tersedianya pelayanan kesehatan yang merata dan kemudahan akses (*equitable access to health care*) serta pelayanan kesehatan yang berkualitas

(*assured quality*). Hal ini dapat terwujud apabila suatu negara mempunyai pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan (Departemen Kesehatan RI, 2004). Prinsip-prinsip pembiayaan kesehatan berdasarkan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah sebagai berikut:

1. Kecukupan

Pemerintah, Pemerintah Daerah, masyarakat, dan swasta mempunyai tanggung jawab bersama dalam pembiayaan kesehatan. Pemerintah mengalokasi dana melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja pusat dan daerah yang besarnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan. Selain untuk penyelenggaraan kesehatan, Pemerintah pusat dan daerah wajib menyediakan pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu.

Sumber-sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah, masyarakat dan swasta terus digali dan dikumpulkan serta ditingkatkan jumlahnya agar tersedia cukup sesuai kebutuhan dan tentu harus dikelola dengan baik untuk memenuhi prinsip efektif, efisien, adil dan merata dan pengelolaannya bersifat transparan dan akuntabel untuk menjamin kecukupan agar jumlahnya dapat sesuai.

2. Efektif dan efisien

Untuk menjamin pengelolaan dana kesehatan secara efektif dan efisien maka penggunaannya harus sesuai dengan perencanaan pembiayaan kesehatan, penguatan kapasitas manajemen perencanaan anggaran dan kompetensi pemberi pelayanan kesehatan.

3. Adil dan transparan

Pengelolaan dana kesehatan yang dikumpulkan dari berbagai sumber (Pemerintah, Pemerintah Daerah, masyarakat dan swasta) harus digunakan secara adil terhadap seluruh masyarakat sehingga kesehatan masyarakat terpelihara dan masyarakat terlindung dari pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan. Pengelolaan dana kesehatan pun harus dilaksanakan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku, tata kelola pemerintahan yang baik (good governance), transparan dan seluruh penggunaannya dapat dipertanggungjawabkan.

Pembiayaan kesehatan melingkupi berbagai fungsi yakni fungsi Pengumpulan dana, penyatuan sumberdaya serta pembelanjaan pembiayaan kesehatan. Berikut penjelasan lebih lengkap terkait fungsi pembiayaan kesehatan tersebut.

Pengumpulan dana merupakan cara bagaimana sistem kesehatan memperoleh pembiayaan baik yang bersumber dari rumah tangga, bisnis maupun sumber daya dari luar negeri (Gottret George, 2006). Dalam SKN, Pengumpulan dana dimaknai sebagai penggalian dana yakni proses penggalian dana yang ditujukan untuk pembangunan kesehatan yang bersumber dari Pemerintah/Pemerintah Daerah dilakukan melalui pajak umum, pajak khusus, bantuan atau pinjaman yang tidak mengikat, serta berbagai sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku (Republik Indonesia, 2012).

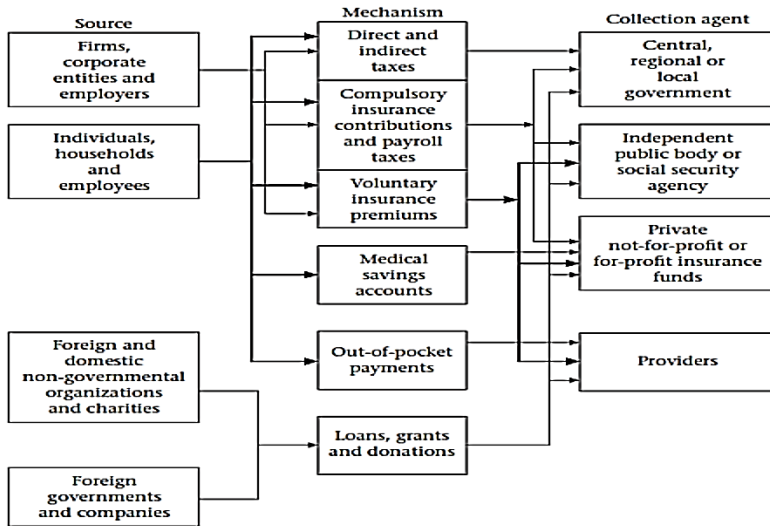
Pengumpulan dana salah satu fungsi dari pembiayaan kesehatan yang berfokus terhadap siapa yang akan membayar upaya kesehatan, jenis pembayaran dan siapa yang akan mengumpulkan pembiayaan

tersebut. Dalam konteks ini, pemerintah dapat menjalankan berbagai mekanisme baik finansial maupun non finansial untuk dapat menjalankan fungsi ini. Isu fiskal terkait Pengumpulan dana kesehatan ialah bagaimana memobilisasi sumber daya finansial untuk dapat membiayai pelayanan kesehatan masyarakat maupun perorangan tanpa perlu membebani pembiayaan publik atau hingga menyebabkan pinjaman luar negeri yang berlebihan, Pengumpulan dana secara adil dan efisien serta sesuai dengan ketentuan di tingkat nasional maupun internasional. World Bank dan International Monetary Fund (IMF) membuat kriteria terkait Pengumpulan dana kesehatan yakni:

- a. Adekuat dan stabil: pembiayaan yang dikumpulkan dalam jumlah yang cukup, stabil dan cenderung untuk meningkat.
- b. Efisien: pembiayaan perlu meminimalkan gangguan terhadap stabilitas ekonomi.
- c. Ekuitas: pembiayaan dikumpulkan secara adil pada berbagai kelompok tingkat pendapatan.
- d. Mudah dikumpulkan: pembiayaan mudah untuk dikumpulkan dan diproses.
- e. Dapat diterima secara politis: perlu adanya transparansi, difusi yang luas dan kejelasan tentang penggunaan pembiayaan.

Mekanisme penumpukan pembiayaan kesehatan dijelaskan oleh Elias Mossialos, dkk dalam bukunya *Funding healthcare: options for Europe*. Ia menjelaskan bahwa Pengumpulan dana kesehatan dapat ditelisik dari sumber pembiayaan, mekanisme pengumpulan dan badan Pengumpulan dana kesehatan. Secara lebih detil, sumber pembiayaan, mekanisme

pengumpulan dan badan Pengumpulan dana kesehatan dapat dilihat pada gambar 5 (Mossialos, Elias; Dixon, Anna; Figueras, Josep; Kutzin, 2002).



Gambar 2.1 Ilustrasi sumber pembiayaan, mekanisme pengumpulan dan badan yang mengumpulkan pembiayaan kesehatan

Source: Moalossi adapted From Kutzin (2001)

Menurut sumber pembiayaan, pembiayaan kesehatan dapat berasal dari berbagai sumber, berbagai sumber pembiayaan kesehatan diantaranya adalah:

- a. Perusahaan, firma dan pemberi kerja
- b. Individu, rumah tangga dan pekerja
- c. Organisasi non pemerintah dan Yayasan internasional dan domestik
- d. Perusahaan dan pemerintah internasional.

Adapun sumber pembiayaan tersebut dikumpulkan melalui beberapa mekanisme diantaranya adalah:

a. Pajak langsung dan tidak langsung

Pajak, menurut Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2007 tentang Ketentuan Umum dan Tata Cara Perpajakan, adalah kontribusi wajib kepada negara yang terutang oleh orang pribadi atau badan yang bersifat memaksa berdasarkan Undang-Undang, dengan tidak mendapatkan imbalan secara langsung dan digunakan untuk keperluan negara bagi sebesar-besarnya kemakmuran rakyat. Pajak langsung adalah pajak yang bebannya harus ditanggung sendiri oleh wajib pajak yang bersangkutan dan tidak dapat dialihkan kepada pihak lain. Dengan kata lain, pajak langsung harus dibayar sendiri oleh wajib pajak bersangkutan. Yang termasuk dalam pajak langsung adalah Pajak penghasilan (PPh), Pajak Bumi dan Bangunan (PBB) dan Pajak Kendaraan Bermotor. Sedangkan pajak tidak langsung adalah pajak yang bebannya dapat dialihkan atau digeser kepada pihak lain. Dengan kata lain, pembayarannya dapat diwakilkan kepada pihak lain. Adapun contoh dari pajak tidak langsung adalah Pajak Pertambahan Nilai (PPN), Pajak bea masuk dan Pajak ekspor.

Di Indonesia, pajak juga terbagi menjadi pajak Pusat dan Pajak Daerah. Pajak pusat merupakan pajak yang dipungut dan dikelola oleh Pemerintah Pusat, dalam hal ini sebagian besar dikelola oleh Direktorat Jenderal Pajak (DJP). Contoh dari Pajak yang dikelola pemerintah Pusat adalah Pajak Penghasilan, Pajak Pertambahan Nilai, Pajak Penjualan atas Barang Mewah, Bea Materai dan Pajak Bumi dan Bangunan (PBB Perkebuan, Perhutanan, Pertambangan). Adapun pajak daerah yakni pajak yang dipungut dan dikelola

oleh Pemerintah Daerah dimana pajak tersebut terbagi menjadi pajak provinsi dan kabupaten/kota. Pajak provinsi terdiri dari Pajak Kendaraan Bermotor, Bea Balik Nama Kendaraan Bermotor, Pajak Bahan Bakar Kendaraan Bermotor, Pajak Air Permukaan, Pajak Rokok. Sedangkan Pajak kabupaten/kota terdiri dari Pajak Hotel, Pajak Restoran, Pajak Hiburan, Pajak Reklame, Pajak Penerangan Jalan, Pajak Mineral Bukan Logam dan Bantuannya, Pajak Parkir, Pajak Air Tanah, Pajak Sarang Burung Walet, Pajak Bumi dan Bangunan Perdesaan dan Perkotaan dan Bea Perolehan Hak Atas Tanah dan/atau Bangunan.

Dalam perpajakan, dikenal juga istilah *hypothecated tax* yang berarti pengumpulan uang dari pajak tertentu, yang dapat dipergunakan untuk satu tujuan tertentu (Cambridge University Press, 2020). Pajak tersebut juga seringkali disebut sebagai *earmarked tax*, yang berarti penghasilan pajak didesain untuk dipergunakan untuk suatu program atau kegunaan khusus. Pada *hypothecated tax*, individu yang membayar pajak mengetahui kemana perginya uang yang dibayarkan pada pajak tersebut (Doetinchem, 2010). Contoh penerapan *earmarked tax* tertuang dalam Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1995 tentang Cukai dimana dalam UU tersebut mengamanatkan bahwa 2% hasil penerimaan cukai yang dikumpulkan dari produk tembakau yang dibuat di Indonesia dibagikan kepada Provinsi penghasil tembakau untuk mendanai kegiatan peningkatan kualitas bahan baku, pembinaan industry, pembinaan

lingkungan sosial, sosialisasi ketentuan bidang cukai dan pemberantasan barang kena cukai ilegal.

b. Asuransi kesehatan wajib, sosial dan swasta

Asuransi kesehatan wajib merupakan pajak penghasilan yang dipungut oleh Pemerintah. Berbeda dengan pajak penghasilan biasa, asuransi kesehatan wajib dikumpulkan oleh badan independen atau semi-independen pemerintah. Asuransi kesehatan sosial berkaitan dengan pendapatan dan pembagian antara pekerja dan pemberi kerja. kontribusi dapat bersumber dari pekerja mandiri dimana besaran premi dihitung berdasarkan pendapatan ataupun tarif tertentu. Dalam skema asuransi kesehatan sosial, masyarakat yang tidak mampu dapat dibayarkan melalui mekanisme pajak. Asuransi kesehatan sosial biasanya dikumpulkan oleh badan khusus untuk mengelola keuangan tersebut. Asuransi kesehatan swasta dibayarkan oleh individu, ataupun pembagian antara pemberi kerja dan pekerja atau dibayarkan secara penuh oleh pemberi kerja. besaran premi pada umumnya ditetapkan berdasarkan risiko kesehatan tiap individu, penilaian pada kelompok tertentu maupun secara lokasi geografis teretentu maupun penilaian risiko pada suatu perusahaan tertentu. Badan penyelenggara asuransi swasta dapat berupa perusahaan asuransi swasta independen.

c. *Medical saving account*

Medical saving account dipahami sebagai simpanan individu yang ditujukan untuk pembayaran kebutuhan medis tiap masing-masing individu dimana simpanan tersebut

muncul atas kekhawatiran meningkatnya biaya perawatan kesehatan yang dapat menimpa tiap individu. Beberapa negara seperti Singapura, Tiongkok, Amerika Serikat dan Afrika Selatan telah menerapkan sistem ini.

d. *Out of pocket*

Mekanisme pembiayaan kesehatan lainnya ialah berasal dari individu secara langsung atau dikenal dengan istilah *out of pocket* (OOP). Pada OOP, pembayaran langsung dilakukan oleh individu kepada penyedia layanan kesehatan pada saat penggunaan layanan (World Health Organization, 2020). Dikarenakan pembayaran dilakukan langsung oleh pengguna jasa pada saat menggunakan layanan, maka instansi yang mengelola pembiayaan ini ialah penyedia layanan kesehatan, instalasi farmasi/apotik, dokter dan rumah sakit. Pembiayaan ini terjadi ketika sebuah pelayanan kesehatan tidak tercakup ke dalam pelayanan yang disediakan oleh pemerintah. OOP dapat berbentuk pembagian formal antara pemerintah dan individu maupun pembayaran informal dimana pembiayaan dilakukan di sektor publik namun tidak dianjurkan secara formal atau sesuai regulasi.

e. Dana pinjaman, hibah dan donasi

Sumber pembiayaan kesehatan lainnya dapat bersumber dari donasi dan hibah dari organisasi non pemerintah maupun pinjaman dari dunia internasional. Badan/instansi yang mengumpulkan dana tersebut dapat berasal dari berbagai bentuk diantaranya ialah:

- 1) Pemerintah Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota

- 2) Badan Independen Publik
- 3) Perusahaan asuransi swasta dan swasta *not-for profit/less profit*
- 4) *Provider* penyedia layanan kesehatan.

Implementasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia

Kementerian Kesehatan RI telah melakukan transformasi kesehatan melalui enam pilar, salah satunya adalah pilar transformasi sistem pembiayaan kesehatan yang menjadi *leading sector* dari Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK). Pilar keempat dari transformasi kesehatan ini dilakukan guna memastikan pembiayaan kesehatan yang cukup, adil, efektif, dan efisien.

Kementerian Kesehatan telah menetapkan empat program prioritas untuk mendukung transformasi pembiayaan kesehatan, yaitu *National Health Account* (NHA), *Health Technology Assessment* (HTA), Konsolidasi Pembiayaan Kesehatan, dan *Annual Review Tariff*. Dari sisi hulu atau perencanaan, Kementerian Kesehatan mempercepat produksi NHA menjadi T-1 atau setahun sebelum pelaksanaan program dijalankan, dari yang sebelumnya T-2 atau dua tahun sebelum program dilaksanakan. Ini dilakukan untuk penajaman perencanaan belanja kesehatan dan meningkatkan efisiensi belanja kesehatan dengan menekankan upaya promotif dan preventif.

T-1 sekarang sudah dilakukan dan untuk District Health Account (DHA) sudah dilakukan di 90 kabupaten/kota di 19 Provinsi. Program yang dilakukan untuk tahapan alokasi adalah peningkatan *Health Technology Assessment* (HTA) untuk menjamin kendali mutu dan biaya. Dari program ini Kementerian Kesehatan telah merilis Pedoman Penilaian Teknologi Kesehatan di Indonesia dan terus melakukan monitoring pada

implementasi rekomendasi HTA secara berkesinambungan.

Dari sisi realisasi, Kementerian Kesehatan melakukan program konsolidasi pembiayaan kesehatan antara pusat dan daerah. Sejak tahun 2023, bersinergi bersama Kementerian keuangan BOK Salur ini sudah bisa dilakukan dari Kementerian Keuangan langsung ke Puskesmas. Pemerintah juga melakukan konsolidasi dengan swasta dalam pemenuhan *supply side* dan mendorong komplementaritas belanja kesehatan dari berbagai sumber dana seperti pemanfaatan pajak rokok.

Saat ini program konsolidasi pembiayaan telah diimplementasikan melalui Permenkes No.27 Tahun 2022 tentang Pedoman Kemitraan Pemerintah dan Swasta (KPS) Non Infrastruktur Bidang Kesehatan di 238 kab/kota dan implementasi kebijakan insentif UKM di Puskesmas.

Selanjutnya dari sisi rewiu ada program *Annual Review Tariff* untuk melihat sejumlah layanan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang berbiaya tinggi dan berpotensi menimbulkan moral hazard (risiko moral). Reviu juga bertujuan untuk penyesuaian tarif *Indonesia Case Based Groups* (INA-CBGs) yang fokus pada pemenuhan hak peserta dan harga layak (keekonomian). Terakhir, program ini juga melakukan rewiu kapitasi BPJS pada level FKTP dengan menggunakan formulasi yang lebih efektif, efisien, dan berbasis kinerja.

Melalui program *Annual Review Tariff*, Kementerian Kesehatan telah merilis *Ina Grouper* rawat inap dengan grouper sesuai kondisi penyakit di Indonesia. Implementasinya juga telah dilakukan dengan penetapan Peraturan Menteri Kesehatan No.3 Tahun 2023 yang mengakomodasi penyesuaian besaran tarif dalam JKN.

Efisiensi pembiayaan kesehatan menjadi elemen penting dalam upaya membuka akses kesehatan bagi semua (*universal health coverage/UHC*) serta fokus penguatan ketahanan sistem kesehatan di Indonesia, khususnya setelah pandemi melanda. Disrupsi sistem kesehatan rawan terjadi akibat belanja kesehatan yang bersifat darurat dan memiliki kecenderungan sulit dikontrol sehingga diperlukan adanya transformasi dalam pembiayaan kesehatan. Kementerian Kesehatan (Kemenkes) Indonesia dalam upayanya melakukan transformasi pembiayaan kesehatan bertujuan untuk memastikan pembiayaan yang cukup adil, efektif, dan efisien. Dalam hal ini Kemenkes menekankan lima bentuk transformasi, salah satunya ialah peningkatan layanan promotif preventif yang diimplementasikan melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Standar Pelayanan Minimum (SPM). Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sebagai *gate keeper* dalam pelayanan kesehatan esensial menjadi subjek penting dalam realisasi peningkatan layanan promotif preventif. Hal ini didukung dengan adanya konsolidasi pembiayaan kesehatan melalui insentif berbasis kinerja dimana kinerja puskesmas dalam kegiatan skrining akan linier terhadap pemberian insentif. Tidak hanya puskesmas, klinik swasta juga didorong untuk melakukan upaya promotif preventif untuk memperluas cakupan pencegahan terhadap penyakit menular maupun tidak menular yang bersifat katastropik. Selain itu, dari fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) swasta yang selama ini sudah menjadi mitra BPJS Kesehatan juga telah diterapkan pembiayaan berupa kapitasi berbasis kinerja. Berkaitan dengan program kesehatan esensial, saat ini pun pemerintah sedang melakukan skema uji coba belanja kesehatan strategis pada program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di daerah terpilih sebagai upaya efisiensi pembiayaan untuk meningkatkan mutu layanan KIA. Rangkaian upaya dan kegiatan yang menjadi bagian transformasi pembiayaan kesehatan di FKTP tentunya perlu dikaji lebih lanjut untuk memahami sustainabilitas serta peluang perbaikan di masa mendatang.

Daftar Pustaka

Gisely, Vionalita. *Pembiayaan Pelayanan Kesehatan*. Program Studi Kesehatan Masyarakat. Universitas Esa Unggul. Jakarta.

<https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/empat-program-prioritas-transformasi-pembiayaan-kesehatan/>

Rifki, Rismawan., Diah, Ayu., Retna, Siwi, Padmawati. (2018). *Kebijakan Pembiayaan Jaminan Kesehatan Pemerintah Kota Palu di Era Jaminan Kesehatan Nasional*. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI, Vol.7, No.04, Hal. 178-189.

Yuyun, Umniyatun. (2021). *Pembiayaan & Penganggaran Kesehatan*. Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka. Jakarta.

Profil Penulis



Parmi, S.Kom., M.Kes

Seorang wanita lahir di Nguter Sukoharjo 16 Juni 1973 memiliki suami Kusnadi dan 1 anak (Muh Ilham Reonaldi). Riwayat Pendidikan S1 STIMIK Adhi Guna tahun 2013, S2 Universitas Indonesia Timur Makassar tahun 2015. Penulis aktif melaksanakan Tri Dharma perguruan Tinggi. Sebagai dosen pengampuh mata kuliah Aplikasi Komputer di Kampus STIK Indonesia Jaya Palu dan juga menduduki jabatan Kepala Laboratorium Komputer.

Email Penulis: parmi.aldi73@gmail.com

ASURANSI KESEHATAN

Aditya Wardhana, S.E., M.Si., M.M.
Universitas Telkom

Pengertian Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan adalah suatu bentuk perlindungan finansial yang memberikan jaminan atas biaya pengobatan dan perawatan medis yang diperlukan jika seseorang mengalami sakit atau kecelakaan. Asuransi kesehatan dapat membantu mengurangi beban biaya medis yang sangat tinggi dan tak terduga, dan juga memberikan akses ke layanan kesehatan yang lebih baik bagi orang-orang yang tidak mampu membayar sendiri (Wardhana, Aditya, et al, 2021; Nurrohmah, Akbar, and Djumahir, 2021; Pradana, Kurniawan, and Kristiani, 2021; Prameswari, and Indriantoro, 2021; Muthia, and Irawati, 2020; Prameshanti, and Sulistiyani, 2020; Ma'ruf, and Permana, 2020; Sulistyawati, Widyastuti, and Kurniawati, 2019; Aziz, and Yaqoob, 2018; Suryahadi, Widyanti, Perwira, and Wardoyo, 2018).

Jenis-Jenis Asuransi Kesehatan

Beberapa jenis asuransi kesehatan yang umum ditawarkan oleh perusahaan asuransi (Pradana, Kurniawan, and Kristiani, 2021; Prameswari, and Indriantoro, 2021; Suryawati, Hariyanto, and Pujilestari,

2021; Wardhana, Aditya, et al, 2021; Putra, and Setiawan, 2020; Jiao, Liu, Wen, Zhang, and Wang, 2018):

1. Asuransi Kesehatan Individu (*Individual Health Insurance*) memberikan perlindungan kesehatan untuk individu dengan membayar premi yang ditetapkan (Nurrohmah, Akbar, and Djumahir, 2021; Ahn, Park, and Lee, 2018; Okello, Gilson, and Ezumah, 2018).
2. Asuransi Kesehatan Keluarga (*Family Health Insurance*) menawarkan perlindungan kesehatan untuk keluarga (Nurrohmah, Akbar, and Djumahir, 2021; Okello, Gilson, and Ezumah, 2018; Sutrisna, Widyarto, Puspitasari, 2017).
3. Asuransi Kesehatan Pra-eksisting (*Pre-existing Condition Health Insurance*) memberikan perlindungan kesehatan untuk kondisi medis yang sudah ada sebelumnya, seperti diabetes, kanker, atau penyakit jantung (Nurrohmah, Akbar, and Djumahir, 2021; Okello, Gilson, and Ezumah, 2018).
4. Asuransi Kesehatan Penyakit Kritis (*Critical Illness Health Insurance*) memberikan manfaat finansial jika seseorang didiagnosis dengan penyakit serius seperti kanker atau serangan jantung (Nurrohmah, Akbar, and Djumahir, 2021; Okello, Gilson, and Ezumah, 2018).
5. Asuransi Kesehatan Global (*Global Health Insurance*). Asuransi kesehatan global memberikan perlindungan kesehatan internasional dan mencakup perawatan medis di negara-negara lain (Nurrohmah, Akbar, and Djumahir, 2021; Okello, Gilson, and Ezumah, 2018).
6. Asuransi Kesehatan Perjalanan (*Travel Health Insurance*). Asuransi kesehatan perjalanan memberikan perlindungan kesehatan untuk

wisatawan selama mereka berada di luar negeri (Nurrohmah, Akbar, and Djumahir, 2021; Okello, Gilson, and Ezumah, 2018).

7. Asuransi Kesehatan Anak (*Child Health Insurance*). Asuransi kesehatan anak memberikan perlindungan kesehatan khusus untuk anak-anak (Nurrohmah, Akbar, and Djumahir, 2021; Okello, Gilson, and Ezumah, 2018).

Prinsip-Prinsip Asuransi Kesehatan

Prinsip-prinsip asuransi kesehatan menjadi pedoman dalam penyelenggaraan asuransi kesehatan untuk memberikan pelayanan yang terbaik dan sesuai dengan aturan yang berlaku (Pradana, Kurniawan, and Kristiani, 2021; Wardhana, Aditya, et al, 2021; Prameshanti, and Sulistiyani, 2020; Widayati, and Hapsari, 2020; Huda, and Wahyuni, 2019; Maharani, Nugroho, and Utami, 2019). Berikut adalah beberapa prinsip-prinsip asuransi kesehatan:

1. Prinsip kebersamaan (*mutual assistance*) mendasarkan bahwa anggota asuransi saling membantu satu sama lain dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya.
2. Prinsip iuran (*premium*) menekankan bahwa anggota asuransi harus membayar iuran atau premi secara teratur dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku agar dapat memperoleh manfaat perlindungan kesehatan (Prameswari, and Indriantoro, 2021).
3. Prinsip kerahasiaan (*principle of confidentiality*) menjamin bahwa informasi pribadi anggota asuransi harus dijaga kerahasiaannya dan tidak boleh disebarkan ke pihak lain tanpa izin dari anggota asuransi tersebut.

4. Prinsip keadilan (*fairness*) menjamin bahwa seluruh anggota asuransi harus mendapatkan perlakuan yang sama dan adil dalam hal pemberian manfaat perlindungan kesehatan (Marpaung, and Tanjung, 2019).
5. Prinsip tanggung jawab (*principle of responsibility*) menuntut bahwa setiap anggota asuransi harus bertanggung jawab terhadap kesehatannya sendiri, serta harus mengikuti aturan dan ketentuan yang berlaku dalam program asuransi kesehatan.
6. Prinsip subsidiaritas (*principle of subsidiarity*) menegaskan bahwa asuransi kesehatan hanya dapat memberikan perlindungan pada kondisi kesehatan yang memerlukan biaya besar dan sulit ditanggung oleh individu (Nurrohmah, Akbar, and Djumahir, 2021; Muthia, and Irawati, 2020; Putra, and Setiawan, 2020).
7. Prinsip kesinambungan (*principle of sustainability*) menjamin bahwa penyelenggara asuransi kesehatan harus memberikan perlindungan kesehatan yang berkelanjutan bagi anggota asuransi dengan cara menjaga keberlangsungan program asuransi kesehatan yang dijalankan.

Regulasi Yang Mengatur Tentang Asuransi Kesehatan di Indonesia

Regulasi yang mengatur tentang asuransi kesehatan di Indonesia antara lain:

1. Undang-Undang No. 40 Tahun 2014 tentang Asuransi yang mengatur mengenai prinsip-prinsip asuransi, jenis-jenis asuransi, penyelenggaraan asuransi, persyaratan untuk menjalankan bisnis asuransi, dan perlindungan konsumen.

2. Peraturan Otoritas Jasa Keuangan (OJK) No. 57/POJK.05/2016 tentang Penyelenggaraan Usaha Asuransi Jiwa dan Penyelenggaraan Usaha Asuransi Umum yang mengatur tentang persyaratan dan kewajiban perusahaan asuransi, produk asuransi, penyusunan polis asuransi, pemasaran dan distribusi produk asuransi, serta perlindungan konsumen.
3. Peraturan Menteri Keuangan No. 31/PMK.010/2019 tentang Rekening Bersama Penampungan Premi dan Dana Tertanggung Asuransi yang mengatur tentang pembentukan rekening bersama untuk menampung premi dan dana tertanggung asuransi dan tata cara penggunaan rekening tersebut.
4. Peraturan OJK No. 14/POJK.05/2020 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan yang mengatur tentang perlindungan konsumen yang harus dipenuhi oleh perusahaan jasa keuangan, termasuk perusahaan asuransi kesehatan.
5. Peraturan Menteri Kesehatan No. 45 Tahun 2020 tentang Standar Pelayanan Kesehatan yang mengatur mengenai standar pelayanan kesehatan yang harus diberikan oleh penyedia layanan kesehatan, termasuk layanan kesehatan yang ditanggung oleh asuransi kesehatan
6. Peraturan Otoritas Jasa Keuangan (OJK) No. 31/POJK.05/2020 tentang Penerapan Sistem Manajemen Resiko pada Penyelenggaraan Usaha Asuransi yang mengatur tentang kewajiban perusahaan asuransi untuk menerapkan sistem manajemen risiko yang baik dalam penyelenggaraan usaha asuransi, termasuk dalam bisnis asuransi kesehatan.

7. Peraturan Otoritas Jasa Keuangan (OJK) No. 35/POJK.05/2020 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan yang mengatur tentang perlindungan konsumen yang harus diberikan oleh penyelenggara program jaminan kesehatan, termasuk perusahaan asuransi kesehatan.
8. Peraturan Menteri Kesehatan No. 46 Tahun 2021 tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan pada Program Jaminan Kesehatan Nasional yang mengatur tentang standar pelayanan minimal kesehatan yang harus diberikan oleh penyedia layanan kesehatan yang bekerja sama dengan program jaminan kesehatan nasional (Yuniarti, 2019; Suryahadi, Widyanti, Perwira, and Wardoyo, 2018), termasuk layanan kesehatan yang ditanggung oleh asuransi kesehatan. Standar pelayanan minimal kesehatan ini meliputi pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan di Indonesia

Penyelenggaraan asuransi kesehatan melibatkan beberapa pihak, antara lain:

1. Penyedia asuransi kesehatan. Merupakan perusahaan atau lembaga yang menyediakan program asuransi kesehatan dan mengelola dana premi yang dibayarkan oleh peserta asuransi.
2. Peserta asuransi kesehatan. Merupakan individu atau kelompok yang membayar premi dan mendapat manfaat perlindungan kesehatan dari program asuransi kesehatan yang disediakan oleh penyedia asuransi.

3. Fasilitas kesehatan. Merupakan rumah sakit, klinik, dokter, atau penyedia layanan kesehatan lainnya yang menyediakan pelayanan kesehatan kepada peserta asuransi kesehatan (Huda, and Wahyuni, 2019; Maharani, Nugroho, and Utami, 2019; Rusdiana, et al, 2017).
4. Pemerintah. Bertugas mengawasi dan mengatur jalannya program asuransi kesehatan di Indonesia, serta menetapkan kebijakan dan regulasi yang terkait dengan penyelenggaraan asuransi Kesehatan (Soejati, and Arief, 2017).

Perusahaan Asuransi Kesehatan di Indonesia

Berikut adalah persyaratan yang harus dipenuhi untuk menjalankan bisnis asuransi kesehatan di Indonesia:

1. Izin usaha. Setiap perusahaan asuransi kesehatan harus memperoleh izin usaha dari Otoritas Jasa Keuangan (OJK) untuk dapat menjalankan bisnisnya.
2. Modal usaha. Setiap perusahaan asuransi kesehatan harus memiliki modal usaha yang cukup untuk menjamin kelangsungan usahanya dan membayar klaim peserta asuransi.
3. Keanggotaan Asosiasi Asuransi. Setiap perusahaan asuransi kesehatan harus menjadi anggota dari Asosiasi Asuransi Indonesia (AAI) yang merupakan wadah bagi perusahaan asuransi di Indonesia (Siregar, et al, 2017; Soejati, and Arief, 2017).
4. Sistem manajemen risiko. Setiap perusahaan asuransi kesehatan harus memiliki sistem manajemen risiko yang efektif untuk mengidentifikasi, mengukur, mengendalikan, dan memonitor risiko yang terkait dengan bisnis asuransi kesehatan.

5. Produk dan tarif. Setiap perusahaan asuransi kesehatan harus memiliki produk dan tarif yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku, serta terbuka dan transparan dalam memberikan informasi kepada calon peserta asuransi.
6. Keuangan. Setiap perusahaan asuransi kesehatan harus memiliki laporan keuangan yang teratur dan terbuka, serta memenuhi persyaratan keuangan yang ditetapkan oleh OJK.
7. Tenaga kerja. Setiap perusahaan asuransi kesehatan harus memiliki tenaga kerja yang berkualitas dan memiliki sertifikasi sesuai dengan bidangnya.

Perlindungan Konsumen Asuransi Kesehatan di Indonesia

Perlindungan konsumen asuransi kesehatan adalah hal yang penting dalam menjalankan bisnis asuransi kesehatan. Berikut adalah beberapa upaya yang dilakukan untuk melindungi konsumen asuransi kesehatan:

1. Ketentuan Kontrak. Perusahaan asuransi harus memberikan kontrak yang jelas dan mudah dimengerti bagi peserta asuransi, termasuk syarat dan ketentuan dalam kontrak.
2. Transparansi. Perusahaan asuransi harus memberikan informasi yang jelas dan mudah dimengerti mengenai produk asuransi kesehatan yang ditawarkan, termasuk manfaat, risiko, serta kebijakan klaim.
3. Perlindungan Klaim. Perusahaan asuransi harus memproses klaim peserta asuransi secara cepat dan efektif, dan memberikan informasi yang jelas mengenai proses klaim.

4. **Komplain dan Pengaduan.** Perusahaan asuransi harus memiliki sistem pengaduan dan penyelesaian sengketa yang efektif dan mudah diakses oleh peserta asuransi.
5. **Standar Pelayanan.** Perusahaan asuransi harus memastikan bahwa layanan yang diberikan kepada peserta asuransi sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (Huda, and Wahyuni, 2019; Maharani, Nugroho, and Utami, 2019).
6. **Kesetaraan Perlakuan.** Perusahaan asuransi harus memberikan perlakuan yang sama kepada semua peserta asuransi.
7. **Edukasi.** Perusahaan asuransi harus memberikan edukasi kepada peserta asuransi mengenai manfaat, risiko, dan kewajiban sebagai peserta asuransi kesehatan.

Persyaratan dan Kewajiban Perusahaan Asuransi Kesehatan

Sebagai badan usaha yang bergerak di bidang asuransi kesehatan, perusahaan asuransi kesehatan memiliki persyaratan dan kewajiban yang diatur oleh undang-undang (Pradana, Kurniawan, and Kristiani, 2021). Berikut adalah beberapa persyaratan dan kewajiban perusahaan asuransi kesehatan: Memiliki izin usaha dari Otoritas Jasa Keuangan (OJK); Memiliki modal minimum yang telah ditentukan oleh OJK; Menyediakan produk asuransi kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan dapat memberikan perlindungan yang memadai; Menyediakan informasi yang jelas dan mudah dimengerti mengenai produk asuransi kesehatan yang ditawarkan; Memberikan perlindungan kesehatan kepada peserta asuransi dengan proses klaim yang cepat dan efektif; Menjamin keamanan dana yang dikumpulkan dari

peserta asuransi kesehatan; Menjaga kerahasiaan data kesehatan peserta asuransi; Menyediakan laporan keuangan dan informasi yang terkait secara transparan dan akuntabel; Mengikuti peraturan dan standar yang diatur oleh OJK dan lembaga terkait lainnya; Menjalankan tanggung jawab sosial dan lingkungan sebagai badan usaha yang beroperasi di masyarakat; Melakukan evaluasi dan perbaikan terus-menerus terhadap kinerja perusahaan dan produk asuransi kesehatan yang ditawarkan.

Penyusunan Polis Asuransi Kesehatan

Penyusunan polis asuransi kesehatan melibatkan beberapa tahapan penting, seperti berikut:

1. Identifikasi kebutuhan. Tahap ini melibatkan identifikasi kebutuhan calon nasabah terkait dengan perlindungan kesehatan.
2. Penawaran produk. Setelah kebutuhan identifikasi, tahap selanjutnya adalah menawarkan produk asuransi kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan calon nasabah.
3. Evaluasi risiko. Sebelum mengeluarkan polis asuransi kesehatan, perusahaan asuransi kesehatan akan melakukan evaluasi risiko terhadap calon nasabah.
4. Penetapan premi. Setelah evaluasi risiko, perusahaan asuransi kesehatan akan menetapkan premi yang harus dibayarkan oleh calon nasabah.
5. Pembuatan polis. Jika calon nasabah setuju dengan premi yang ditetapkan, perusahaan asuransi kesehatan akan membuat polis asuransi kesehatan untuk nasabah.

6. Pelayanan klaim. Jika terjadi klaim, nasabah harus mengajukan klaim kepada perusahaan asuransi kesehatan (Huda, and Wahyuni, 2019; Maharani, Nugroho, and Utami, 2019).

Pemasaran dan Distribusi Produk Asuransi Kesehatan

Pemasaran dan distribusi produk asuransi kesehatan dapat dilakukan melalui beberapa saluran, antara lain:

1. Agen Asuransi. Perusahaan asuransi kesehatan biasanya bekerja sama dengan agen asuransi yang bertugas memasarkan produk-produk asuransi kesehatan (Purba, and Hermanto, 2019).
2. Bank. Beberapa perusahaan asuransi kesehatan juga menjalin kerjasama dengan bank-bank tertentu untuk memasarkan produk asuransi kesehatan.
3. *E-commerce*. Perusahaan asuransi kesehatan juga dapat memasarkan produk-produknya melalui *platform e-commerce*. Hal ini memudahkan calon nasabah untuk membeli produk asuransi kesehatan secara *online*.
4. *Direct Marketing*. Perusahaan asuransi kesehatan juga dapat melakukan pemasaran langsung kepada calon nasabah dengan mengirimkan brosur atau menyediakan informasi melalui situs web perusahaan.
5. *Corporate*. Perusahaan juga dapat menjual produk asuransi kesehatan kepada perusahaan atau lembaga tertentu untuk menawarkan program kesehatan bagi karyawannya (Purba, and Hermanto, 2019).

Standar Layanan Kesehatan di Indonesia

Standar layanan kesehatan di Indonesia diatur dalam beberapa peraturan, antara lain:

1. Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009. Merupakan undang-undang yang mengatur tentang penyelenggaraan kesehatan di Indonesia, termasuk tentang standar pelayanan kesehatan.
2. Peraturan Menteri Kesehatan No. 75 Tahun 2014. Merupakan peraturan yang mengatur tentang standar pelayanan minimal rumah sakit. Di dalam peraturan ini diatur tentang berbagai aspek, seperti fasilitas, peralatan, tenaga medis, dan pelayanan kesehatan (Widyarto, Sutrisna, Puspitasari, 2017).
3. Pedoman Pelayanan Kesehatan Dasar. Merupakan pedoman yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan untuk memberikan panduan bagi penyelenggara pelayanan kesehatan dasar, termasuk puskesmas dan klinik.
4. Standard Operating Procedure (SOP) Pelayanan Kesehatan. SOP pelayanan kesehatan merupakan panduan bagi petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan aman.

Standar pelayanan minimal kesehatan di Indonesia meliputi pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

1. Pelayanan promotif adalah upaya untuk mempromosikan kesehatan dan mencegah terjadinya penyakit melalui pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan.
2. Pelayanan preventif adalah upaya untuk mencegah penyakit atau komplikasi penyakit dengan melakukan deteksi dini dan intervensi sejak dini.
3. Pelayanan kuratif adalah upaya untuk menyembuhkan penyakit atau mengurangi gejala dan komplikasi penyakit.

4. Pelayanan rehabilitatif adalah upaya untuk memulihkan fungsi tubuh pasien setelah menderita suatu penyakit atau kecelakaan.

Fasilitas, Peralatan, Tenaga Medis, dan Pelayanan Kesehatan

Fasilitas, peralatan, tenaga medis, dan pelayanan kesehatan adalah komponen penting dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang baik dan berkualitas (Huda, and Wahyuni, 2019; Rusdiana, et al, 2017; Widyarto, Sutrisna, Puspitasari, 2017). Berikut adalah penjelasan mengenai masing-masing komponen:

1. Fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan meliputi rumah sakit, puskesmas, klinik, laboratorium kesehatan, apotek, dan lain sebagainya. Fasilitas kesehatan harus memenuhi standar dan persyaratan yang telah ditetapkan untuk menjamin kualitas pelayanan kesehatan yang baik dan aman bagi pasien (Rusdiana, et al, 2017).
2. Peralatan kesehatan. Peralatan kesehatan mencakup segala jenis peralatan yang digunakan untuk mendukung proses diagnosa, pengobatan, dan perawatan pasien, seperti alat ukur tekanan darah, EKG, CT scan, X-ray, dan lain sebagainya. Peralatan kesehatan juga harus memenuhi standar dan persyaratan yang telah ditetapkan agar dapat digunakan dengan aman dan efektif (Rusdiana, et al, 2017).
3. Tenaga medis. Tenaga medis meliputi dokter, perawat, bidan, farmasis, ahli gizi, ahli terapi, dan lain sebagainya. Tenaga medis harus memiliki kompetensi dan kualifikasi yang memadai serta mematuhi etika dan standar profesi dalam memberikan pelayanan

kesehatan kepada pasien (Widyarto, Sutrisna, Puspitasari, 2017).

4. Pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan mencakup segala jenis layanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan dan tenaga medis kepada pasien, seperti pemeriksaan kesehatan, pengobatan, perawatan, dan konseling. Pelayanan kesehatan harus berkualitas, aman, dan memenuhi kebutuhan pasien sesuai dengan standar pelayanan minimal kesehatan yang telah ditetapkan (Widyarto, Sutrisna, Puspitasari, 2017).

Perusahaan Asuransi Kesehatan Terkemuka di Indonesia

Berikut ini adalah beberapa perusahaan asuransi kesehatan terkemuka di Indonesia: PT Asuransi Allianz Life Indonesia, PT Asuransi Astra Buana, PT Asuransi AXA Indonesia, PT Asuransi Cigna, PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia, PT Asuransi Multi Artha Guna Tbk, PT Asuransi Prudential Indonesia, PT Asuransi Sinar Mas, PT Asuransi Tugu Pratama Indonesia, dan PT Asuransi Wahana Tata.

Daftar Pustaka

- Ahn, S., Park, J., and Lee, S. (2018). The Effects of Private Health Insurance on Medical Expenditures of Korean Households. *Health Economics Review*, 8(1), 1-12.
- Aziz, I., and Yaqoob, A. (2018). Insurance Penetration and Economic Growth in Asia-Pacific Countries. *Asia-Pacific Journal of Risk and Insurance*, 12(2), 187-202.
- Huda, A. N., and Wahyuni, D. (2019). Analisis Implementasi Program JKN-KIS terhadap Pelayanan Kesehatan di RSUD Ulin Banjarmasin. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 7(1), 41-50.
- Jiao, Y., Liu, Y., Wen, C., Zhang, L., and Wang, L. (2018). Health Insurance Coverage and Its impact on Medical Cost: Observations from The Floating Population in China. *BMC Public Health*, 18(1), 1-11.
- Maharani, H., Nugroho, A. E., and Utami, W. (2019). The Effectiveness of Health Insurance and Health Service Utilization: Evidence from Indonesia. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-10.
- Marpaung, Y., and Tanjung, D. D. (2019). Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Deli Serdang. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 10(2), 103-111.
- Ma'ruf, M., and Permana, D. D. (2020). The Impact of Health Insurance on Healthcare Utilization and Health Outcomes in Indonesia. *Journal of Public Health in Developing Countries*, 6(12), 907-914.
- Muthia, T. S., and Irawati, D. (2020). The Effectiveness of Health Insurance in Reducing Health Expenditures in Indonesia. *Journal of Public Health in Developing Countries*, 6(12), 883-888.
- Nurrohmah, S., Akbar, F., and Djumahir. (2021). Willingness to Pay for Health Insurance in Indonesia: Does Trust in Healthcare System Matter? *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 9(1), 13-21.

- Okello, D. O., Gilson, L., and Ezumah, N. (2018). Exploring Experiences of Benefit Package Design Across High and Low-Income Countries: Implications for Universal Health Coverage. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(1), e233-e245.
- Pradana, G. A. W., Kurniawan, Y. A., and Kristiani, N. (2021). The Impact of Health Insurance on Healthcare Utilization: Evidence from Indonesia. *Journal of Health Management*, 23(2), 218-226.
- Prameshanti, R., and Sulistiyani, S. (2020). The Influence of Health Insurance, Access, and Trust in Health Services on The Utilization of Maternal Health Care Services. *Enfermería Clínica*, 30 (1), 201-204.
- Prameswari, D. A., and Indriantoro, N. (2021). The Influence of Health Insurance on Healthcare Utilization in Indonesia: Does Income Matter? *Journal of Asian Finance, Economics, and Business*, 8(1), 135-142.
- Putra, H. A., and Setiawan, D. D. (2020). Factors Affecting the Purchase Decision of Health Insurance in Indonesia. *Journal of Public Health in Developing Countries*, 6(12), 888-895.
- Purba, R., and Hermanto, B. (2019). Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Minat Masyarakat Menggunakan Asuransi Kesehatan Swasta. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 89-97.
- Rusdiana, Rusdiana., et al. (2017). The Effect of Health Insurance and Health Facility Quality on Health Care Utilization in Indonesia. *Journal of Health Policy and Management*, 2(1), 1-9
- Siregar, Rizki Nauli., et al. (2017). Analysis of the Factors Influencing the Enrollment of Community Health Insurance in Indonesia. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 8(3), 369-375
- Soejati, Handayani Diah., and Arief, Yuni Sufyanti. (2017). Factors Associated with Willingness to Join National Health Insurance Program among Public Health Center Clients in Surakarta. *Journal of Health Policy and Management*, 2(2), 87-95

- Suryahadi, A., Widyanti, W., Perwira, W., and Wardoyo, R. T. (2018). The Impact of National Health Insurance on Health Service Utilization among the Poor: Evidence from Indonesia. *Health Systems & Reform*, 4(2), 139-148.
- Sulistiyawati, I., Widyastuti, T., and Kurniawati, I. (2019). The Effect of Health Insurance on Outpatient Service Utilization: A Study at Puskesmas in Sleman Regency, Yogyakarta. *Public Health of Indonesia*, 5(1), 1-8.
- Suryawati, C., Hariyanto, A., and Pujilestari, P. (2021). The Role of Microinsurance in Supporting Universal Health Coverage: A Qualitative Study in Indonesia. *BMC Public Health*, 21(1), 1-13
- Sutrisna, Bambang., Widyarto, Doni., Puspitasari, Henny. (2017). The Impact of Health Insurance on Household Welfare: A Case Study in Indonesia. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 8(2), 310-315
- Wardhana, Aditya, et al. (2021). *Menakar Ekonomi di Era Pandemi Covid 19 dan New Normal*. Cirebon: Penerbit Insania.
- Widayati, A., & Hapsari, E. D. (2020). Factors Affecting the Utilization of Health Insurance among Low-Income Communities in Indonesia. *Journal of Public Health in Developing Countries*, 6(12), 876-882.
- Widyarto, Doni., Sutrisna, Bambang., Puspitasari, Henny. (2017). The Influence of Health Insurance, Knowledge, and Attitude on Medical Treatment Decision. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 8(1), 211-215
- Yuniarti, Renni. (2019). The Effect of Health Insurance on Health Care Utilization: Evidence from National Social Security in Indonesia. *Journal of Health Economics and Outcomes Research*, 7(2), 70-77

Profil Penulis



Aditya Wardhana, S.E., M.Si., M.M.

Penulis merupakan dosen tetap Universitas Telkom. Penulis menyelesaikan studi Sarjana Ekonomi (SE) di Universitas Padjadjaran pada tahun 1997 sebagai wisudawan terbaik. Kemudian, menyelesaikan studi Magister Sains (MSi) di Universitas Padjadjaran tahun 2003 dan Magister Manajemen (MM) di Universitas Pasundan tahun 2012 sebagai wisudawan terbaik. Saat ini penulis sedang melanjutkan studi Doktor Ilmu Manajemen di prodi Manajemen Universitas Pasundan. Penulis memiliki kepakaran di bidang manajemen sumber daya manusia, manajemen pemasaran, dan manajemen strategik. Penulis memiliki pengalaman praktisi di Citibank dan di PT Perusahaan Gas Negara Tbk dan meraih predikat *the best employee* serta sebagai konsultan di beberapa BUMN seperti Surveyor Indonesia, Badan Klasifikasi Kapal Indonesia, Pertamina, BNI 46, PTPN VIII, Biofarma, Kementerian Koordinator Perekonomian RI dan Kementerian Perhubungan. Penulis juga aktif melakukan berbagai penelitian terindeks Scopus dan Sinta dan telah menulis lebih dari 250 buku dalam bidang bisnis. Penulis mendapatkan penghargaan sebagai dosen dengan kinerja penelitian terbaik tahun 2022 dari LLDIKTI Wilayah 4 Jawa Barat dan memiliki Sertifikasi Penulis Buku Non-Fiksi dari Badan Nasional Sertifikasi Profesi (BNSP) RI.

Email Penulis: adityawardhana@telkomuniversity.ac.id

SISTEM PEMBIAYAAN DI FKTP

Violent Andary, MKM
Yayasan Obor Berkat Indonesia

Peran dan Fungsi FKTP dalam Sistem Kesehatan

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas kesehatan, baik milik pemerintah dan pemerintah daerah maupun swasta, yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya. Bentuk fasilitas kesehatan yang berupa FKTP terdiri dari (BPJS Kesehatan, 2015):

1. puskesmas atau yang setara;
2. praktik dokter;
3. praktik dokter gigi;
4. klinik pratama atau yang setara; dan
5. Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara.

Peran dan fungsi FKTP sangat penting dalam sistem kesehatan Indonesia yaitu berfungsi sebagai pintu gerbang pertama (*gatekeeper*) bagi pelayanan kesehatan masyarakat. Fungsi pokok pelayanan primer yaitu fungsi kontak pertama (*first contact*), fungsi pelayanan berkelanjutan (*continuity*), fungsi pelayanan paripurna (*comprehensive*), dan fungsi koordinasi pelayanan

(*coordination*), serta melakukan peningkatan kompetensi FKTP, kendali mutu dan kendali biaya (Ainur Rahma, 2017). Mengubah FKTP menjadi "pintu masuk" ke dalam sistem kesehatan melibatkan masyarakat yang mengetahui kemana harus mencari perawatan ketika sakit dan mampu mengakses penyedia layanan yang kompeten dengan tepat waktu. Di samping itu, penyedia layanan yaitu FKTP perlu mengetahui dan mengenali populasi yang mereka layani.

Beberapa peran dan fungsi penting lainnya dari FKTP:

1. Pelayanan Kesehatan Dasar: FKTP menyediakan pelayanan kesehatan dasar yang mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Fasilitas ini menjadi tempat pertama bagi masyarakat untuk mendapatkan perawatan kesehatan, konsultasi medis, vaksinasi, dan pelayanan kebidanan (Kemenkes RI, 2019).
2. Deteksi Dini Penyakit: FKTP berperan dalam deteksi dini penyakit dan masalah kesehatan lainnya. Pelayanan di FKTP sering menjadi titik awal dalam mendeteksi gejala penyakit dan melakukan tindakan pencegahan atau merujuk ke tingkat kesehatan yang lebih tinggi jika diperlukan (Meytri Saraswati, 2017).
3. Rujukan dan Koordinasi: FKTP berfungsi sebagai pintu gerbang untuk merujuk pasien ke fasilitas kesehatan tingkat lebih lanjut jika diperlukan. Koordinasi antara FKTP dengan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan penting untuk menyediakan pelayanan yang terintegrasi (Donni Hendrawan, 2021).
4. Membangun Kepedulian Kesehatan Masyarakat: FKTP berfungsi sebagai ujung tombak dalam membentuk dan meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan. Melalui pelayanan kesehatan

yang proaktif dan penyuluhan kesehatan, FKTP membantu membentuk pola hidup sehat di masyarakat (Putri Andanawarih, 2018).

5. Mengurangi Beban Pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan: FKTP berfungsi sebagai filter awal bagi kasus-kasus yang tidak memerlukan perawatan rumah sakit atau fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Dengan merawat kasus-kasus ringan atau penyakit yang dapat ditangani di FKTP, beban pelayanan di fasilitas tingkat lanjutan dapat dikurangi (I Nyoman Gede Semarajana*, 2022).

Pelayanan kesehatan primer secara filosofis dan logistik diorganisir berdasarkan kebutuhan kesehatan individu dan masyarakat, bukan berdasarkan detail penyakit tertentu. Penelitian yang dilakukan oleh Macincko (2009) dan Friedberg (2010) menunjukkan bahwa sistem yang memberi prioritas pada fungsi-fungsi kesehatan primer, seperti ketersediaan, kapasitas komprehensif untuk kebutuhan klinis umum yang tidak bersifat darurat, kontinuitas pelayanan dan informasi, serta integrasi pelayanan, menghasilkan hasil yang lebih baik dengan biaya yang lebih rendah (Primary Health Care Performance Initiative, 2022).

Pentingnya Sistem Pembiayaan di FKTP

Sistem pembiayaan dinilai sebagai sebuah sistem yang sangat dinamis dan sering memicu perubahan mendasar dalam sistem kesehatan. Sistem pembiayaan kesehatan yang baik diharapkan mampu melindungi penyedia dan pengguna fasilitas kesehatan dari bencana keuangan atau proses pemiskinan karena sakit dan menjadi jaminan seluruh masyarakat yang membutuhkan layanan kesehatan. Pemberian insentif kepada penyedia dan pengguna layanan kesehatan merupakan bentuk efisiensi

yang diharapkan mampu diperoleh dari sistem pembiayaan yang baik (Trisnantoro, 2021).

Beberapa aspek penting di bawah ini dapat terwujud apabila FKTP memiliki sistem pembiayaan yang baik:

1. Aksesibilitas Layanan Kesehatan

Sistem pembiayaan yang efektif dan berkelanjutan di FKTP dapat membantu meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan bagi masyarakat. Dengan biaya yang terjangkau atau bahkan gratis dalam beberapa program, masyarakat dapat lebih mudah mengakses pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan (Deysi Liem Fat Salim, 2020).

2. Pemerataan Pelayanan Kesehatan

Sistem pembiayaan yang tepat di FKTP dapat membantu memastikan pemerataan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah. Ini penting karena wilayah-wilayah terpencil atau masyarakat yang kurang mampu seringkali mengalami kesulitan dalam mengakses layanan kesehatan. Dengan pembiayaan yang cukup dan tepat sasaran, FKTP dapat lebih mudah mencapai masyarakat di seluruh daerah.

3. Upaya Promotif dan Preventif

Sistem pembiayaan yang didukung oleh pendekatan promotif dan preventif di FKTP dapat mengurangi beban penyakit pada tingkat awal sehingga mengurangi biaya pengobatan yang lebih mahal di tingkat lanjutan. Pembiayaan yang memprioritaskan upaya promotif dan preventif, seperti vaksinasi, program penyuluhan, dan pemeriksaan berkala, akan membantu memperkuat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

4. Meningkatkan Kualitas Pelayanan

Pembiayaan yang memadai di FKTP memungkinkan fasilitas tersebut untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan investasi dalam sumber daya manusia dan infrastruktur. Ini dapat meningkatkan kepuasan pasien dan menciptakan lingkungan yang lebih baik untuk perawatan kesehatan.

5. Peningkatan Status Kesehatan Masyarakat

Akhirnya, sistem pembiayaan yang efektif di FKTP secara keseluruhan dapat berkontribusi pada peningkatan status kesehatan masyarakat. Dengan masyarakat yang lebih sehat, produktivitas meningkat, biaya kesehatan individu dan pemerintah berkurang, dan kualitas hidup meningkat. Pentingnya sistem pembiayaan yang baik dan tepat di FKTP adalah kunci untuk meningkatkan akses, kualitas, dan pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia.

Model Pembiayaan di FKTP

Meskipun tidak ada metode pembayaran yang ideal dan setiap model memiliki kelebihan dan kelemahan masing-masing, beberapa model pembiayaan telah diterapkan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan mempengaruhi akses dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat. Pemilihan model pembiayaan yang tepat sangat penting untuk memastikan keberlanjutan dan kesuksesan operasional FKTP.

1. Model Pembiayaan Anggaran Pemerintah

Model pembiayaan ini didasarkan pada alokasi anggaran pemerintah untuk mendukung operasional FKTP. Dana yang diberikan mencakup gaji tenaga medis, obat-obatan, peralatan medis, dan biaya operasional lainnya. Pembiayaan ini sering digunakan

pada FKTP yang dikelola oleh pemerintah atau dibiayai oleh anggaran pemerintah.

2. Model Pembiayaan Asuransi Kesehatan

Model pembiayaan ini melibatkan partisipasi dari peserta asuransi kesehatan yang membayar premi tertentu. FKTP dapat menjadi penyedia layanan bagi peserta asuransi kesehatan ini. Asuransi kesehatan ini dapat berupa asuransi kesehatan sosial, asuransi kesehatan komersial, atau asuransi kesehatan masyarakat (misalnya, Jaminan Kesehatan Nasional - JKN di Indonesia).

3. Model Pembiayaan Masyarakat

Model ini melibatkan partisipasi langsung dari masyarakat, di mana pasien membayar secara langsung untuk pelayanan kesehatan yang diterima. Pembiayaan ini bisa berupa biaya kunjungan, obat-obatan, dan pelayanan medis lainnya. Beberapa program pembiayaan masyarakat juga dapat mengandalkan dana sosial, donasi, atau subsidi dari pemerintah.

4. Model Pembiayaan Gabungan

Model ini menggabungkan berbagai sumber pembiayaan, seperti anggaran pemerintah, asuransi kesehatan, dan pembiayaan masyarakat. Pendekatan gabungan ini dapat meningkatkan ketersediaan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan di FKTP.

Pemilihan model pembiayaan di FKTP harus mempertimbangkan kebutuhan masyarakat, keberlanjutan, dan efektivitas dalam mencapai tujuan sistem kesehatan yang inklusif dan berkualitas.

Untuk menentukan model pembiayaan yang paling efektif, FKTP perlu mendefinisikan manfaat atau paket layanan yang disediakan. Hal ini akan mendorong pembiayaan

layanan yang memadai. Kementerian Kesehatan mendefinisikan Paket layanan FKTP yang dikenal sebagai Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama, termasuk 144 kompetensi (layanan) yang harus disediakan oleh fasilitas-fasilitas tersebut (Joint Learning Network, giz, 2018). Berikut beberapa paket layanan yang dibiayai di FKTP:

1. Layanan promosi dan preventif: konseling kesehatan individu, imunisasi dasar, Keluarga Berencana, skrining kesehatan
2. Pemeriksaan medis, perawatan, dan konsultasi medis
3. Perawatan medis umum (bedah atau non-bedah)
4. Obat-obatan dan perlengkapan medis
5. Transfusi darah
6. Pemeriksaan laboratorium tingkat pertama
7. Rawat inap tingkat pertama.

Sumber Pembiayaan dan Mekanisme Pembiayaan di FKTP

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) membutuhkan sumber pembiayaan yang cukup dan mekanisme pembiayaan yang efektif untuk dapat menyediakan layanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas bagi masyarakat. Pembiayaan yang memadai sangat penting untuk mendukung keberlangsungan operasional FKTP dan memastikan pelayanan kesehatan yang merata dan terjangkau bagi semua lapisan masyarakat.

Sumber pembiayaan di FKTP meliputi:

1. Anggaran Pemerintah

Biaya dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah. Pelayanannya diberikan secara cuma-cuma oleh pemerintah sehingga sangat jarang penyelenggaraan pelayanan kesehatan disediakan oleh pihak swasta. Untuk negara yang kondisi keuangannya belum baik, sistem ini sulit dilaksanakan karena memerlukan dana yang sangat besar. Anggaran yang bersumber dari pemerintah ini dibagi juga menjadi:

- a. Pemerintahan pusat dan dana dekonsentrasi, dana program kompensasi BBM dan ABT
- b. Pemerintah provinsi melalui skema dana provinsi (PAD ditambah dana desentralisasi DAU provinsi dan DAK provinsi)
- c. Pemerintah kabupaten atau kota melalui skema dana kabupaten atau kota (PAD ditambah dana desentralisasi DAU kabupaten atau kota dan DAK kabupaten atau kota)
- d. Keuntungan badan usaha milik daerah
- e. Penjualan aset dan obligasi daerah
- f. Hutang pemerintah daerah

Anggaran pemerintah merupakan salah satu sumber pembiayaan utama untuk FKTP. Pemerintah daerah atau pusat mengalokasikan dana untuk mendukung operasional FKTP, termasuk gaji tenaga medis, obat-obatan, peralatan medis, dan biaya operasional lainnya.

2. Asuransi Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan sebuah asuransi kesehatan nasional. Ada beberapa iuran dan premi yang masuk pada BPJS, yaitu iuran pemerintah pusat dan daerah untuk PBI, premi yang masuk ke BPJS melalui pekerja penerima upah (PPU) dan Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU). PBI terdiri atas dua kelompok, yaitu yang dibayarkan oleh pemerintah pusat dan yang dibayarkan oleh pemerintah daerah. Di luar BPJS, ada premi yang dibayarkan masyarakat pada berbagai asuransi kesehatan komersial. Asuransi kesehatan, baik yang dikelola pemerintah maupun swasta, juga menjadi sumber pembiayaan penting di FKTP. Pasien yang memiliki asuransi kesehatan dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan di FKTP dan biayanya akan ditanggung oleh asuransi.

3. Pembiayaan Masyarakat

Dapat berasal dari individual ataupun perusahaan. Sistem ini mengharuskan agar masyarakat (swasta) berperan aktif secara mandiri dalam penyelenggaraan maupun pemanfaatannya. Hal ini memberikan dampak adanya pelayanan-pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pihak swasta, dengan fasilitas dan penggunaan alat-alat berteknologi tinggi disertai peningkatan biaya pemanfaatan atau penggunaannya oleh pihak pemakai jasa layanan kesehatan tersebut. Contohnya CSR atau (*Corporate Social Responsibility*) dan pengeluaran rumah tangga baik yang dibayarkan tunai atau melalui sistem asuransi. Dana yang bersumber dari swasta seperti dana dari perusahaan swasta, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), dan dana kemanusiaan (*charity*). Partisipasi masyarakat dalam pembiayaan kesehatan juga menjadi sumber dana untuk FKTP. Pembiayaan masyarakat dapat

berupa biaya kunjungan, obat-obatan, dan pelayanan medis lainnya yang dibayarkan langsung oleh pasien.

Pengumpulan dana kesehatan dimobilisasi melalui berbagai mekanisme. Sumber biaya yang cukup apabila tidak dikelola dengan efektif akan menjadi penghalang bagi FKTP untuk menyediakan layanan yang terjangkau dan berkualitas bagi masyarakat. Beberapa mekanisme yang dapat mendorong efektivitas dan efisiensi pembiayaan di FKTP:

a. Skema Pembayaran langsung (*Fee-for-Service*)

Sistem ini secara singkat diartikan sebagai sistem pembayaran berdasarkan layanan, dimana pencari layanan kesehatan berobat lalu membayar kepada penyedia pelayanan kesehatan. Dalam skema ini, pasien membayar langsung biaya pelayanan yang diberikan oleh FKTP. Biaya ini bisa mencakup konsultasi medis, pemeriksaan, obat-obatan, dan tindakan medis lainnya. Kelemahan sistem *Fee for Service* adalah terbukanya peluang bagi pihak pemberi pelayanan kesehatan (PPK) untuk memanfaatkan hubungan *Agency Relationship*, dimana PPK mendapat imbalan berupa uang jasa medik untuk pelayanan yang diberikannya kepada pasien yang besar-kecilnya ditentukan dari negosiasi. Semakin banyak jumlah pasien yang ditangani, semakin besar pula imbalan yang akan didapat dari jasa medik yang ditagihkan ke pasien. Dengan demikian, secara tidak langsung PPK didorong untuk meningkatkan volume pelayanannya pada pasien untuk mendapatkan imbalan jasa yang lebih banyak.

b. Skema Kapitasi (*Capitation*)

Sistem kapitasi merupakan pembiayaan kesehatan yang ditanggung bersama-sama secara gotong royong oleh seluruh peserta dengan besaran tetap sehingga diharapkan dapat mengurangi risiko masyarakat menanggung biaya kesehatan dari kantong sendiri (*out of pocket*) dalam jumlah yang sulit diprediksi dan kadang kadang memerlukan biaya yang sangat besar. Sistem kapitasi juga diharapkan dapat mengatasi kesenjangan pelayanan kesehatan. Dalam skema kapitasi di Indonesia, FKTP akan menerima pembayaran per bulan dari BPJS Kesehatan yang dibayar di muka berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

Beberapa negara mendukung penerapan skema kapitasi di FKTP dengan alasan:

- 1) Memastikan akuntabilitas dalam mengelola kesehatan seluruh populasi.
- 2) Memberikan stabilitas dan fleksibilitas keuangan bagi penyedia layanan (FKTP).
- 3) Dapat memberikan pilihan bagi populasi.
- 4) Dapat mengintegrasikan data dan informasi tentang status kesehatan populasi yang terdaftar.

Skema kapitasi yang sederhana sekalipun jika direncanakan dan diimplementasikan dengan baik, dapat meningkatkan pemerataan layanan, efisiensi, dan *responsiveness* FKTP. Di sisi lain, pembayaran di muka kepada FKTP dapat menyebabkan layanan yang kurang memadai atau rujukan yang berlebihan. Selain itu,

peningkatan jumlah rujukan yang lebih tinggi akibat FKTP dinilai kurang mampu memberikan paket layanan yang baik dapat menimbulkan risiko keuangan baik kepada *provider* maupun pengguna layanan (pasien).

FKTP dalam sistem kapitasi dituntut bukan hanya mengobati peserta tetapi juga memberikan pelayanan promotif dan preventif. Pelayanan yang diberlakukan pada FKTP meliputi administrasi pelayanan, promotif dan preventif, pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis, tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif, obat dan bahan medis habis pakai, serta pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama. Besaran tarif kapitasi yang diterima oleh FKTP telah melalui proses seleksi dan kredensial yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan dengan melibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Asosiasi Fasilitas Kesehatan yang mempertimbangkan sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan, dan komitmen pelayanan. Di Indonesia, data yang tersedia terbatas sehingga Faskes, Kemenkes, dan BPJS tidak dapat menggunakan data realistis untuk menghitung biaya kapitasi. Besaran iuran kapitasi dapat dihitung dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{Angka kapitasi (PAPB)} = \frac{\text{angka utilisasi} \times \text{biaya satuan}}{\text{jumlah peserta}} \times \frac{12 \text{ bulan}}{12 \text{ bulan}}$$

Besaran angka kapitasi sangat dipengaruhi oleh angka utilisasi pelayanan kesehatan dan jenis paket (*benefit*) asuransi kesehatan yang ditawarkan serta biaya satuan pelayanan. Angka utilisasi adalah tingkat pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan yang dimiliki sebuah FKTP dalam satu tahun. Angka utilisasi pada FKTP dapat diketahui dari berbagai laporan dari FKTP itu sendiri atau Susenas dan Dinas Kesehatan setempat. Biaya satuan atau *unit cost* merupakan biaya rata-rata untuk setiap jenis pelayanan pada kurun waktu tertentu. Jumlah peserta merupakan jumlah peserta yang terdaftar dalam suatu FKTP.

Pembayaran Kapitasi oleh BPJS Kesehatan didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP sesuai dengan data BPJS Kesehatan. Peserta BPJS Kesehatan terbagi menjadi 2 yaitu peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan peserta Non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI). Peserta PBI terdiri dari fakir miskin dan orang tidak mampu. Peserta Non PBI terdiri dari Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), dan Bukan Pekerja (BP). Pembayaran kapitasi kepada FKTP oleh BPJS Kesehatan setiap bulan paling lambat tanggal 15 bulan berjalan. Dana kapitasi langsung dibayarkan oleh BPJS Kesehatan ke FKTP milik Pemerintah Daerah.

Improvement model dan sistem pembiayaan diantaranya Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan (KBKP), *hospital-value base*, dan *global budget*. Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan adalah sistem pembayaran kapitasi kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

berdasarkan pemenuhan atau pencapaian empat indikator yang diterapkan sebagai upaya peningkatan kualitas pelayanan peserta di FKTP. Dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan dimanfaatkan seluruhnya untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Alokasi untuk pembayaran jasa pelayanan tiap FKTP ditetapkan sekurang-kurangnya 60% dari penerimaan dana kapitasi.

c. Skema Pembiayaan Berbasis Upaya (*Performance Payment Method*)

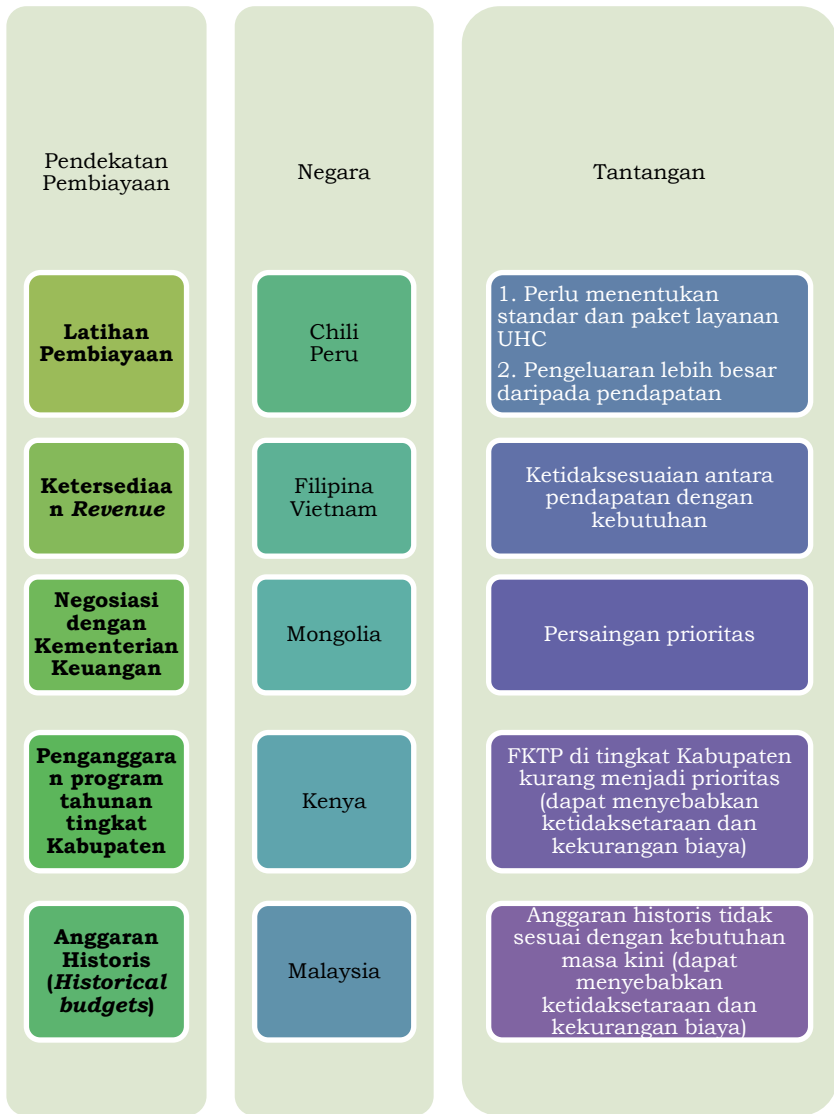
Skema ini menggunakan metode pembayaran berdasarkan upaya yang diberikan oleh FKTP. Misalnya, FKTP akan menerima pembayaran tertentu untuk pemeriksaan tertentu atau tindakan medis yang dilakukan.

Tantangan dan Masa Depan Sistem Pembiayaan di FKTP

Pengelolaan sistem pembiayaan kesehatan mempunyai berbagai tantangan yang perlu diatasi seperti tingkat kecukupan dan profil pengeluaran kesehatan, serta cakupan populasi dalam skema perlindungan pembiayaan. Dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional - Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) saat ini, tantangan yang dihadapi adalah bagaimana menyelaraskan antara anggaran (biaya) yang terbatas dengan tingginya angka pemberian pelayanan kesehatan. Pengembangan model dan sistem pembiayaan menjadi salah satu alternatif mengatasi tantangan tersebut. Saat ini metode pembiayaan yang digunakan dengan Kapitasi dan INA CBG's dikembangkan ke model pembiayaan yang lebih efektif. BPJS Kesehatan diharapkan dapat lebih gesit

dan memiliki posisi tawar sebagai *active strategic purchaser* (belanja strategis).

Mendapatkan kombinasi yang tepat dari pendanaan dan instrumen pembayaran sesuai dengan konteks dan tujuan negara membutuhkan campuran pendekatan, yang akan berkembang seiring perubahan konteks dan tujuan. Negara-negara telah merasa bermanfaat untuk membentuk platform pemangku kepentingan guna mendiskusikan dan menganalisis hasil dari model pembiayaan FKTP secara berkelanjutan, didukung oleh bukti dari sistem pemantauan rutin dan evaluasi berkala. Beberapa pendekatan yang dilakukan di berbagai negara dalam pembiayaan FKTP memiliki tantangan yang dihadapi:



Gambar 1. Pendekatan dalam Pembiayaan FKTP di berbagai negara (Primary Health Care Performance Initiative, 2022)

Daftar Pustaka

- Ainur Rahma, S. P. (2017). IMPLEMENTASI FUNGSI POKOK PELAYANAN PRIMER PUSKESMAS SEBAGAI GATEKEEPER DALAM PROGRAM JKN (STUDI DI PUSKESMAS JUWANA KABUPATEN PATI). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1-11.
- BPJS Kesehatan. (2015, Juli 28). PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN NOMOR 2 TAHUN 2015 TENTANG NORMA PENETAPAN BESARAN KAPITASI DAN PEMBAYARAN KAPITASI BERBASIS PEMENUHAN KOMITMEN PELAYANAN PADA FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA. Jakarta, DKI Jakarta, Indonesia. Retrieved from <https://peraturan.go.id/files/bn1094-2015.pdf>
- Deysi Liem Fat Salim, N. R. (2020). AKSESIBILITAS PEMBIAYAAN KESEHATAN DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL. *Lex Et Societatis*, VIII(4), 104-114. doi:<https://doi.org/10.35796/les.v8i4.30915>
- Donni Hendrawan, C. N. (2021). Pelayanan Primer yang Berkualitas: Sebuah Tinjauan Literatur (The Qualified Primary Care: A Literature Review). *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 1(1), 1-14. Retrieved from <https://jurnal-jkn.bpjs-kesehatan.go.id/index.php/jjkn/article/download/13/1>
- I Nyoman Gede Semarajana*, I. N. (2022, Oktober). FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINGGINYA RUJUKAN KASUS NON SPESIALISTIK OLEH FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL: SYSTEMATIC REVIEW. *JURNAL ADMINISTRASI RUMAH SAKIT INDONESIA*, 8(3), 84-93. Retrieved from <https://journal.fkm.ui.ac.id/arsip/article/view/3486/1626>

- Joint Learning Network, giz. (2018, Februari 27). *Model Pembiayaan dan Pembayaran untuk Puskesmas*. Retrieved from Kebijakan Kesehatan Indonesia: <http://kebijakankesehatanindonesia.net/review-publikasi/3460-model-pembiayaan-dan-pembayaran-untuk-puskesmas>
- Kemenkes RI. (2019, Oktober 28). PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 43 TAHUN 2019 TENTANG PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT. Jakarta, DKI Jakarta, Indonesia.
- Meytri Saraswati, A. S. (2017, Oktober). ANALISIS IMPLEMENTASI PROGRAM DETEKSI DINI KANKER SERVIKS MELALUI METODE INSPEKSI VISUAL ASAM ASETAT (IVA) DI PUSKESMAS KOTA SEMARANG. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 5(4), 85-94. Retrieved from <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/18320/17396>
- Primary Health Care Performance Initiative. (2022). *phcpi*. Retrieved from [phcpi: https://www.improvingphc.org/8-core-tenets-primary-health-care-improvement-middle-and-high-income-countries-0](https://www.improvingphc.org/8-core-tenets-primary-health-care-improvement-middle-and-high-income-countries-0)
- Putri Andanawarih, I. B. (2018). PERAN BIDAN SEBAGAI FASILITATOR PELAKSANAAN PROGRAM PERENCANAAN PERSALINAN DAN PENCEGAHAN KOMPLIKASI (P4K) DI WILAYAH PUSKESMAS KABUPATEN PEKALONGAN. *Jurnal SIKLUS*, 7(1), 252-256. Retrieved from <https://ejournal.poltektegal.ac.id/index.php/siklus/article/view/743>
- Trisnantoro, L. (2021). *Kebijakan Pembiayaan dan Fragmentasi Sistem Kesehatan*. Yogyakarta: UGM PRESS. Retrieved from <https://books.google.co.id/books?id=KnMZEAAAQBAJ>

Profil Penulis



Violent Andary, MKM

Penulis dilahirkan di Pematangsiantar pada tanggal 05 November 1993. Ketertarikan penulis terhadap Ilmu Kesehatan Masyarakat dimulai pada tahun 2012 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara dengan memilih peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dan berhasil lulus pada tahun 2016. Penulis kemudian langsung melanjutkan pendidikan Magister ke Universitas Indonesia dengan beasiswa penuh dari Program Beasiswa Unggulan Kemendikbud dan berhasil menyelesaikan studi S2 di peminatan Manajemen Pelayanan Kesehatan pada tahun 2019. Penulis memiliki ketertarikan terhadap isu pelayanan primer dan pembiayaan kesehatan sehingga melakukan beberapa penelitian dan publikasi mengenai Puskesmas, Program Promotif & Preventif, serta Pembiayaan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Riwayat pekerjaan penulis pernah bekerja sebagai dosen Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat di STIKes Langsa dan saat ini bekerja sebagai Head of Health & Disaster Relief di Yayasan Obor Berkat Indonesia. Penulis memiliki keyakinan untuk semakin mendalami dan mengembangkan isu-isu pelayanan kesehatan primer guna mendorong pemerataan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia.

Email Penulis: violentandary@gmail.com

MANAJEMEN SISTEM CASEMIX

Windy Nofrita Tumuwe, SKM., M.Kes
Universitas Trinita Manado

Pengantar Casemix

Tarif pelayanan kesehatan di Indonesia memiliki kecenderungan meningkat disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu faktor pertama tren penyakit degeneratif, faktor kedua adalah kurangnya tindakan promosi dan preventif sehingga orientasi pembiayaan kesehatan terbesar dialihkan ke dana kuratif, faktor ketiga adalah pembayaran *out of pocket (fee for service)* atau dikenal dengan istilah uang keluar dari kantong/saku pribadi untuk membayar pelayanan yang sudah ditentukan oleh *provider* atau penyedia layanan kesehatan yang telah menggunakan teknologi canggih, menghadirkan tenaga spesialisasi ilmu kedokteran, dan faktor keempat tidak lepas juga dari tingkat inflasi. Memperhatikan situasi dan kondisi yang ada seperti ini maka akses pelayanan kesehatan terancam, terutama bagi masyarakat yang kurang mampu dalam bidang ekonomi. Hal ini menyebabkan menurunnya derajat kesehatan masyarakat. Hal tersebut diperparah dengan tarif rumah sakit yang tidak sama dan tidak ada standar, sehingga rumah sakit menetapkan tarif masing-masing untuk layanan kesehatannya. Dalam upaya menyamakan dan menstandarisasi tarif tersebut, Pemerintah Negara Republik Indonesia melalui Departemen Kesehatan

melaksanakan berbagai upaya di antaranya adalah Sistem *Case-mix*, yang telah diimplementasikan pada tahun 2008.

Sistem *Case-mix* adalah sebuah prosedur pembiayaan pelayanan kesehatan yang tujuannya untuk peningkatan kualitas mutu, mengendalikan efektifitas dan efisiensi layanan kesehatan, adanya pemerataan untuk standarisasi tarif dan keterjangkauan akses pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan, dan biaya ini diperuntukan kepada pasien dengan kasus campuran.

Definisi *Casemix*

Casemix adalah sebuah sistem pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, Pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*. *Casemix* (case based payment) sudah diterapkan sejak Tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Pada awalnya sistem *casemix* disusun untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dengan mengkategorikan pasien berdasarkan severitas kasus, sehingga pasien yang sakitnya lebih parah atau kasusnya lebih kompleks akan mendapatkan sumber daya yang lebih tinggi, oleh karenanya perlu mengkombinasikan antara berbagai faktor; diagnosis utama dan penyerta, prosedur atau tindakan yang dilakukan, dan faktor penentu lain seperti usia dan lama dirawat. Kemudian informasi ini digabungkan dengan data financial berupa biaya pelayanan yang dikeluarkan untuk menangani kasus terkait. Inilah yang mendasari mengapa disebut *case-mix*, karena menggabungkan informasi terkait pelayanan kasus.

Sistem *casemix* saat ini menjadi pilihan yang sangat sering digunakan sebagai sistem pembayaran kesehatan baik di negara-negara maju maupun di negara-negara berkembang. Di negara Amerika *casemix* dikenal dengan istilah *International Refined DRG* (IR-DRG), di negara Australia *casemix* disebut dengan *Australian National – DRG* (ANDRG), di United Kingdom *casemix* disebut dengan *Health Care Resource Group* (HRG), di Malaysia *casemix* dikenal dengan *Malaysian-DRG*, sedangkan di Indonesia *casemix* disebut *Indonesian Diagnosis Related Group* (INA-DRG) yang kemudian diamandemen dengan sebutan INACBG (Indonesian Case Based group).

Sejarah Casemix

Tahun 2006 pertama kalinya sistem *casemix* dikembangkan di Indonesia dan dikenal dengan nama INA-DRG (Indonesian - Diagnosis Related Group). Pada 1 September 2008 mengacu kepada Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor 586/Menkes/VII/2008 tanggal 3 Juli 2008 dan Nomor 807/Menkes/E/VIII/2008 tanggal 29 Agustus 2008 tentang Pelaksanaan Penyelenggaraan Pelayanan Jamkesmas 2008. INA-DRG *casemix* berisi tarif paket pelayanan kesehatan yang meliputi diagnosis, jumlah hari rawat dan besar biaya per diagnosis penyakit. Keuntungan menggunakan INA-DRG adalah transparansi tarif atas biaya pelayanan yang diberikan serta adanya perencanaan pelayanan pasien yang lebih baik.

Pembayaran dengan INA-DRG diawali dengan pembayaran terhadap 15 rumah sakit vertikal, dan pada 1 Januari 2009 diperlebar lagi pada seluruh rumah sakit yang bekerja sama untuk program Jaminan kesehatan masyarakat. Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur atau tata nama dari INA-DRG (Indonesia Diagnosis Related Group) menjadi INA-CBG (Indonesia Case Based Group) sesuai dengan perubahan

pengelompokan dari 3M Grouper ke UNU (United Nation University) Grouper. Sejak Oktober Tahun 2010 sampai Desember 2013, pembayaran kepada Penyedia Pelayanan Kesehatan Lanjutan (PPK) melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) menggunakan INA-CBG. Sejak diimplementasikannya sistem *casemix* di Indonesia telah dihasilkan 3 kali perubahan besaran tarif, yaitu tarif INA-DRG Tahun 2008, tarif INA-CBG Tahun 2013 dan tarif INA-CBG Tahun 2014. Tarif INA-CBG mempunyai 1.077 kelompok tarif terdiri dari 789 kode grup/kelompok rawat inap dan 288 kode grup/kelompok rawat jalan, menggunakan sistem koding dengan ICD-10 untuk diagnosis serta ICD-9-CM untuk prosedur/tindakan.

Dasar Pengelompokan INACBG

Pengelompokan INACBG menggunakan sistem kodifikasi:

Kode INACBG : K-4-17-I

Keterangan:

1. Digit ke-1 (alfabetik): menggambarkan kode CMG (*Casemix Main Groups*)
2. Digit ke-2 (numerik): menggambarkan tipe kelompok kasus (*Case Groups*)
3. Digit ke-3 (numerik): menggambarkan spesifikasi kelompok kasus
4. Digit ke-4 (romawi): menggambarkan tingkat keparahan kelompok kasus.

Case-Mix Main Groups (CMG) Adalah klasifikasi tahap pertama yang dilabelkan dengan huruf Alphabet (A sampai Z) yang di sesuaikan dengan ICD 10 untuk setiap sistem organ tubuh manusia. Terdapat 29 CMG dalam INA-CBG, yaitu:

1. Central nervous system Groups G
2. Eye and Adnexa Groups H
3. Ear, nose, mouth & throat Groups U
4. Respiratory system Groups J
5. Cardiovascular system Groups I
6. Digestive system Groups K
7. Hepatobiliary & pancreatic system Groups B
8. Musculoskeletal system & connective tissue Groups M
9. 9 Skin, subcutaneous tissue & breast Groups L
10. 10 Endocrine system, nutrition & metabolism Groups E
11. Nephro-urinary System Groups N
12. Male reproductive System Groups V
13. Female reproductive system Groups W
14. Groups O
15. Newborns & Neonates Groups P
16. Haemopoietic & immune system Groups D
17. Myeloproliferative system & neoplasms Groups C
18. Infectious & parasitic diseases Groups A
19. Mental Health and Behavioral Groups F
20. Substance abuse & dependence Groups T
21. Injuries, poisonings & toxic effects of drugs Groups S
22. Factors influencing health status & other contacts with health services Groups Z
23. Sub-Acute Groups SF
24. Special Procedures YY

25. Special Drugs DD
26. Special Investigations II
27. Special Prosthesis RR
28. Chronic Groups CF
29. Errors CMGs X

Case Group Adalah sub-group kedua yang menunjukkan spesifikasi atau tipe kelompok kasus, yang dilabelkan dengan angka 1 (satu) sampai dengan 9 (sembilan):

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
10. Error

Case Type Adalah sub-group ketiga yang menunjukkan spesifik CBGs yang dilambangkan dengan numerik mulai dari 01 sampai dengan 99.

Severity Level Adalah sub-group keempat yang menggambarkan tingkat keparahan kasus yang dipengaruhi adanya komorbiditas ataupun komplikasi dalam masa perawatan. Keparahan kasus dalam INA-CBG terbagi menjadi:

1. "0" - untuk rawat jalan
2. "I" - Ringan" untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 1 (tanpa komplikasi maupun komorbiditi)
3. "II" - Sedang" untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 2 (dengan mild komplikasi dan komorbiditi)
4. "III" - Berat" untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 3 (dengan major komplikasi dan komorbiditi)"

Pengelompokan kode diagnosis dan prosedur dijalankan dengan menggunakan grouper UNU (UNU Grouper). Unu Grouper adalah *grouper casemix* yang dikemukakan oleh United Nations University (UNU). Sifat-sifat UNU *Casemix* Grouper dengan penjelasannya seperti berikut :

1. Universal Grouper

Universal Grouper artinya mencakup sepenuhnya jenis perawatan pasien

2. Dynamic

Dynamic artinya total jumlah CBGs bisa diatur berdasarkan kebutuhan dari suatu negara.

3. Advance Grouper

Advance Grouper artinya bisa tetap digunakan apabila terdapat kesalahan dalam pengkodean diagnosis dan prosedur dengan sistem klasifikasi penyakit baru ICD-11 dan prosedur dalam klasifikasi ICHI (International Classification of Health Intervention).

Dengan memperhatikan komponen UNU *Casemix* Grouper yang terdiri dari 8 komponen sebagai berikut:

1. *Acute* (Akut)
2. *Sub Acute* (Sub Akut)

3. *Chronic* (Kronik)
4. *Spesial Procedure* (Prosedur Khusus)
5. *Spesial Prosthesis* (Prostesis Khusus)
6. *Spesial Drugs* (Obat Khusus)
7. *Spesial Investigation* (Investigasi Khusus)
8. *Ambulatory Package* (Paket Rawat Jalan)

Pembiayaan kesehatan saat ini mengikuti program Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, melalui pola pembayaran prospektif berbasis *Case-mix* yang bertujuan untuk memajukan dan meningkatkan kualitas mutu dan efisien layanan berfokus pada pasien, dengan tidak memberikan gratifikasi terhadap *provider* atau penyedia layanan yang melakukan *over treatment* (perawatan yang berlebihan), *under treatment* (perawatan yang kurang), maupun *adverse event* (peristiwa yang merugikan).

Casemix merupakan satu metode atau alat yang memungkinkan upaya menetapkan ekuiti, efisiensi dan kualitas suatu rumah sakit dengan melakukan identifikasi dari bauran dan jenis kasus atau pasien yang dirawat dan identifikasi dari seluruh sumber daya yang digunakan. Sistem pembayaran pelayanan kesehatan berwawasan ke depan dimana pembiayaan ditentukan sebelum layanan kesehatan dilaksanakan. *Case-mix* adalah pengelompokan pasien yang dirawat di rumah sakit, berdasarkan kesesuaian sumber daya yang digunakan (pemeriksaan, perawatan, tindakan) diklasifikasikan menurut DRG.

Kelebihan *Casemix*

1. DRG yang merupakan sistem *casemix* dapat diberlakukan dengan cepat

2. Mengurangi beban administrasi rumah sakit
3. DRG memberikan transparansi sistem manajemen rumah sakit dan pembayaran
4. DRG membantu memperkirakan dan memprediksi secara tepat financial yang diterima oleh rumah sakit
5. Meningkatkan efisiensi sistem pelayanan kesehatan rumah sakit
6. Meningkatkan mutu pelayanan
7. Melalui penyediaan informasi bagi para tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya
8. Meningkatkan sistem manajemen kesehatan sehingga bisa membuat keputusan yang lebih baik.

Kekurangan Casemix

1. Rumah sakit mengalihkan pengobatan dari rawat inap menjadi rawat jalan
2. Rumah sakit menurunkan rata-rata lama hari rawat (LOS)
3. Terdapat kecenderungan untuk mengklasifikasikan kembali pasien ke diagnosis yang lebih mahal yang disebut DRG Crep (penjilat DRG)
4. Pembayaran pelayanan perawatan menjadi tidak jelas, bila kemandirian perawatan dalam intervensinya tidak jelas karena sistem ini menyatu dalam pembayaran diagnosis
5. Sistem pembayaran ini tidak dapat membedakan antara kasus yang tingkat kesulitan tinggi/komplikasi dengan tingkat kesulitan rendah
6. Sistem pembayaran ini bersifat umum dan sulit untuk kasus-kasus kronik dan berulang.

Manfaat Casemix

Manfaat Sistem *Casemix* INA CBGs yaitu sebagai suatu pengklasifikasian dari tahapan perawatan pasien yang dirancang untuk menghasilkan kelas-kelas yang relatif homogen dalam hal sumber daya yang digunakan dan berisikan pasien-pasien dengan karakteristik klinik yang sejenis. *Case Base Groups* (CBGs), yaitu cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan diagnosis-diagnosis atau kasus-kasus yang relatif sama. Rumah sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh suatu kelompok diagnosis. Dalam pembayaran menggunakan sistem INA CBGs, baik rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis pasien dan kode DRG (Disease Related Group). Besaran jumlah penggantian biaya untuk diagnosis tersebut telah disepakati bersama antara *provider*/asuransi atau ditetapkan oleh pemerintah sebelumnya. Perkiraan waktu lama perawatan (*length of stay*) yang akan dijalani oleh pasien juga sudah diperkirakan sebelumnya disesuaikan dengan jenis diagnosis maupun kasus penyakitnya. Bukan hanya dari segi pembayaran, tentu masih banyak lagi manfaat dengan penggunaan sistem INA CBGs, diantaranya:

1. Bagi pasien,
 - a. adanya kepastian dalam pelayanan dengan prioritas pengobatan berdasarkan derajat keparahan,
 - b. dengan adanya batasan pada lama rawat (*length of stay*) pasien mendapatkan perhatian lebih dalam tindakan medis dari para petugas rumah sakit karena berapapun lama rawat yang dilakukan biayanya sudah ditentukan, dan

- c. mengurangi pemeriksaan serta penggunaan alat medis yang berlebihan oleh tenaga medis sehingga mengurangi resiko yang dihadapi pasien.
2. Manfaat bagi Rumah Sakit
- a. Mendapat pembiayaan berdasarkan kepada beban kerja sebenarnya,
 - b. Dapat meningkatkan mutu dan efisiensi pelayanan Rumah Sakit, dokter atau klinisi dapat memberikan pengobatan yang tepat untuk kualitas pelayanan lebih baik berdasarkan derajat keparahan,
 - c. meningkatkan komunikasi antar spesialisasi atau multidisiplin ilmu agar perawatan dapat secara komprehensif
 - d. Dapat memonitor dengan cara yang lebih objektif, perencanaan budget anggaran pembiayaan dan belanja yang lebih akurat,
 - e. Dapat mengevaluasi kualitas pelayanan yang diberikan oleh masing- masing klinisi, keadilan (equity) yang lebih baik dalam pengalokasian budget anggaran, dan mendukung sistem perawatan pasien dengan menerapkan *Clinical Pathway*.
3. Manfaat bagi penyandang dana Pemerintah (*provider*)
- a. Dapat meningkatkan efisiensi dalam pengalokasian anggaran pembiayaan kesehatan,
 - b. Anggaran pembiayaan yang efisien, equity terhadap masyarakat luas akan terjangkau, secara kualitas pelayanan yang diberikan akan lebih baik sehingga meningkatkan kepuasan pasien dan *Provider/Pemerintah*, dan

penghitungan tarif pelayanan lebih objektif serta berdasarkan kepada biaya yang sebenarnya.

Penggunaan Sistem *Casemix*

Casemix merupakan sistem pengklasifikasian atau pengelompokan penyakit yang menggabungkan jenis penyakit yang dirawat di RS dengan biaya keseluruhan pelayanan yang terkait. Kompleksitas *Casemix* dilihat dari keparahan penyakit, prognosis, kesukaran penanganan, kebutuhan akan intervensi, intensitas sumber daya. Secara umum sistem *casemix* digunakan dalam hal *Quality Assurance Program*, Komunikasi dokter dan direktur rumah sakit dan *staff medical record*, perbaikan proses pelayanan, anggaran, *profiling*, *benchmarking*, *quality control*, dan sistem pembayaran. Sistem *Casemix* merupakan penggabungan dari *costing*, *coding*, *clinical pathway* dan teknologi informasi :

1. *Coding for diagnostic* (ICD-10) *Coding for procedures* (ICD-9 CM)

Proses terbentuknya tarif INA CBG's tidak terlepas dari adanya peran dari sistem informasi yang ada di bagian rekam medis, dimana rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan layanan lain kepada pasien pada layanan kesehatan baik untuk rawat jalan maupun rawat inap yang dikelola oleh pemerintah maupun swasta, tujuan rekam medis untuk menunjang tercapainya tertib administrasi adalah salah satu faktor yang menentukan keberhasilan pelayanan kesehatan di rumah sakit, sehingga keberhasilan pelaksanaan INA CBG's pun sangat tergantung dengan data pada rekam medis. Ada 14 variabel INA CBGs pada *casemix* yang dibutuhkan dari data rekam medis antara lain :

- a. Identitas pasien (misal, nomor RM, dan lain-lain),
- b. Tanggal masuk rumah sakit,
- c. Tanggal keluar rumah sakit,
- d. Lama hari rawat (LOS),
- e. Tanggal lahir,
- f. Umur (tahun) ketika masuk RS,
- g. Umur (hari) ketika masuk RS,
- h. Umur (hari) ketika keluar RS,
- i. Jenis kelamin,
- j. Status keluar rumah sakit (Outcome),
- k. Berat badan baru lahir (gram),
- l. Diagnosis Utama,
- m. Diagnosis sekunder (komplikasi & komorbiditi),
- n. Prosedur/Pembedahan Utama

2. *Costing*

Pembiayaan DRG ditentukan menggunakan beberapa metode yaitu:

a. *Top Down Costing* (TDC)

Pembiayaan yang anggarannya ditetapkan dari atasan dan kemudian diteruskan ke bawahan untuk diimplementasikan.

b. *Activity Based Costing* (ABC)

Case mix berbasis ABC atau aktivitas berbasis biaya yang sistemnya didesain sebagai sistem informasi biaya yang menyediakan informasi tentang fakta (informing) dan pemberdayaan (empowering) manajemen serta karyawan dalam pengurangan biaya.

Sistem ABC merupakan sistem analisis biaya berbasis aktivitas untuk memenuhi kebutuhan personel dalam pengambilan keputusan baik yang bersifat strategik maupun operasional, menghasilkan informasi bagi seluruh personel organisasi (manajer dan karyawan) mencakup seluruh biaya yang dapat diterapkan dalam semua jenis perusahaan (manufacture, jasa dan dagang) berfokus pada *longterm strategic cost reduction*.

3. *Clinical Pathway*

Clinical pathway adalah dokumen perencanaan pelayanan kesehatan terpadu yang merangkum setiap langkah yang dilakukan pada pasien mulai masuk RS sampai keluar RS berdasarkan lainnya yang berbasis bukti dengan hasil yang dapat diukur (*Tim Casemix*). Tujuan *clinical pathway* antara lain, memfasilitasi penerapan *clinical guide* dan audit klinik dalam praktek klinik, memperbaiki komunikasi dan perencanaan multidisiplin, mencapai atau melampaui standar mutu yang ada, mengurangi variasi yang tidak diinginkan dalam praktek klinik, memperbaiki komunikasi antara klinik dan pasien, meningkatkan kepuasan pasien, identifikasi masalah riset dan pengembangan.

4. Teknologi Informasi

Sistem *casemix* hanya akan optimum hasilnya jika diselenggarakan dengan teknologi informasi, dan penanggungjawabnya semua personel, terutama *operating personnel*.

Dengan dimulainya penerapan Case-mix dalam sistem reimbursement terjadi pergeseran paradigma dalam pelayanan kesehatan. Jika dalam sistem Fee For Service *provider* seakan dirangsang untuk meningkatkan penggunaan sumber daya yang ada, maka pada sistem case mix yang bersifat prospektif ini, *provider* ditantang untuk memberikan pelayanan yang efektif dan efisien berdasarkan kompleksitas kasus.

Daftar Pustaka

- Departemen Kesehatan RI. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta : Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI. (2014). *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*. Jakarta : Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)*. Jakarta : Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta : Depkes RI.
- Kementrian Kesehatan RI. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (Ina-Cbg) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional*. Kementrian Kesehatan RI : Jakarta.
- Kementrian Kesehatan RI (2016). *Buku pegangan sosialisasi Jaminan kesehatan nasional (jkn) Dalam sistem jaminan sosial nasional*. Kementrian Kesehatan RI : Jakarta.
- Kementrian Kesehatan RI (2016). *Petunjuk Teknis Aplikasi INA-CBG v5*. National Casemix Center : Jakarta.
- Hosizah. (2012). *Case-Mix : Upaya Pengendalian Biaya Pelayanan Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta : Universitas Esa Unggul.

Profil Penulis



Windy Nofrita Tumuwe, SKM., M.Kes

Merupakan Ibu dari dua orang anak bernama Aurealia Wincy Maria dan Alexander Luis Miroslav. Penulis bekerja sebagai dosen aktif di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Trinita Manado. Ketertarikan penulis dengan dunia kesehatan diawali sejak tahun 2010 saat penulis memilih masuk Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado dan mengambil jurusan Administrasi Kebijakan kesehatan. Pengalaman belajar dan menjadi karyawan magang di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial BPJS Kesehatan mendorong ketertarikan penulis untuk mendalami tentang pembiayaan kesehatan di Indonesia. Keseriusan penulis dalam bidang Administrasi Kebijakan Kesehatan berhasil memotivasi diri sendiri untuk terus melanjutkan studi ke jenjang S2 di Prodi Kesehatan Masyarakat Program Magister di Universitas Sam Ratulangi Manado dengan jurusan yang sama yaitu Administrasi Kebijakan Kesehatan. Membaca buku menimbulkan kepekaan bagi penulis untuk menulis sebuah buku yang nantinya membantu khalayak banyak untuk mendapatkan informasi dan pengetahuan tentang pembiayaan kesehatan pada pelayanan kesehatan. Lewat tulisan perdana ini penulis berharap dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan Negara dan dapat melaksanakan bakti untuk mencerdaskan kehidupan bangsa.

Email Penulis: windytumuwe@gmail.com

KOMPONEN DRG (INA-CBG'S)

apt. Yuliawati, M. Farm
Universitas Jambi

Metode Pembiayaan Kesehatan

Sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia menerapkan metode pembayaran retrospektif dan prospektif. Contoh pembiayaan retrospektif adalah *Fee for Service* (FPS). Sistem pembiayaan retrospektif yaitu sistem pembayaran berdasarkan layanan. Pasien berobat kemudian melakukan pembayaran kepada dokter atau rumah sakit yang berperan sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK). Semakin banyak pelayanan maka semakin banyak pendapatan.

Pembiayaan retrospektif memiliki kekurangan dan kelebihan. Karena berdasarkan jumlah layanan, maka sistem ini berpotensi menimbulkan layanan yang melebihi kebutuhan pasien sehingga peningkatan biaya pada pasien dan berpotensi dalam pengurangan kualitas pelayanan. Selain itu, tidak ada pembiayaan untuk mencegah penyakit. Akan tetapi pembiayaan ini membuat pendapatan rumah sakit menjadi tidak terbatas, waktu tunggu pasien menjadi lebih singkat dengan pelayanan teknologi terbaru dan lebih mudah tercapainya kesepakatan dengan penyedia layanan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang sudah diketahui besarnya sebelum diberikannya pelayanan kesehatan kepada pasien. Beberapa contoh yang termasuk dalam pembiayaan prospektif adalah perdiem, global budget, Kapitasi dan *case based payment (casemix)*. Sistem *casemix* digunakan untuk pembiayaan Jaminan Kesehatan (JKN) di Indonesia.

Semenjak pemberlakuan pembayaran prospektif dengan pola *casemix*, akurasi (ketepatan) pengkodean klinis menjadi bagian penting dalam penentu biaya rumah sakit. Kode klinis diubah menjadi kode DRG dari software INA CBG. Kesalahan pada pengkodean menyebabkan kerugian akibat pembayaran klaim tidak diterima.

Komponen INA-CBG'S

Dulunya sistem INA-CBG dikenal dengan nama INA-DRG (Indonesia – Diagnosis Related Group). Perubahan nama menjadi INA-CBG (Indonesia Case Base Group) pada 31 September 2010. Telah terjadi 3 x perubahan yaitu tarif INA-DRG Tahun 2008, tarif INA-CBG Tahun 2013 dan tarif INA-CBG Tahun 2014.

Sistem INA-CBG terdiri dari komponen yang berhubungan langsung dengan *output* pelayanan dan komponen yang secara tidak langsung mempengaruhi penyusunan tarif INA-CBG. Komponen yang berhubungan langsung dengan *output* pelayanan adalah *clinical pathway*, koding, teknologi informasi, sedangkan komponen yang secara tidak langsung mempengaruhi proses penyusunan tarif INA-CBG untuk setiap kelompok kasus yaitu komponen *costing* (kalkulasi biaya) (Peraturan Menteri Kesehatan, 2016).

1. **Clinical Pathway (Jalur Klinis)**

Clinical pathway ini ibarat peta jalan yang membimbing semua profesi dalam memberikan pelayanan yang terstandarisasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Studi literature oleh Hijrah dkk menunjukkan bahwa *clinical pathway* terintegrasi mengurangi lama rawat, biaya rumah sakit, mengurangi penerimaan kembali dan meningkatkan kepuasan pasien pasca operasi (Hijrah; Saleh, A; Rachmawaty, 2022).

Clinical pathway ini menyamakan persepsi pada pedoman praktik klinis sehingga mengurangi variasi dalam pelayanan. Hal ini berdampak pada biaya yang lebih mudah diprediksi dan menjadi dasar perhitungan biaya real dari suatu kasus. *Clinical pathway* juga berperan sebagai pembanding CBG cost, terutama pada kasus “*high cost, high volume*” (Sutoto & Kes, 2018).

Pada gambar 6.1 dapat kita lihat format *clinical pathway* dan sistem DRG's *casemix* pada Rumah Sakit Fatmawati. Melalui lembaran *clinical pathway*, dapat diketahui pemeriksaan diagnostik, operasi dan obat-obatan. Dalam kaitannya dengan INA-CBG, pada *clinical pathway* juga tertulis kode (IC-D 10 dan IC-D 9 CM) yang menjadi dasar dalam penentuan tariff rumah sakit berdasarkan kode tersebut. Pada kolom diagnostik akhir (utama, penyerta dan komplikasi) menunjukkan bauran kasus (*casemix*). Selain itu, *clinical pathway* juga berguna untuk audit medis dan menjadi bagian penting dalam pemeriksaan untuk akreditasi rumah sakit.

		CLINICAL PATHWAYS DAN SISTEM DRGs CASEMIX SMF RS FATMAWATI JAKARTA (Nama Penyakit). 2006					
		Nama Pasien:	Umur:	Berat Badan: kg	Tinggi Badan: cm	Nomor Rekam Medis:	
Diagnosis Awal:		Kode ICD 10 :			Rencana rawat : hari		
Aktivitas Pelayanan	R. Rawat	Tgl/Jam masuk:	Tgl/Jam keluar:	Lama Rawat hari	Kelas:	Tarif/r (Rp):	Biaya (Rp)
	Hari Rawat 1 Hari Sakit: ...	Hari Rawat 2 Hari Sakit: ...	Hari Rawat 3 Hari Sakit: ...	Hari Rawat 4 Hari Sakit: ...	Hari Rawat 5 Hari Sakit: ...		
Diagnosis:							
▪ Penyakit Utama							
▪ Penyakit Penyerta							
▪ Komplikasi							
Assesmen Klinis:							
▪ Pemeriksaan dokter							
▪ Konsultasi							
Pemeriksaan Penunjang:							
Tindakan:							
Obat-obatan:							
▪							
Nutrisi:							
Mobilisasi:							
Hasil (Outcome):							
▪							
▪							
▪							
Pendidikan/Rencana Pemulangan:							
Varians:							
							Jumlah Biaya
Nama Perawat:		Diagnosis Akhir:		Kode ICD 10	Jenis Tindakan:		Kode ICD 9 – CM
▪ Utama							
Nama Dokter:		▪ Penyerta					
▪ Komplikasi							
Nama Pelaksana Verifikasi:							

Gambar 6.1.
Format *Clinical Pathway* di RS Fatmawati Jakarta
(Sumber : (Firmanda, 2021))

Pada gambar 6.2 dapat dilihat cara pengisian *clinical pathway*. Hal yang menjadi perhatian adalah biaya yang tercantum yaitu pelayanan dokter, pemeriksaan penunjang, tindakan dan obat-obatan. Semua biaya tersebut dihitung totalnya. Klaim dilakukan berdasarkan kode pada INA-CBG. Jika pengobatan kurang efektif sehingga terjadi perpanjangan lama rawat, kemungkinan hal ini akan merugikan rumah sakit. Melalui sistem ini, rumah sakit terpacu untuk meningkatkan pengobatan berdasar bukti (EBM) dan berbagai macam cara untuk menimalisir kerugian.

MILIK
KOMITE MEDIK
RS. FATMAWATI

**CLINICAL PATHWAYS DAN SISTEM DRGS CASEMIK
SMF KESEHATAN ANAK RS FATMAWATI JAKARTA
PNEUMONIA
2006**

Nama Pasien: RANGGA RAHMAN P		Umur: 145 JR. 04	Berat Badan: 18 kg	Tinggi Badan: 105 cm	Nomor Rekam Medis: 07-4507
Diagnosa Awal: Pneumonia		Kode ICD 10: J18.0	Rencana rawat: 3 hari		
Aktivitas Pelayanan Hari Rawat 1: 18/08/2006 Hari Rawat 2: 19/08/2006 Hari Rawat 3: 20/08/2006 Hari Sakit: 8 Hari Sakit: 3 Hari Sakit: 4 Hari Sakit: 5 Hari Sakit: ...					
Diagnosa: • Penyakit Utama: Neumonum Infeksi saluran pernafasan Neumonum Infeksi saluran pernafasan • Penyakit Penyerta: • Komplikasi:					
Pemeriksaan / Ziar: • Pemeriksaan dokter: <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) Rp. 45.000 • Konsultasi: <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-)					
Pemeriksaan Penunjang: <input checked="" type="checkbox"/> DTL <input type="checkbox"/> AGD <input checked="" type="checkbox"/> Baca Tes Mt <input checked="" type="checkbox"/> AGD <input checked="" type="checkbox"/> Tes Mt <input checked="" type="checkbox"/> CXR PA		Rp. 198.900			
Tindakan: <input checked="" type="checkbox"/> Oksigen <input checked="" type="checkbox"/> IVFD <input checked="" type="checkbox"/> Antibiotik IVFD <input type="checkbox"/> Angkat IVFD		Rp. 33.900			
Obat-obatan: • Inj. Ampicilin 4 x 500 mg <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) • Inj. Kloramfenikol 4 x 250 mg <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-)		Rp. 287.300			
Nutrisi: 100 cc 4x sehari Salah jenis 2x 200cc (dari kamar) Mobilisasi: 1000 ml 1000 ml Berjalan					
Hipotermia / Outcome: • Asesmen: Kulit Saluran Saluran Saluran					
• Febris: <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) • Sesak: <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-)					
Pendidikan / Penunjang: Penjelasan penyakit Go dan Imunisasi Kontrol poliklinik					
Verensi: Jumlah Bayar: Rp. 634.100					
Nama Rawat: Dr. Puspita Nama Dokter: Dr. Puspita Poliklinik Verifikasi: Fatmawati		Diagnosa Akhir: • Utama: Pneumonia ICD 10: J18.0 • Penyerta: • Komplikasi:		Jenis Tindakan: • Vital/Konsul: Anamnesis & PF 89.0 dan 89.7 • Pemeriksaan mikroskopis darah 90.5 • Foto toraks PA 87.44 • Pemasangan IVFD & Inj. obat 96.2 • Oksigen 80.56	

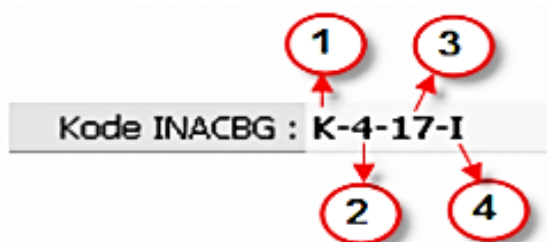
VERIFIED
 AKUNTANSI
 Tgl: **10-06** Paraf: **[Signature]**

Gambar 6.2. Contoh pengisian *clinical pathway* di RS Fatmawati Jakarta (Sumber : (Firmanda, 2021))

2. Koding (pengkodean)

Pengaturan mengenai pengkodean INACBG sebelumnya tertuang pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs). Akan tetapi pada tahun 2016 telah ada aturan baru yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional yang mencabut ketentuan INA-CBG tahun 2014.

Pengelompokan INA-CBGs mengacu pada kodifikasi berdasarkan diagnosis akhir dan tindakan/prosedur dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur. Pengelompokan ini menghasilkan 1.077 Group/Kelompok Kasus yaitu 789 kelompok kasus rawat inap dan 288 kelompok kasus rawat jalan. Setiap kelompok (grup) menggunakan kombinasi alfabet dan numerik seperti pada gambar berikut (Peraturan Menteri Kesehatan, 2016):



Keterangan :	
1. Digit ke-1 (alfabetik) :	menggambarkan kode CMG (<i>Casemix Main Groups</i>)
2. Digit ke-2 (numerik) :	menggambarkan tipe kelompok kasus (<i>Case Groups</i>)
3. Digit ke-3 (numerik) :	menggambarkan spesifikasi kelompok kasus
4. Digit ke-4 (romawi) :	menggambarkan tingkat keparahan kelompok kasus

Gambar 6.3 Struktur kode INA-CBG
(Sumber: Permenkes no 76 tahun 2016)

Struktur kode INA-CBG yang mengacu pada gambar 6.3 yang terdiri atas (Peraturan Menteri Kesehatan, 2016):

a. Kode *Casemix* Main Groups (CMGs)

Digit pertama diberi label menggunakan huruf A – Z yang berhubungan dengan sistem organ dan disesuaikan dengan ICD 10. Terdapat 29 CMGs yang dapat dilihat pada tabel 6.2.

b. Tipe kelompok kasus (*Case Group*)

Digit kedua yang diberi angka 1-9 menunjukkan spesifikasi atau tipe kelompok kasus seperti yang terlihat pada tabel 6.1

Tabel 6.1 *Case Group* 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

c. *Case Type*

Digit ketiga yang menggunakan angka 01-99 yang menunjukkan CBGs spesifik.

d. *Severity Level* (tingkat keparahan)

Digit keempat yang menggambarkan keparahan kasus karena adanya komorbiditas atau komplikasi selama perawatan.

Keparahan kasus dalam INA-CBG dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 6.2. Keparahan kasus INA-CBG

Kode Romawi	Kategori	Tipe Layanan	Tingkat Keparahan
0	—	Rawat jalan	—
I	Ringan	Rawat inap	1 (tanpa komplikasi maupun komorbiditi)
II	Sedang	Rawat inap	2 (dengan mild komplikasi dan komorbiditi)
III	Berat	Rawat inap	3 dengan major komplikasi dan komorbiditi)

Tabel 6.3 Case mix Main Groups (CMG)

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

Berdasarkan keempat struktur di atas, maka disusunlah berbagai macam kode INA-CBG yang akan terintegrasi dengan ketentuan tarif INA-CBG. Berikut adalah contoh pengkodean INA-CBG

Tabel 6.4. Contoh kode INA-CBG

Tipe	Kode	Deskripsi Kode INA-CBG
Layanan	INA-CBG	
Rawat Inap	I – 4 – 10 – I	Infark Miocard Akut (Ringan)
	I – 4 – 10 – II	Infark Miocard Akut (Sedang)
	I – 4 – 10 – III	Infark Miocard Akut (Berat)
Rawat Jalan	Q – 5 – 18 – 0	Konsultasi atau pemeriksaan lain-lain
	Q – 5 – 35 – 0	Infeksi Akut

Teknologi Informasi (Peraturan Menteri Kesehatan, 2016)

Teknologi informasi memainkan peran yang sangat penting karena dalam penetapan tarif INA-CBG menggunakan aplikasi. Penggunaan aplikasi dimulai pada 1 Januari 2014 dan telah mengalami perubahan yang signifikan pada rancang bangun dan *interface* pada tahun 2016.

Penggunaan aplikasi pertama INA-CBG yaitu versi 1.5 dan terus berkembang hingga versi 5 dengan pengembangan pada fitur, *interface*, penambahan variabel, grouper, tarif INA-CBG, Modul Protokol Integrasi dengan SIMRS serta BPJS serta Rancang bangun Pengumpulan data dari rumah sakit ke BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan RI. Aplikasi tahun 2016 mengalami perubahan signifikan pada *interface* maupun rancang bangun alur pengiriman data.


Kode registrasi menjadi syarat utama agar klinik, balai dan rumah sakit dapat menggunakan aplikasi yang menunjukkan telah terdaftarnya di kementerian kesehatan. Aplikasi ini didapatkan dengan gratis dengan syarat sebagai berikut:

1. Faskes yang belum memiliki kode registrasi
 - a. mengurus kode registrasi ke website: yankes.kemkes.go.id.

- b. Setelah kode diterima, faskes melaporkan melalui email aplikasi.inacbg@gmail.com kepada Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dan selanjutnya database faskes diberikan secara langsung atau melalui email
 - c. Aplikasi INA-CBG versi 5 dapat diperoleh dengan mengunduh melalui website inacbg.kemkes.go.id pada menu download atau langsung ke Sekretariat Tim Tarif INA-CBG di Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Lantai 14, Gdg. Prof. Suyudi Kementerian Kesehatan RI. Selain itu, dapat disalin dari yang memiliki aplikasi INA- CBG versi 5 secara gratis
2. Faskes yang memiliki kode registrasi, namun belum terdaftar database INA-CBG versi 5 dapat mengikuti langkah pada huruf b diatas dan menginstal aplikasi menggunakan langkah pada huruf c diatas.

Costing

Tarif INA-CBG menggunakan sistem *casemix* yang merupakan pembiayaan prospektif dimana tarifnya telah ditetapkan sebelum pelayanan dilakukan. Dulunya penerapan tarif fasilitas kesehatan bersifat retrospektif dimana biaya ditentukan setelah pelayanan dan semakin banyak pelayanan maka pendapatan semakin besar.

		CLINICAL PATHWAYS DAN SISTEM DRGs CASEMIX SMF KESEHATAN ANAK RS FATMAWATI JAKARTA PNEUMONIA 2006							
Nama Pasien: <u>R. ANDIKA RAUHAN P</u>		Umur: <u>144 hr 6ln</u>	Berat Badan: <u>14</u> kg	Tinggi Badan: <u>105</u> cm	Nomor Rekam Medis: <u>07945257</u>				
Diagnosis Awal: <u>Pneumonia</u>		Kode ICD 10: <u>J18.0</u>		Rencana rawat: <u>5 hari</u>					
Aktivitas Pelayanan	R. Rawat: <u>4</u>	TolJ Lam msk: <u>27</u>	TolJ Lam kir: <u>26</u>	Lama Rwt hari: <u>3</u>	Kelas: <u>III</u>	Tarif (Rp): <u>40.000</u>			
	Hari Rawat 1: <u>8</u>	Hari Rawat 2: <u>3</u>	Hari Rawat 3: <u>4</u>	Hari Rawat 4: <u>5</u>	Hari Rawat 5: <u>...</u>	Biaya (Rp): <u>120.000</u>			
Hari Sakit: <u>8</u> Hari Sakit: <u>3</u> Hari Sakit: <u>4</u> Hari Sakit: <u>5</u> Hari Sakit: <u>...</u>									
Diagnosis:									
• Penyakit Utama: <u>Pneumonia</u> <u>Pneumonia</u> <u>Pneumonia</u> <u>Pneumonia</u>									
• Penyakit Penyerta: <u>...</u>									
• Implikasi: <u>...</u>									
Asesmen Klinis:									
• Pemeriksaan dokter: <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) Rp. 45.000									
• Konsultasi: <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-)									
Pemeriksaan Penunjang:									
<input checked="" type="checkbox"/> DTL <input checked="" type="checkbox"/> AGD <input checked="" type="checkbox"/> AGD <input checked="" type="checkbox"/> Tes Mt <input checked="" type="checkbox"/> Baca Tes Mt									
<input checked="" type="checkbox"/> CXR PA <input checked="" type="checkbox"/> Tes Mt									
Tindakan:									
<input checked="" type="checkbox"/> Oksigen <input checked="" type="checkbox"/> Pasang IVFD <input checked="" type="checkbox"/> IVFD <input checked="" type="checkbox"/> Angkat IVFD									
Obat-obatan:									
<input checked="" type="checkbox"/> Inj. Ampicilin 4 x 357 mg <input checked="" type="checkbox"/> Inj. Kemicistin 4 x 200 mg									
Jumlah Biaya: <u>Rp. 287.500</u>									
Nutrisi: <u>...</u>									
Mobilitas: <u>...</u>									
Hasil/Outcome:									
<input checked="" type="checkbox"/> Kesadaran: <u>...</u>									
<input checked="" type="checkbox"/> Febris: <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-)									
<input checked="" type="checkbox"/> Sesak: <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-)									
Pendidikan/R. Penulangan: <u>Penjelasan penyakit</u> <u>Gizi dan Imunisasi</u> <u>Kontrol poliklinik</u>									
Varians: <u>...</u>									
Jumlah Biaya: <u>Rp. 634.200</u>									
Nama Perawat: <u>Dr. Puera</u>		Diagnosis Akhir:		ICD 10:		Jenis Tindakan:		ICD 9 - CM:	
• Utama: <u>Pneumonia</u>		• Penyerta: <u>...</u>		• Komplikasi: <u>...</u>		• Utama: <u>Anamnesis & PF</u>		• Pemeriksaan mikroskop darah: <u>90.5</u>	
• Komplikasi: <u>...</u>		• Komplikasi: <u>...</u>		• Komplikasi: <u>...</u>		• Foto toraks PA: <u>87.44</u>		• Pemasangan IVFD & Inj. obat: <u>99.2</u>	
• Komplikasi: <u>...</u>		• Komplikasi: <u>...</u>		• Komplikasi: <u>...</u>		• Oksigen: <u>93.96</u>		• Oksigen: <u>93.96</u>	

Gambar 6.4 Clinical pathway yang menggambarkan biaya (Sumber : (Firmanda, 2021))

Pada gambar 6.4 bagian sebelah kanan terlihat adanya biaya pelayanan, pelayanan dokter, tindakan dan obat-obatan yang juga jumlah totalnya tercantum pada *clinical pathway*. Diagnosis akhir menjadi penentu Tarif INA-CBG dan juga ada kode ICD 10 dan ICD 9-CM yang jika salah menetapkan kodenya maka bisa menimbulkan kerugian bagi rumah sakit.

Tarif INA-CBG merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis yang perhitungannya berbasis pada data costing dan koding rumah sakit (gambar 6.4). Data costing merupakan data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit baik operasional maupun investasi, yang didapatkan dari rumah sakit terpilih yang menjadi representasi rumah sakit. Sedangkan data koding diperoleh dari data klaim JKN (Peraturan Menteri Kesehatan, 2016).

Beberapa penelitian maupun studi masih menunjukkan adanya ketimpangan dalam penggunaan sistem INA-CBG. Penelitian perbandingan biaya penyakit stroke iskemik di instalasi RSUD X Banda Aceh tahun 2019 menunjukkan adanya selisih biaya riil dan INA-CBG bulan Februari 2018 dan rumah sakit mengalami kerugian dalam satu tahun mencapai Rp539.702.280 (Mulyanti et al., 2019).

Pada penelitian di Rumah Sakit Pasien BPJS Rawat Inap di RSUD menunjukkan perbedaan tarif INA-CBGs dan tarif riil rumah sakit kelompok kasus operasi bedah ceacar. Rumah sakit rugi sebesar Rp.-110,530,344 karena tarif INA-CBGs menutupi unit Cost untuk pelayanan bedah Sectio Ceacar pada kelas VIP dan kelas I akan tetapi Kelas III tarif INA CBGs lebih rendah dari unit cost (Lawuri et al., 2019).

Hal wajar jika selama adaptasi perubahan sistem pemabayaran, beberapa rumah sakit mengalami kerugian. Seiring waktu, pihak rumah sakit berbenah dan melakukan berbagai cara untuk menutupi kerugiannya. Pada penelitian Rizki Amaliyah di Rumah Sakit Pelalawan menemukan bahwa kelas rawat, lama rawat, tindakan, tingkat keparahan serta tipe rumah sakit berpengaruh secara signifikan terhadap selisih tarif antara INA-CBG's dan tarif rumah sakit (Amalia, 2020).

Hal wajar jika selama adaptasi perubahan sistem pemabayaran, beberapa rumah sakit mengalami kerugian. Seiring waktu, pihak rumah sakit berbenah dan melakukan berbagai cara untuk menutupi kerugiannya. Pada penelitian Rizki Amaliyah di Rumah Sakit Pelalawan menemukan bahwa kelas rawat, lama rawat, tindakan, tingkat keparahan serta tipe rumah sakit berpengaruh secara signifikan terhadap selisih tarif antara INA-CBG's dan tarif rumah sakit (Amalia, 2020).

Penelitian terkait upaya rumah sakit menutupi kekurangan biaya klaim pada Rumah Sakit Swasta Kelas C di Kota Medan Tahun 2017 yaitu memanfaatkan tenaga kesehatan dari mahasiswa yang berasal dari sekolah milik rumah sakit swasta untuk membantu dalam praktik sehingga mengurangi biaya untuk tenaga kesehatan. Selain itu dilakukan pengurangan pada lama pemberian pelayanan, meningkatkan efisiensi pelayanan dan mengurangi lama rawat pasien. menetapkan paket pelayanan untuk pasien umum yang membantu pasien bisa lebih hemat serta menyediakan fasilitas jemputan pasien (Aulia et al., 2017).

Daftar Pustaka

- Amalia, R. (2020). Analisis Penerapan Indonesia Case Based Groups (INA-CBG's) dalam Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumah Sakit Kabupaten Pelalawan. *Pekbis Jurnal*, 12(2), 106–116.
- Aulia, D., Ayu, S. F., & Nasution, N. H. (2017). Analisis Upaya Rumah Sakit dalam Menutupi Kekurangan Biaya Klaim Indonesia Case Base Group (INA-CBGs) Yang Dihitung dengan Metode Activities Base Costing pada Rumah Sakit Swasta Kelas C di Kota Medan Tahun 2017. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(4), 159–166.
<https://doi.org/10.7454/eki.v1i4.1783>
- Firmanda, D. (2021). *Integrated Clinical Pathway*.
- Hijrah; Saleh, A; Rachmawaty, R. (2022). EFEKTIVITAS JALUR KLINIS TERINTEGRASI TERHADAP LAMA HARI RAWAT DAN BIAYA PADA PASIEN PASCA OPERASI : TINJAUAN LITERATUR The Effectiveness of The Integrated *Clinical Pathway* on Length of Stay and Cost in Postoperative Patients : A Literature Review Hijrah. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 8(1), 159–162.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs)*.
- Lawuri, S. D., Meliala, A., & Ambarriani, A. S. (2019). Disparitas Tarif INA-CBGS dan Tarif Rumah Sakit Pasien BPJS Rawat Inap di RSUD Kolonodale, Kabupaten Morowali Utara. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, 8(2), 71–74.
<https://jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/view/37767>
- Mulyanti, Saputra, I., Syukri, M., & Lestari, N. D. (2019). Comparison Analysis of Real Costs with Ina-CBG Rate 's Ischemic Stroke Disease in Installations in Regional Public Hospitals X in Banda Aceh 2019. *Budapest International Research and Critics Institute (BIRCI-Journal): Humanities and Social Sciences*, 14, 2479–2493.

Peraturan Menteri Kesehatan. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang PEDOMAN INDONESIA CASE BASE GROUPS (INA-CBG) DALAM PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL*.

Sutoto, M., & Kes. (2018). *Clinical Pathway Sebagai Kendali Mutu Dan Biaya Dalam Sistem Pembiayaan Bpjs*. https://persi.or.id/wp-content/uploads/2018/04/kendali_mutu_biaya.pdf

Profil Penulis



Apt. Yuliawati, M. Farm

Penulis di lahirkan di Jambi pada tanggal 19 Januari 1989. Ketertarikan penulis terhadap Farmasi dimulai pada tahun 2007 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Program Studi Farmasi Universitas Andalas dan berhasil lulus pada tahun 2011. Penulis kemudian melanjutkan double degree (apoteker dan magister) di Universitas Andalas dan berhasil menyelesaikan studi Profesi Apoteker pada tahun 2013 dan Magister Farmasi pada tahun 2014. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi S1 Farmasi Universitas Jambi. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian yaitu Ikatan Apoteker Indonesia (IAI), Profesional Kesehatan Muslim Indonesia (PROKAMI) dan tergabung dalam Ikatan Keluarga Farmasi Universitas Andalas. Salah satu mata kuliah yang diampu penulis berkaitan dengan chapter book ini adalah mata kuliah Farmakoepidemiologi dan Farmakoekonomi. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis artikel publikasi ilmiah, pernah menulis antologi puisi dan cerpen serta aktif menulis *book chapter*.

Email Penulis: yuliawati@unja.ac.id

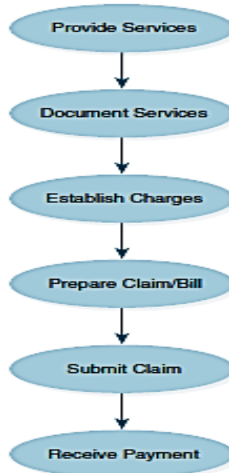
MANAJEMEN PENGAJUAN KLAIM

Nurfadhilah, SKM., M.KM

Alumni Magister Administrasi Rumah Sakit, Universitas
Hasanuddin

Dalam sistem pembiayaan di bidang kesehatan, salah satu hal yang penting untuk diperhatikan adalah proses pengajuan klaim. Hal ini sangat berpengaruh terhadap siklus pendapatan organisasi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit maupun puskesmas. Apalagi pada dasarnya sebagian besar bahkan hampir seluruh organisasi pelayanan kesehatan berorientasi ke bisnis, dimana kelangsungan hidup keuangan mereka bergantung pada aliran dana dari hasil proses pelayanan yang mereka berikan kepada pasien. Jika proses pembiayaan mengalami kendala atau kurang memadai maka organisasi pelayanan kesehatan bisa mengalami hambatan bahkan bisa saja berhenti dalam proses operasionalnya.

Tahapan penting dalam sistem pembiayaan kesehatan antara lain dimulai dari proses pemberian layanan, dokumentasi pelayanan, pencatatan biaya untuk pelayanan yang diberikan, persiapan tagihan atau klaim, pengajuan tagihan atau klaim kepada pembayar atau pihak asuransi terkait, dan terakhir pemungutan pembayaran. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar 7.1 berikut:



Gambar 7.1 Tahapan Pembiayaan Kesehatan
(sumber: James dan William O. Cleverley, 2018)

Dari gambar tersebut dapat dilihat tahapan pembiayaan yang sederhana namun dibalik proses itu terdapat kerumitan yang signifikan bagi penyedia layanan kesehatan dalam memperoleh pendapatan dari hasil klaim. Menurut Bohn & Cleverley (2018) tidak ada industri lain dalam perekonomian negara ini yang mengalami tingkat kerumitan dalam hal penagihan klaim yang sama seperti yang dihadapi oleh sebagian besar organisasi pelayanan kesehatan. Proses pengajuan klaim menjadi lebih kompleks dan rumit mulai dari proses pemberian pelayanan yang bervariasi, adanya berbagai regulasi yang juga memperumit proses penagihan, dan metode serta perbedaan tarif pelayanan dari pihak pembayar atau asuransi.

Proses Pengajuan Klaim

Proses pengajuan klaim biasanya dimulai dari pendaftaran pasien dimana informasi terkait pasien dicatat sebelum dilakukan pemberian pelayanan. Seluruh informasi tentang pasien, termasuk alamat, tanggal lahir,

dan data asuransi harus dikumpulkan terlebih dahulu untuk memudahkan proses pengajuan klaim setelah pemberian layanan. Informasi tersebut tercatat secara lengkap dalam dokumen rekam medis pasien. Jadi manfaat lain dari dokumen rekam medis bukan hanya terkait pengambilan keputusan klinis pasien, namun juga dapat dikaitkan dengan penagihan biaya kesehatan. Disamping itu, data yang tercatat dalam dokumen rekam medis pasien merupakan sumber utama dalam pendokumentasian pelayanan yang diberikan kepada pasien. Segala sesuatu yang berkaitan dengan pasien mulai dari pasien masuk hingga keluar tercantum dalam dokumen rekam medis tersebut.

Salah satu contoh asuransi yang umum digunakan di Indonesia adalah JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) yang diselenggarakan oleh BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) yang wajib dimiliki oleh seluruh masyarakat di Indonesia sesuai dengan amanat undang-undang. Di BPJS sendiri memiliki prosedur pengajuan klaim yang tertuang dalam panduan praktis administrasi klaim faskes BPJS Kesehatan yang persyaratannya hampir sama dengan proses pengajuan klaim pada umumnya. Proses pengajuan klaim BPJS atas pelayanan yang sudah diberikan kepada pasien peserta JKN dilakukan secara kolektif setiap bulan oleh fasilitas kesehatan dengan menyampaikan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan lainnya (BPJS Kesehatan, 2015). Kelengkapan tersebut antara lain rekapitulasi pelayanan yang terdiri atas: nama pasien, nomor identitas, alamat dan nomor telepon pasien, diagnose penyakit, tindakan yang diberikan, tanggal masuk dan tanggal keluar perawatan, jumlah hari rawat, besaran tarif paket, dan jumlah tagihan.

Hubungan penting antara klaim dan dokumen rekam medis adalah dokumentasi layanan yang diberikan dan dilaporkan dengan menggunakan serangkaian kode klinis. Pengkodean seperti ini yang juga menjadi hal penting untuk dipahami lebih lanjut dalam melakukan proses penagihan dan pengajuan klaim. Sebagai contoh, jika pada tagihan pasien mencantumkan serangkaian obat yang dikonsumsi oleh pasien namun ternyata dalam dokumen rekam medis tidak menunjukkan obat tersebut digunakan, maka proses klaim tidak akan disetujui.

Sebelum melakukan pengajuan klaim, hal terakhir yang perlu dilakukan adalah pengeditan klaim. Hal ini sangat jarang dilakukan oleh rumah sakit atau organisasi layanan kesehatan pada umumnya namun menurut banyak orang langkah ini dianggap sangat penting. Selama proses pengeditan, beberapa hal dapat ditinjau antara lain: Pertama, apakah klaim yang diajukan telah memuat informasi yang cukup untuk memicu pembayaran klaim oleh pihak asuransi? misalnya, mungkin dokumen klaim tidak mencantumkan nomor jaminan sosial pasien atau data penting lainnya. Kedua, apakah klaim memenuhi standar logis? Seperti klaim mungkin mengenakan biaya untuk pelayanan laboratorium tapi tidak ada biaya untuk pengambilan darah sebagai sampel. Pengeditan klaim sangat penting bagi rumah sakit untuk mendapatkan pembayaran pelayanan yang akurat dan tepat oleh pihak asuransi sebagai pihak ketiga.

Data terkait pelayanan yang didapatkan oleh pasien yang harus dibayarkan akan langsung masuk secara otomatis ke bagian penagihan klaim melalui pengambilan slip biaya atau kwitansi pembayaran. Yang sangat penting untuk diperhatikan juga adalah daftar tarif pelayanan baik yang telah ditentukan oleh rumah sakit maupun yang sesuai dengan tarif INA-CBGs untuk klaim ke asuransi BPJS

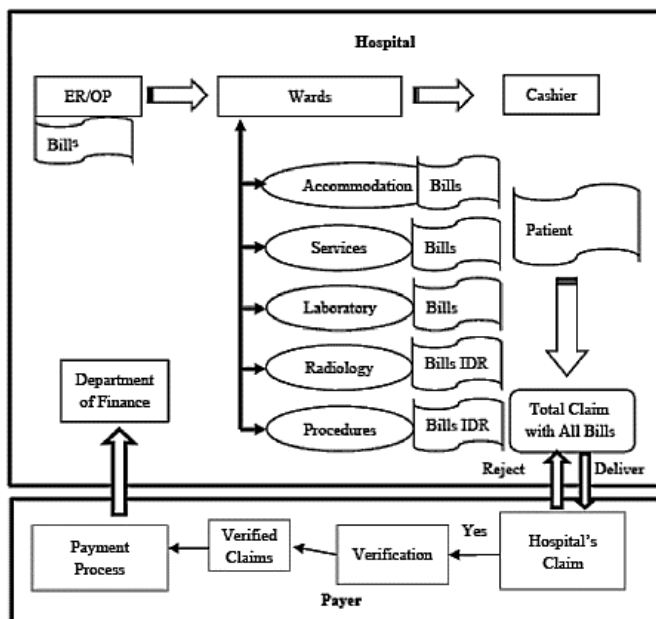
Kesehatan sebab hal ini berkaitan langsung dengan jumlah penagihan yang akan dibayarkan oleh pihak pembayar atau asuransi. setelah memahami secara ringkas terkait proses pengajuan klaim, selanjutnya akan dibahas lebih rinci mengenai hal-hal terkait proses klaim tersebut.

Penagihan dan Persiapan Klaim

Pada bab sebelumnya telah dibahas terkait sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia, bagaimana implementasinya bahkan telah dijelaskan pula terkait sistem *casemix*. Sebelum adanya *casemix*, sistem pembiayaan juga dikenal dengan istilah *Fee for Service* (FFS) yang merupakan salah satu metode pembayaran paling populer dalam sistem pelayanan kesehatan. *Fee for Service* dapat didefinisikan bahwa penyedia layanan kesehatan akan dibayar sesuai dengan setiap layanan yang didapatkan oleh pasien yang telah dilaporkan ke pihak pembayar. Biaya atau tarif FFS ditetapkan di muka untuk setiap layanan atau paket layanan. Sementara sistem *casemix* merupakan sebuah klasifikasi episode perawatan yang didapatkan oleh pasien untuk membuat kelas yang relatif sama sehubungan dengan sumber daya yang digunakan dan berisi pasien dengan karakteristik klinis yang serupa atau sama (Aljunid & Syukri, 2020).

Proses penagihan pada metode FFS membutuhkan slip tagihan untuk setiap prosedur dan layanan kesehatan. Semua tagihan akan dihitung kedalam klaim rumah sakit dan kemudian diserahkan kepada pihak pembayar. Gambar 7.2 menampilkan proses penagihan dari metode FFS. Pada metode ini, kebutuhan akan data dan dokumen yang lebih banyak mengakibatkan waktu yang lebih banyak dalam mengelola setiap tagihan yang sedang dalam proses penagihan.

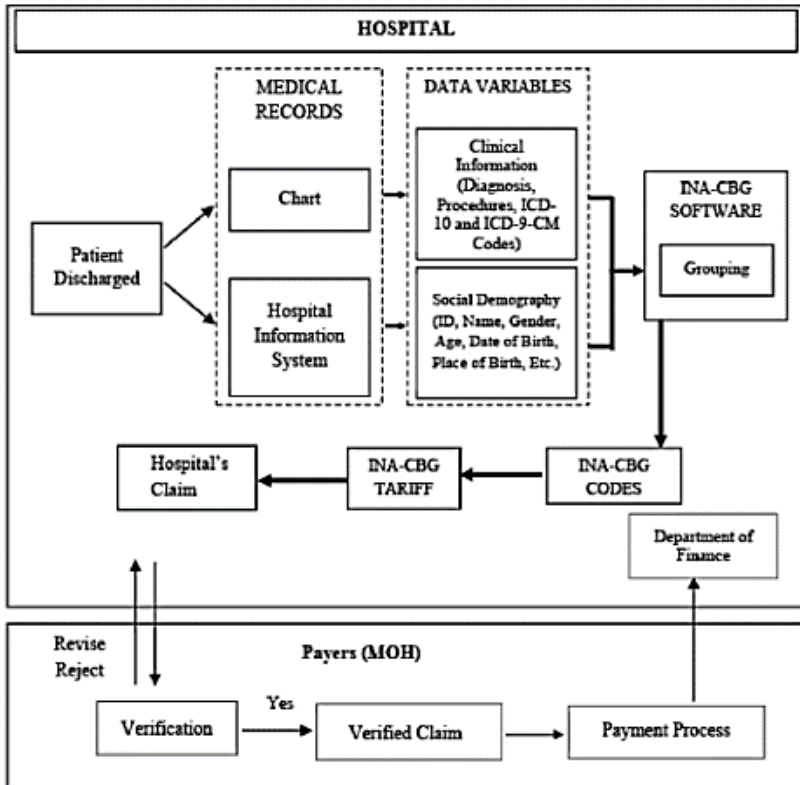
Bagi setiap pasien, tagihan dibuat berdasarkan jenis pelayanan yang diterima, kemudian dihitung menjadi satu tagihan saat pasien keluar dari rumah sakit. Semua tagihan yang keluar selama satu bulan ini akan dikumpulkan menjadi total klaim rumah sakit. Total klaim akan diserahkan kepada pihak pembayar beserta dokumen pendukung lainnya. Jika klaim yang terdokumentasi tersebut disetujui oleh pihak pembayar, maka klaim tersebut akan dibayar ke pihak rumah sakit. Namun jika klaim tidak disetujui dan ditolak maka dokumen klaim akan dikembalikan ke pihak rumah sakit. Rumah sakit dapat memperbaiki atau melengkapi revisi dokumen klaim tersebut dan kemudian mengirimkannya kembali kepada pihak pembayar. Pihak pembayar akan memverifikasi klaim dan membayar jumlah klaim kepada pihak rumah sakit.



Gambar 7.2
Proses Penagihan untuk Metode Pembayaran *Fee for Service*
(Sumber: Aljunid & Syukri, 2020)

Sementara untuk proses penagihan dengan sistem *casemix* tidak membutuhkan bukti transaksi layanan. Pada metode *casemix*, total tagihan pasien ditentukan dari hasil pengkodean dan pengelompokan data pasien untuk menghasilkan biaya *casemix*. Penerapan metode *casemix* ini akan mengurangi jumlah dokumen untuk proses penagihan. Gambar 7.3 menampilkan proses penagihan dengan sistem *casemix*. *Casemix* sendiri memiliki dua tujuan utama, yakni: pertama untuk mengkategorikan atribut klinis umum pasien dan pola pemanfaatan hasil yang serupa ke dalam kelompok yang memiliki makna secara klinis dan yang kedua untuk menyediakan sarana untuk memeriksa produk layanan rumah sakit.

Di Indonesia, metode *casemix* sudah diterapkan dengan menggunakan INA-CBGs untuk proses penggantian biaya rumah sakit. Pada metode *casemix*, satu episode perawatan pasien terdiri dari konsultasi dokter, prosedur medis, prosedur diagnostic, obat-obatan, bangsal, dll dan didasarkan pada *clinical pathway* yang memberikan pedoman praktik klinis untuk pelayanan medis. Biasanya, untuk pelayanan rawat inap, satu episode dimulai dengan masuk dan berakhir saat pasien keluar.



Gambar 7.3 Proses Penagihan dengan Metode *Casemix*
 Sumber: Aljunid & Syukri, 2020

Proses penagihan dalam metode *casemix* dilakukan dengan cara semua data dalam bagan medis lengkap diproses dan dikelompokkan oleh perangkat lunak INA-CBG Grouper dimana data tersebut kemudian menjadi klaim pasien dan dapat dicetak untuk menjadi bagian dari dokumentasi klaim pasien. Sistem informasi rumah sakit terintegrasi dengan software INA-CBG Grouper dan software pendaftaran pasien. Ketika seorang pasien pulang, rekam medis pasien dikodekan menggunakan ICD-10 dan ICD-9-CM dan dikelompokkan oleh perangkat lunak INA-CBG Grouper yang menentukan kode dan biaya INA-CBG. Sama halnya dengan metode *Fee for*

Service, proses klaim dengan metode *casemix* juga hampir sama dimana rumah sakit mengirimkan softcopy klaim pasien dan ringkasan laporan klaim kepada pembayar setiap bulan. Pihak pembayar akan memverifikasi dokumen klaim. Jika tidak disetujui, maka pihak pembayar akan memberi tahu rumah sakit tentang perlunya revisi atau melengkapi dokumen klaim. Namun jika dokumen klaim diverifikasi dan disetujui, maka pihak pembayar membayar klaim rumah sakit berdasarkan hasil verifikasi (Aljunid & Syukri, 2020).

Metode *Fee for Service* menggunakan setiap transaksi dalam pelayanan medis. Dengan metode FFS ini maka biaya rumah sakit dapat meningkatkan keuntungan rumah sakit secara signifikan seiring dengan peningkatan volume transaksi pelayanan medis. Semakin tinggi volume transaksi, maka semakin tinggi pula keuntungan yang didapatkan oleh rumah sakit. Sementara itu dengan metode *casemix*, volume transaksi tidak selalu meningkatkan keuntungan. Keuntungan dapat diperoleh melalui efisiensi dalam biaya pengobatan yang tentunya harus dikendalikan dibawah total biaya. Disamping itu, pemilihan metode pembayaran menggunakan sistem *casemix* akan berdampak pada pengurangan biaya pelayanan dan biaya administrasi sebab tidak membutuhkan slip tagihan seperti pada metode FFS.

Persyaratan Pengajuan Klaim

Metode *Fee for Service* (FFS) digunakan di Indonesia untuk program Askes (Asuransi Kesehatan) hingga tahun 2013 yang kemudian program diubah menggunakan metode *casemix* untuk UHC (*Universal Health Coverage*). Pada bagian ini akan membahas terkait persyaratan pengajuan klaim yang berbeda antara metode FFS dan metode *casemix*.

Pada metode FFS, ketentuan pengajuan klaim rumah sakit kepada pembayar mensyaratkan klaim untuk setiap tagihan pasien harus disertai dengan banyak dokumen untuk verifikasi pembayaran, antara lain:

1. Fotokopi kartu anggota program Gakin (Keluarga Miskin)
2. Untuk pasien yang bukan anggota Gakin:
 - a. Fotokopi SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu)
 - b. Surat keterangan domisili dari kepala desa pasien
3. Fotokopi Kartu Keluarga
4. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP)
5. Surat rujukan pasien dari FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama)
6. Surat rujukan dari rumah sakit (jika ada)
7. Surat Jaminan Pelayanan yang disetujui oleh petugas Askes yang ada di rumah sakit
8. Semua tagihan untuk setiap layanan individu seperti konsultasi dokter, prosedur medis, prosedur diagnostik, layanan obat dan farmasi, bangsal, dll.
9. Persyaratan dokter untuk prosedur medis atau prosedur diagnostik
10. Hasil operasi medis
11. Persetujuan dari petugas Askes untuk setiap tindakan medis dan diagnostik yang mahal, pelayanan obat dan kefarmasian
12. Petunjuk dokter untuk pasien yang pulang
13. Persetujuan dan penetapan *cost sharing* petugas Askes atas total tagihan pasien

14. Surat persetujuan pertanggung jawaban bencana hingga Rp100.000.000,- dari Askes
15. Pembayaran bank untuk *cost sharing* pasien dengan SKTM

Dokumen-dokumen ini disiapkan, dan yang asli dikirim ke pihak pembayar, sedangkan salinannya dibuat untuk arsip rumah sakit. Semua dokumen dikirim ke kantor pembayar dengan ringkasan laporan dan surat pengantar dari direktur utama rumah sakit. Ringkasan dokumen dan surat pengantar dari direktur utama diarsipkan oleh bagian keuangan di rumah sakit.

Sementara pada metode *casemix*, rumah sakit harus menyiapkan dokumen klaim beserta lampirannya, antara lain sebagai berikut:

1. Fotokopi kartu Jamkesmas
2. Surat rujukan dari puskesmas atau rumah sakit tingkat bawah
3. Fotokopi Kartu Keluarga
4. Kartu Tanda Penduduk (KTP)
 - a. KTP untuk pasien dewasa (17 tahun ke atas)
 - b. KTP orang tua untuk pasien anak
5. Surat Jaminan Pelayanan (SJP)
6. Rekam medis dengan kode ICD-10 dan ICD-9-CM
7. Hasil dari software INA-CBG Grouper
8. Tagihan tertentu hanya untuk obat talasemia, obat hemofilia, dan stent jantung dan ortopedi
9. Total tagihan satu pasien (khusus pasien rawat inap)
10. Petunjuk dokter untuk pasien yang pulang

11. Surat kematian (untuk pasien yang meninggal di rumah sakit)

Semua dokumen yang disiapkan tersebut terdiri dari dokumen asli. Dalam menyampaikan klaim kepada pihak pembayar, rumah sakit juga harus menyiapkan surat pengantar dengan total klaim rumah sakit dan persetujuan dari Komite Medis Rumah Sakit untuk kasus dengan tingkat keparahan 3 dan kemudian mengirim email ke pihak pembayar dengan semua dokumen klaim rumah sakit sebagai lampiran.

Persyaratan untuk pengajuan klaim pada dua metode diatas sebenarnya tidak jauh berbeda, namun dapat dilihat bahwa persyaratan pada metode *casemix* lebih ringkas dan tidak membutuhkan banyak dokumen.

Pengeditan Klaim

Seperti yang telah dipaparkan sebelumnya bahwa baik penyedia pelayanan maupun pihak pembayar menggunakan perangkat lunak termasuk dalam hal pengeditan klaim untuk mendeteksi kemungkinan kesalahan dalam pengajuan klaim. Dari perspektif penyedia layanan dalam hal ini rumah sakit, mereka tertarik pada dua tujuan utama. Pertama, rumah sakit ingin memastikan bahwa mereka menerima pembayaran maksimal untuk layanan medis yang telah diberikan kepada pasien. Kedua, rumah sakit ingin mempersingkat waktu dari pengajuan klaim hingga pembayaran aktual. Pihak pembayar memiliki seperangkat insentif yang serupa kecuali jika dibalik. Pihak pembayar tidak mau melakukan pembayaran dalam jumlah yang lebih besar dari jumlah kewajibannya. Pihak pembayar juga ingin menunda pembayaran selama mungkin tanpa melanggar undang-undang.

Pada negara-negara lain, Sebagian besar rumah sakit menggunakan beberapa jenis perangkat lunak otomatis untuk mengedit klaim yang akan diserahkan kepada pihak pembayar (Bohn & Cleverley, 2018). Paket perangkat lunak inimemeriksa sejumlah besar kemungkinan kesalahan. Pertama, perangkat lunak menentukan apakah informasi yang diperlukan untuk mengajukan klaim sudah terdapat dalam klaim tersebut, misalnya ejaan nama pasien yang benar dan adanya identifikasi program jaminan sosial, kode diagnosis dan prosedur, langgal layanan, dan kondisi lain yang mengkhinkan. Yang kedua, berkaitan dengan validitas internal klaim. Misalnya, apakah prosedur sesuai dengan jenis kelamin pasien? Apakah ada prosedur penyuntikan yang termasuk dalam klaim tetapi tidak ada obat suntik yang terdaftar? Dan lain sebagainya dari pemeriksaan yang mungkin dikembangkan secara internal.

Terdapat 4 (empat) disposisi pada proses pengajuan klaim, yaitu:

1. Penolakan: yang berarti klaim harus diperbaiki dan diajukan kembali
2. Penolakan: yang berarti klaim tidak dapat diajukan kembali tetapi dapat diajukan banding
3. Kembali ke penyedia pelayanan: yang berarti masalah harus diperbaiki dan klaim diajukan kembali
4. Penangguhan: yang berarti klaim memerlukan informasi lebih lanjut sebelum dapat diproses.

Proses pengeditan klaim sangat kompleks tetapi juga sangat penting untuk pembayaran akhir pihak penyedia layanan kesehatan. Hal ini sebab terkadang pengeditan kode tampak tidak konsisten. Misalnya, hasil pengeditan menunjukkan bahwa kode prosedur transfuse darah ada dalam klaim tetapi ternyata tidak ada produk darah

terkait, sehingga klaim dikembalikan kepada pihak rumah sakit. Atau mungkin saja produk darah ada tetapi tidak termasuk prosedur transfuse. Sehingga dalam situasi ini, pihak pembayar membayar produk darah, tetapi pihak rumah sakit kehilangan pembayaran untuk prosedur transfuse. Ini adalah contoh edit yang kemungkinan besar ditambahkan ke banyak program pengeditan klaim rumah sakit.

Pembayaran Klaim

Setelah semua yang telah dijelaskan sebelumnya terkait pengajuan klaim yang menggambarkan kompleksitas yang dihadapi oleh pihak penyedia layanan kesehatan dalam mendokumentasikan dan membebaskan biaya untuk layanan pasien. Sekarang karena klaim pasien telah diajukan bukan berarti penyedia layanan akan dibayar, dibayar lunas atau dibayar dengan cepat. Untuk menerima pembayaran klaim, pihak rumah sakit harus mengajukan klaim tepat waktu (misalnya pihak BPJS mensyaratkan klaim diajukan selambat-lambatnya 24 bulan sejak pelayanan diberikan kepada pasien) dan harus bisa menjawab setiap tantangan dan pertanyaan yang mungkin diajukan oleh pihak pembayar. Dalam situasi ini, klaim sering dikirim kembali untuk penyelesaian masalah dan berpotensi pengajuan kembali klaim, sebelum pembayaran dilakukan. Sementara proses pembayaran untuk layanan kesehatan dapat berlarut-larut dan menantang, pihak rumah sakit yang mengelola proses pengkodean dan penagihan dengan baik memiliki peluang lebih besar untuk menerima pembayaran tepat waktu.

Daftar Pustaka

- Aljunid, S., & Syukri, E. Y. (2020). Using *Casemix* System for Hospital Reimbursement in Social Health Insurance Programme: Comparing *Casemix* System and Fee-For-Service as *Provider* Payment Method. Partridge Publishing Singapore.
- Bohn, J. G., & Cleverley, W. O. (2018). Essentials of Health Care Finance. In *Jones & Bartlett* (Eight Edit). <https://doi.org/10.2307/253883>
- BPJS Kesehatan. (2015). Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan. *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesaehatan*, 1–26.

Profil Penulis



Nurfadhilah, S.KM., M.KM

Penulis di lahirkan di Makassar pada tanggal 22 April 1994. Ketertarikan penulis terhadap masalah kesehatan membawa penulis untuk mengambil jurusan ilmu kesehatan masyarakat pada jurusan Manajemen Rumah Sakit di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan selesai pada tahun 2016. Dua tahun kemudian penulis memilih melanjutkan studi S2 di jurusan yang sama yakni ADMINISTRASI RUMAH SAKIT Program Pascasarjana FKM UNHAS dan selesai pada tahun 2021. Riwayat pekerjaan penulis pernah menjadi staf wakil dekan II FKM Unhas saat masih kuliah S1, kemudian menjadi asisten peneliti pada beberapa penelitian dosen, dan saat ini sedang mengajar sebagai dosen di salah satu perguruan tinggi kesehatan di Kota Makassar sekaligus sebagai asisten Konsultan Rumah Sakit. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang perumhaskitan. Beberapa penelitian terbit di jurnal nasional maupun internasional yang bereputasi. Selain meneliti, penulis juga mulai menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara serta dapat menambah khazanah ilmu pengetahuan di bidang perumhaskitan.

Email Penulis: nurfadhilahw@gmail.com

MUTU PENGAJUAN KLAIM

Sriyani Windarti, S.KM., M.Kes

Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar

Pendahuluan

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian vital dalam sistem kesehatan. Menurut Goldstein dkk sistem kesehatan masyarakat terdiri dari lima komponen utama yaitu organisasi, pembiayaan, manajemen, kinerja, dan masalah kesehatan. Menurut WHO, sistem kesehatan terdiri dari enam bagian utama yaitu (1) pemberian pelayanan kesehatan; (2) tenaga kesehatan; (3) informasi; (4) alat kesehatan, vaksin dan teknologi; (5) kepemimpinan dan pemerintahan; (6) pembiayaan dan percepatan akses pelayanan kesehatan secara universal serta pengurangan ketimpangan dalam kesehatan (Tulchinsky et al., 2014). Kegiatan pembiayaan melibatkan beberapa pihak. Pengertian pembiayaan adalah pendanaan yang melibatkan berbagai pihak yaitu pembeli (pasien), penyedia jasa (pelayanan kesehatan), dan pihak ketiga seperti asuransi (Getzen, 2013).

Pelayanan kesehatan di Indonesia tidak lepas dari program pemerintah yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan BPJS Kesehatan sebagai pelaksana programnya. Proses pengklaiman BPJS menggunakan program INA-CBGs. Pola pembayaran INA-CBGs yang diselenggarakan oleh BPJS di rumah sakit harus melalui

tahap verifikasi berkas sehingga verifikator BPJS Kesehatan melakukan verifikasi administrasi pelayanan dan memastikan Pada proses pengajuan klaim sangat penting untuk memperhatikan mutu klaim yang diajukan kepada pihak asuransi.

Setelah pengajuan klaim dilakukan, pihak BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan dan pembayaran untuk berkas yang memang layak diklaim. Pembayaran klaim hanya terjadi jika klaim yang diajukan tepat waktu dan diterima. Pembayaran klaim tidak dibayarkan bila pihak asuransi menolak klaim atau menunda pemrosesannya. Umumnya kesalahan coding dan billing adalah alasan utama hal tersebut bisa terjadi. Terkadang beberapa kesalahan yang seharusnya tidak terjadi menyebabkan perusahaan asuransi menahan penggantian sampai penyedia layanan kesehatan mengajukan klaim yang benar. Selain itu, kesalahan pada klaim tagihan maupun pengkodean memiliki dampak yang besar karena kesalahan tersebut dapat mengganggu arus kas yang masuk ke dana operasional fasilitas kesehatan (Nurdiah, 2016).

Salah satu faktor yang menjadi penyebab berkas klaim ditolak dan dikembalikan oleh verifikator adalah karena ketidaklengkapan dokumen yang diajukan. Keterlambatan pengajuan klaim dan berkas yang unclaimed menyebabkan kerugian material bagi rumah sakit. Oleh karena itu, sangat penting memperhatikan mutu pengajuan klaim, baik dari segi proses pengajuan maupun berkas klaim yang diajukan kepada pihak asuransi. Ada tiga tahap pada pengajuan klaim yang perlu diperhatikan yaitu administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan proses pelayanan kesehatan.

Administrasi Kepesertaan Asuransi

Proses administrasi kepesertaan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit meliputi berkas-berkas yang harus disediakan untuk melakukan pendaftaran administrasi seperti KTP/KK, surat rujukan dan kartu peserta. Berkas tersebut bertujuan untuk penerbitan Eligibilitas Peserta (SEP) yang merupakan salah satu syarat dalam proses verifikasi berkas klaim. Hal tersebut karena kesesuaian administrasi kepesertaan berkas klaim dilaksanakan dengan menyesuaikan data SEP dengan data yang diinput dalam aplikasi INA-CBGs pada lembar individual pasien dengan data berkas pendukung klaim. Ketidaksesuaian antara SEP dengan aplikasi INA-CBGs dengan berkas pendukung klaim menjadi penyebab pengembalian berkas klaim karena berdasarkan panduan praktis teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan Tahun 2014 menjelaskan bahwa verifikasi BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada petugas untuk memperoleh bukti atas klaim yang diajukan dan mengembalikan berkas klaim untuk dilengkapi atau diperbaiki oleh petugas rumah sakit.

Berdasarkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, telah diatur kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan rawat jalan (Pasal 19) sebagai berikut:

1. Lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;
2. Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP);
3. Hasil pemeriksaan penunjang, apabila dilakukan;

4. Surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan rumah sakit;
5. Checklist klaim rumah sakit; dan
6. Luaran sistem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi BPJS Kesehatan.

Sedangkan kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan rawat inap (Pasal 20) sebagai berikut:

1. Lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;
2. Resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP);
3. Laporan tindakan, prosedur atau laporan operasi;
4. Hasil pemeriksaan penunjang, apabila dilakukan;
5. Surat perintah rawat inap;
6. Surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan rumah sakit;
7. *Checklist* klaim rumah sakit; dan
8. Luaran sistem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi BPJS Kesehatan.

Prosedur rawat jalan dan rawat inap dalam proses administrasi dilakukan untuk memastikan kesesuaian kepesertaan data dimulai dari petugas registrasi/pendaftaran rumah sakit melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan input data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP. Prosedur tersebut akan memudahkan dalam verifikasi administrasi kepesertaan yaitu kesesuaian antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA-CBGs (Rahayu, 2021).

Salah satu hal yang perlu diperhatikan adalah memastikan kelengkapan berkas kepesertaan pasien bukan hanya kewajiban dari petugas pendaftaran saja namun menjadi tanggung jawab bersama semua petugas yang terlibat dalam administrasi klaim. Selain itu, karena proses administrasi klaim melibatkan petugas dari berbagai bagian di rumah sakit dan dokumen harus diserahkan dari satu petugas ke petugas lain maka seharusnya petugas yang menerima berkas klaim dari petugas sebelumnya perlu menghitung, mencatat dan melakukan pengecekan ulang kelengkapan berkas klaim sehingga memudahkan untuk melakukan pelacakan apabila terdapat berkas klaim yang kurang atau hilang.

Berdasarkan hasil penelitian, beberapa faktor yang menjadi penyebab pengembalian berkas klaim oleh pihak BPJS kesehatan adalah rumah sakit belum memiliki regulasi atau prosedur (SOP) yang mengatur pendaftaran pasien BPJS yaitu prosedur mengenai pengumpulan berkas-berkas persyaratan pendaftaran pasien BPJS seperti SEP, KTP maupun surat rujukan. (Susan, 2016).

Masalah yang sering terjadi berhubungan dengan administrasi kepesertaan adalah penyalahgunaan kartu oleh pasien yang terdaftar sebagai pasien BPJS. Dimana pasien tersebut berobat ke rumah sakit dengan menggunakan kartu milik orang lain. Hal ini terjadi karena kurangnya pemahaman masyarakat terkait penyalahgunaan kartu. Penyalahgunaan kartu tersebut masuk dalam tindakan kecurangan (fraud) yang dilakukan oleh peserta sebagaimana dijelaskan dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 16 Tahun 2019 yang berbunyi, meminjamkan/menyewakan/ memperjual-belikan Identitas Peserta milik Peserta lain atau dirinya sendiri. Selain itu, masalah administrasi yang menyebabkan klaim dikembalikan adalah cara pulang pasien. Dimana berkas klaim yang dikembalikan biasanya

disebabkan karena cara pulang pasien meninggal, namun oleh petugas dipulangkan dalam keadaan sembuh yang menyebabkan data tidak sesuai (Amir et al, 2020).

Kelengkapan Pengisian Resume Medis

Resume medis dalam prosedur klaim merupakan salah satu hal yang penting untuk diperhatikan. Resume medis adalah ringkasan kegiatan pelayanan medis yang diberikan oleh tenaga kesehatan khususnya dokter selama masa perawatan hingga pasien keluar baik dalam keadaan hidup maupun meninggal. Resume medis merupakan ringkasan hasil perawatan pasien yang berisi keluhan, hasil pemeriksaan, diagnosa dan terapi, serta saran dari dokter kepada pasien yang bersangkutan. Menurut Dirjen Yanmed Depkes RI, tujuan dibuatnya *resume* medis adalah sebagai berikut (Artanto, 2016):

1. Untuk menjamin kontinuitas pelayanan medik dengan kualitas yang tinggi serta sebagai bahan referensi yang berguna bagi dokter yang menerima, apabila pasien tersebut dirawat kembali di rumah sakit.
2. Sebagai bahan penilaian staf medis rumah sakit.
3. Untuk memenuhi permintaan dari badan-badan resmi atau perorangan tentang perawatan pasien (misalnya dari pihak asuransi)
4. Untuk diberikan tembusan kepada sistem ahli yang memerlukan catatan tentang pasien yang pernah dirawat.

Kelengkapan *resume* medis dinilai dari empat komponen yaitu identifikasi pasien, laporan penting, autentifikasi penulisan dan catatan yang baik. Hal ini dikarenakan *resume* medis yang tercantum identitas pasien, nomor rekam medis, tanggal pelayanan, diagnosa dan prosedur/tindakan medis yang diberikan kepada pasien

serta tanda tangan dokter dan nama jelas dokter, menjadi persyaratan kelengkapan berkas yang dibutuhkan untuk pengajuan klaim BPJS. Menurut (Widjaya, 2018) kelengkapan *resume* medis dinilai 4 komponen analisis kuantitatif pada rekam medis yaitu melakukan audit komponen identifikasi pasien pada lembaran *resume* medis (nomor RM, nama pasien, tanggal lahir/umur, jenis kelamin), melakukan audit komponen pelaporan/pencatatan yang penting (riwayat saat masuk, kondisi selama dirawat, keterangan saat akan pulang), melakukan audit komponen autentikasi penulis (nama dan tanda tangan) dan audit pencatatan yang baik (tidak ada coretan, tidak ada tipp-ex, serta tidak ada bagian yang kosong) (Widjaya, 2018).

Berdasarkan hasil dari beberapa penelitian, diperoleh bahwa faktor yang menjadi penyebab *resume* medis dikembalikan oleh verifikator BPJS yaitu masih ditemukan ketidaklengkapan *resume* medis, hal ini disebabkan oleh beberapa faktor yaitu pada komponen pencatatan yang kurang baik dengan masih adanya bagian yang kosong, penulisan diagnosa kurang spesifik atau tulisan dokter terkadang susah dibaca dan tidak menuliskan nama dokter dan tanda tangan dokter penanggungjawab pasien. (Nurdiyanti et al, 2017) (Kurniawati et al, 2020).

Terdapat tiga faktor yang menyebabkan *resume* medis tidak terisi dengan lengkap (Riyantika, 2018), sebagai berikut :

1. Faktor Predisposisi (Sumber Daya Manusia)

Dokter sebagai salah satu SDM yang bertanggung jawab dalam pengisian *resume* medis mengetahui bahwa *resume* medis merupakan catatan medis yang penting dan harus diisi lengkap karena berkaitan dengan riwayat penyakit pasien selama dirawat di

rumah sakit. Namun pengetahuan mengenai *resume* medis tidak cukup menjamin individu untuk berperilaku patuh dalam melengkapi lembar *resume* medis tepat waktu. Petugas Rekam medis dan perawat menyatakan beban kerja terlalu banyak.

Alasan lain penyebab ketidaklengkapan berkas rekam medis adalah kurangnya kesadaran dari dokter akan pentingnya kelengkapan pengisian berkas rekam medis dan ketidakdisiplinan dari dokter yang bertanggung jawab merawat pasien. Namun hal ini seharusnya tidak dijadikan alasan oleh dokter untuk tidak melengkapi rekam medis, khususnya *resume* medis karena merupakan kewajiban dokter. Kelengkapan data rekam medis pasien merupakan tanggung jawab setiap dokter.

2. Faktor Pendukung (Sarana)

Sarana yang disediakan disesuaikan menurut kemampuan dari rumah sakit yang bersangkutan. Rumah sakit harus menyiapkan lembar check list dan ruangan komite medis. Masalah terkait sarana yang sering muncul adalah kurang tersedianya sarana ruang kerja dokter serta ruang *assembling* menjadi penyebab untuk belum melengkapi pengisian *resume* medis.

3. Faktor Pendorong (Prosedur dan Kebijakan)

Terkait faktor pendorong yaitu prosedur dan kebijakan, dalam bentuk Standar Operasional Prosedur (SOP) masih kurang mengenai kewenangan, kebijakan dan prosedur tentang rekam medis dan *resume* medis yang harus dipatuhi oleh dokter.

Dari ketiga faktor yang diteliti yaitu faktor predisposisi (sumber daya manusia), faktor pendukung (sarana), dan faktor pendorong (kebijakan dan prosedur) yang menjadi

penyebab utama dari ketidaklengkapan pengisian *resume* medis adalah faktor sumber daya manusia. Kesibukan dijadikan alasan utama oleh dokter tidak melengkapi *resume* medis, namun seharusnya kesibukan itu tidak dijadikan alasan. Karena membuat *resume* medis, melengkapi *resume* medis adalah kewajiban seorang dokter. Seperti yang dijelaskan di UU praktik kedokteran No.29 pasal 46 ayat (1) menyatakan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Perawat berhak untuk menulis identitas pasien pada setiap formulir rekam medis dengan melihat pada Form Ringkasan Masuk Keluar, yaitu No. RM, nama, umur, kelas, sedangkan riwayat penyakit pasien tetap menjadi kewenangan dokter. Walaupun dengan adanya kebijakan tersebut, tanggung jawab kelengkapan *resume* medis tetap berada di tangan dokter dan walaupun perawat hanya menulis identitas pasien, namun perawat juga harus mengisi identitas dengan lengkap.

Kodefikasi Diagnosis yang Akurat

Kodefikasi diagnosis dalam prosedur klaim berkaitan dengan keakuratan kodefikasi diagnosis yang ditegakkan. Hal ini karena keakuratan kode diagnosa sangat mempengaruhi kualitas pembayaran biaya kesehatan dengan sistem *case-mix*, faktor kodefikasi sangat menentukan, dimana yang digunakan untuk menentukan tarif berdasar pada pedoman ICD-10 untuk menentukan diagnosa. Hal ini sejalan dengan prosedur pengajuan klaim pada BPJS Kesehatan, dimana verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosa pada tagihan dengan kode ICD-10. Penulisan diagnosa harus lengkap dan spesifik, kesalahan penulisan diagnosa akan mempengaruhi tarif yang akan dibayarkan. Keakuratan dalam dalam pemberian kode diagnosa merupakan hal yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam

medis/koder, ketepatan data diagnosa sangat penting di bidang manajemen klinis dan dalam hal penagihan biaya kepada pihak BPJS kesehatan beserta hal-hal lain yang berkaitan dalam asuhan dan pelayanan kesehatan.

Hal penting yang perlu diperhatikan dalam pengkodean diagnosa adalah langkah-langkah koding. Adapun langkah-langkah koding menggunakan ICD 10, sebagai berikut:

1. Identifikasi tipe pernyataan yang akan dikode dan lihat buku ICD Volume 3 (*Alphabetical Index*). Jika pernyataannya adalah penyakit atau cedera lainnya diklasifikasikan dalam bab 1-19 dan 20-12 (Section II Volume 3). Jika pernyataannya adalah penyebab luar atau cedera diklasifikasikan pada bab 20 (Section II Volume 3).
2. Tentukan *Lead Term*. Untuk penyakit dan cedera biasanya adalah kata benda untuk kondisi patologis. Namun, beberapa kondisi dijelaskan dalam kata sifat atau eponym dimasukkan dalam index sebagai *Lead Term*.
3. Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk di bawah kata kunci.
4. Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci dan penjelasan indentasi di bawah led term sampai semua kata dalam diagnosis tercantum.
5. Ikuti setiap petunjuk rujukan silang (“*see*” dan “*see also*”) yang tercantum dalam index.
6. Cek ketepatan kode yang telah dipilih pada volume 1. Untuk kategori 3 karakter dengan .- (point dash) berarti ada karakter ke-4 yang harus ditentukan pada volume 1 karena tidak terdapat dalam index.

7. Baca setiap *inclusion* atau *exclusion* dibawah kode yang dipilih, dibawah bab, dibawah blok atau dibawah judul kategori.
8. Tentukan kode.

Proses koding dilakukan sesuai dengan diagnosis yang ditegakkan oleh dokter. Jika ditemukan kesalahan atau inkonsistensi pencatatan diagnosis, maka koder harus melakukan klarifikasi kepada dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP).

Berdasarkan hasil penelitian, hal yang menjadi faktor penyebab ketidakakuratan kodefikasi adalah adanya tulisan dokter yang sulit dibaca, penulisan diagnosis yang tidak spesifik sehingga kodefikasi juga tidak tepat (Ningtyas et al, 2019). Selain faktor tersebut, penyebab lain kodefikasi tidak akurat yaitu tidak lengkapnya fasilitas ICD-10 yang digunakan, SDM petugas koding (koder) yang kurang, serta petugas koding (koder) yang bekerja tidak sesuai prosedur yaitu hanya mengandalkan hafalan tidak merujuk pada ICD-10 atau hanya melihat ICD-10 volume 3 saja tanpa merujuk pada volume 1 (Pardede, 2020).

Kodefikasi Tindakan Yang Akurat

Kodefikasi tindakan dalam prosedur klaim berkaitan dengan keakuratan kodefikasi tindakan yang diberikan. Selain diagnosis, tindakan sangat penting dalam sistem pembiayaan kesehatan di fasilitas layanan kesehatan, karena inilah yang akan menentukan besar biaya dalam pembayaran pelayanan kesehatan. Pada prosedur pengajuan klaim BPJS Kesehatan, verifikator wajib memastikan kesesuaian prosedur pada tagihan dengan kode ICD-9-CM. langkah-langkah kodefikasi menggunakan ICD-9-CM menurut Permenkes RI Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Tentang Petunjuk Teknis Sistem

Indonesian Case Base Group's dimulai dengan menentukan lead term lalu dicari pada volume 3 index dan di rujuk ke volume 1 tabular list.

Hal penting yang perlu diperhatikan dalam pengkodean tindakan adalah langkah-langkah koding. Adapun langkah-langkah koding menggunakan ICD-9-CM, sebagai berikut:

1. Identifikasi tipe pernyataan prosedur/tindakan yang akan dikode dan lihat buku ICD-9-CM *Alphabetical Index*.
2. Tentukan *Lead Term* untuk prosedur/tindakan.
3. Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk dibawah kata kunci.
4. Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci dan penjelasan indentasi di bawah *Lead Term* sampai semua kata dalam diagnosis tercantum.
5. Ikuti semua petunjuk rujukan silang (“*see*” dan “*see also*”) yang ditemukan dalam index.
6. Cek ketepatan kode yang telah dipilih pada tabular list.
7. Baca setiap *inclusion* atau *exclusion* dibawah kode yang dipilih atau dibawah bab atau dibawah blok atau dibawah judul kategori.
8. Tentukan kode.

Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh bahwa penyebab ketidakakuratan pada saat pelaksanaan koding paling banyak disebabkan karena belum adanya SOP untuk kodifikasi tindakan, proses kodifikasi belum sepenuhnya dilakukan oleh koder tapi masih ada yang dilakukan oleh perawat/dokter, jumlah ICD-9-CM yang masih kurang, serta koder yang tidak melakukan koding secara lengkap (Priyadi & Lestari, 2021).

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan kesalahan pengkodean (Bowman dalam Indawati et al, 2018), sebagai berikut:

1. Kegagalan peninjauan seluruh catatan
2. Pemilihan diagnosis utama yang salah
3. Pemilihan kode yang salah
4. Mengkode diagnosis atau prosedur yang salah oleh karena isi catatan, kesalahan di dalam memasukkan kode ke dalam *database* atau pada penagihan.

Terdapat beberapa elemen pengkodean yang harus dievaluasi dalam menetapkan kualitas dalam pengkodean (Bowman dalam Indawati et al, 2018), sebagai berikut:

1. *Reliability* yaitu hasil yang sama akan diperoleh apabila dilakukan beberapa kali usaha. Contoh: beberapa petugas pengkodean dengan rekam medis yang sama akan menghasilkan hasil pengkodean yang sama pula
2. *Validity* yaitu hasil pengkodean yang mencerminkan keadaan pasien dan prosedur yang diterima pasien
3. *Completeness* yaitu sebuah rekam medis belum bisa dikatakan telah dikode apabila hasil pengkodean mencerminkan semua diagnosis dan prosedur yang diterima pasien
4. *Timeliness* yaitu dokumen rekam medis dapat dikode dengan hasil yang dapat dipercaya, benar, dan lengkap, tetapi jika tidak dengan tepat waktu maka rekam medis tidak dapat digunakan untuk pengambilan kembali dokumen atau penagihan biaya perawatan.

Terdapat beberapa hal penting yang diperhatikan sebagai upaya dalam meningkatkan mutu administrasi klaim meliputi:

1. Implementasi verifikasi digital klaim (VEDIKA) pada semua FKRTL kerjasama
2. Pengembangan E-Claim
3. Pengembangan aplikasi penagihan obat online
4. Standardisasi kompetensi verifikator melalui Lembaga Sertifikasi Profesi (LSP)
5. Penetapan waktu pernyataan klaim lengkap diterima
6. Standardisasi prosedur verifikasi dan waktu verifikasi
7. Standardisasi prosedur dan waktu penyelesaian Dispute Klaim.

Daftar Pustaka

- Amir, I.B., Suhadi., & Harun, H. (2020). Identifikasi Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2020. *Jurnal Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (JAKK-UHO)*, 4(2), 1-12.
- Artanto, A. (2016). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari-Maret 2016. *Jurnal ARSI*, 4(2), 122-134.
- Getzen, T. E. (2013). *Health Economics and Financing* (5th ed.). John Wiley & Sons.
- Hatta, Gemala R., (2014) *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan*, Jakarta, UI Press.
- Kurniawati, M., Satrijawati, T., & Hariyanto, T. (2020). Faktor Yang Mempengaruhi Pengembalian Administrasi Klaim Bpjs Kesehatan Ditinjau Dari Syarat-Syarat Kelengkapan Administrasi Klaim. *CHMK Health Journal*, 4(1), 1-9.
- Ningtyas, N. K., Sugiarsi, S., & Wariyanti, A. S. (2019). Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Utama Kasus Persalinan Sebelum dan Sesudah Verifikasi pada Pasien BPJS di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 4(1), 1.
- Nurdiah, R. S., Iman, A. T. 2016. Analisis Penyebab Unclaimed Berkas BPJS Rawat Inap Di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya. *Jurnal Manajemen Informasii Kesehatan Indonesia*. 4(2). ISSN: 2337-585X.
- Nurdiyanti, P., Majid, R., & Rezal, F. (2017). Studi Proses Pengklaiman Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017. *Jimkesmas Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2(7), 1-14.

- Pardede, R. (2020). Kelengkapan Resume Medis Dan Keakuratan Kode Diagnosis Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP Dr. M. Djamil Padang, Indonesia. *Jurnal Kesehatan Medika Saintika*, 11(2), 300.
- Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan
- Priyadi, G., & Lestari, C. D. (2021). Tinjauan Keakuratan Kodefikasi Tindakan Kasus Bedah Pasien Rawat Inap Tahun 2017. *Media Informasi*, 16(1), 18–23.
- Rahayu, L., & Sugiarti, I. (2021). Analisis Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit. *Indonesian Journal of Health Information Management (IJHIM)*, 1(2).
- Riyantika, D. (2018). Analisis Faktor-Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Pengisian Lembar Resume Medis Pasien Rawat Inap. *Strada Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 7(1), 69-73.
- Susan, F., Arso, S., & Wigati, P. (2016). Analisis Administrasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Jalan RSUD Kota Semarang Tahun 2016. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 4(4), 32–42.
- Widjaya, L. (2018). Manajemen Mutu Informasi Kesehatan III Pendokumentasian Rekam Medis. Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan.

Profil Penulis



Sriyani Windarti, S.KM., M.Kes

Penulis di lahirkan di Rappang pada tanggal 18 Agustus 1994. Ketertarikan penulis terhadap masalah kesehatan membawa penulis untuk mengambil jurusan ilmu kesehatan masyarakat pada jurusan Manajemen Rumah Sakit di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan selesai pada tahun 2016. Di tahun selanjutnya yakni tahun 2017 penulis memilih melanjutkan studi S2 di jurusan yang sama yakni ADMINISTRASI RUMAH SAKIT Program Pascasarjana FKM UNHAS dan selesai pada tahun 2019. Riwayat pekerjaan penulis pernah menjadi staf bidang Keuangan di RSUD Arifin Nu'mang dan menjadi asisten Konsultan Rumah Sakit. Saat ini penulis sedang mengajar sebagai dosen di salah satu perguruan tinggi kesehatan di Kota Makassar. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang perumahsakitan. Beberapa penelitian tersebut dipublikasi pada jurnal nasional maupun internasional yang bereputasi. Selain meneliti, penulis juga mulai menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara serta dapat menambah ilmu pengetahuan di bidang perumahsakitan.

Email Penulis: sriyaniwindarti@gmail.com

PENGUNAAN DATA KLINIS DALAM PROSES *CHARGE* *MASTER* DAN KLAIM MANAJEMEN

Ruslan Agussalim, S.Kom., M.Kom
Ruslan Agussalim, S.Kom., M.Kom

Pengertian Penggunaan Data Klinis dalam Proses *Charge Master* dan Klaim Manajemen

Data klinis adalah informasi medis yang dikumpulkan dari pasien selama proses diagnosis, pengobatan, dan tindakan medis. Data klinis ini mencakup berbagai informasi seperti riwayat medis pasien, hasil pemeriksaan fisik, hasil laboratorium, diagnosa, pengobatan yang diberikan, dan perkembangan kondisi pasien dari waktu ke waktu.

Charge Master atau Daftar Tarif adalah daftar lengkap dari semua layanan medis dan prosedur yang tersedia di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan. Daftar ini mencantumkan harga atau tarif untuk setiap layanan medis, termasuk biaya untuk pemeriksaan, tes laboratorium, perawatan, obat-obatan, prosedur bedah, dan layanan lainnya yang diberikan oleh rumah sakit.

Charge Master bertujuan untuk mengatur dan mengelola biaya pelayanan medis, serta menjadi acuan untuk menetapkan harga yang akan dibebankan kepada pasien, perusahaan asuransi, atau lembaga pemerintah. Daftar tarif ini juga berfungsi sebagai alat transparansi bagi pasien, sehingga mereka dapat melihat rincian biaya layanan medis yang akan mereka terima.

Penting untuk diingat bahwa *Charge Master* hanyalah daftar harga awal dan dapat berbeda dengan biaya akhir yang dibebankan kepada pasien, karena seringkali rumah sakit atau fasilitas kesehatan memberlakukan diskon atau negosiasi harga dengan perusahaan asuransi atau pihak lain.

Klaim Manajemen (atau dikenal juga sebagai Manajemen Klaim) merujuk pada proses pengelolaan dan pemrosesan klaim dalam industri asuransi, kesehatan, atau layanan kesehatan. Klaim adalah permintaan pembayaran yang diajukan oleh peserta asuransi atau pasien untuk menggantikan biaya atas layanan medis atau kerugian yang diderita.

Proses Klaim Manajemen

Proses Klaim Manajemen melibatkan beberapa langkah, termasuk:

1. Pendaftaran klaim: Peserta asuransi atau pasien mengajukan klaim dengan menyediakan informasi tentang layanan medis yang telah diberikan atau kerugian yang dialami.
2. Verifikasi klaim: Pihak penyedia layanan kesehatan atau asuransi akan memeriksa klaim untuk memastikan keabsahan dan keakuratan informasi yang diberikan.

3. Penilaian klaim: Klaim akan dinilai untuk menentukan apakah layanan medis atau kerugian yang diajukan sesuai dengan ketentuan polis asuransi atau perjanjian layanan.
4. Pengajuan klaim ke asuransi: Jika klaim diajukan oleh pihak rumah sakit atau penyedia layanan kesehatan, mereka akan mengajukan klaim ke perusahaan asuransi atau pihak yang bertanggung jawab atas pembayaran.
5. Penyesuaian klaim: Dalam beberapa kasus, klaim mungkin memerlukan penyesuaian atau negosiasi harga sebelum pembayaran dilakukan.
6. Pembayaran klaim: Setelah klaim dinilai dan disetujui, pembayaran akan dilakukan kepada pihak yang berhak menerima ganti rugi.

Manajemen Klaim bertujuan untuk memastikan bahwa klaim diproses dengan cepat, efisien, dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Hal ini juga membantu untuk mengurangi potensi kecurangan atau ketidakakuratan dalam proses klaim, sehingga memastikan keadilan bagi semua pihak yang terlibat.

Pentingnya Manajemen Klaim juga terlihat dalam industri layanan kesehatan, di mana proses ini membantu mengoptimalkan penggunaan sumber daya dan mengurangi biaya administrasi yang berlebihan.

Penggunaan data klinis dalam proses *Charge Master* dan Klaim Manajemen memiliki peran penting dalam mengelola biaya layanan kesehatan dan memastikan penggantian biaya yang tepat dalam proses klaim. Berikut adalah pengertian penggunaan data klinis dalam kedua proses tersebut:

Penggunaan Data Klinis dalam Proses *Charge Master*

Charge Master mencakup daftar lengkap layanan medis dan prosedur beserta tarifnya di rumah sakit atau fasilitas kesehatan. Data klinis menjadi dasar dalam menentukan tarif layanan ini. Berikut adalah beberapa contoh bagaimana data klinis digunakan dalam proses *Charge Master*.

Penentuan Tarif : Data klinis membantu rumah sakit dalam menentukan tarif yang wajar untuk layanan medis dan prosedur tertentu berdasarkan biaya operasional, teknologi yang digunakan, dan sumber daya medis lainnya.

Penyesuaian Tarif : Data klinis juga digunakan untuk menyesuaikan tarif dalam *Charge Master* jika ada perubahan dalam teknologi medis, standar perawatan, atau biaya operasional rumah sakit.

Konsistensi Data : Data klinis memastikan konsistensi dan akurasi tarif untuk layanan medis yang serupa agar tidak terjadi perbedaan yang tidak wajar dalam biaya yang dikenakan pada pasien yang menerima layanan serupa.

Penggunaan Data Klinis dalam Proses Klaim Manajemen

Data klinis juga menjadi kunci dalam proses Klaim Manajemen, yang mencakup pemrosesan klaim asuransi atau klaim layanan kesehatan oleh rumah sakit. Berikut adalah beberapa contoh bagaimana data klinis digunakan dalam proses Klaim Manajemen.

Verifikasi Klaim: Data klinis digunakan untuk memverifikasi klaim yang diajukan oleh peserta asuransi atau pasien untuk memastikan keabsahan dan keakuratan informasi yang diberikan.

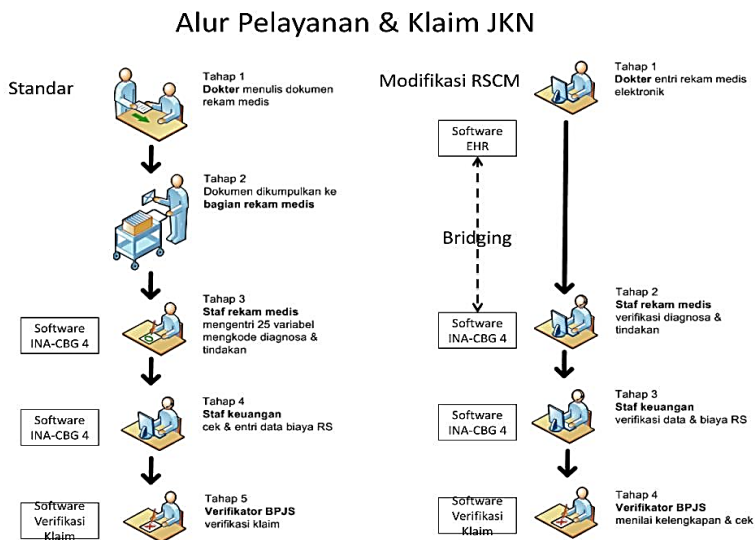
Evaluasi Kelayakan: Data klinis membantu pihak asuransi atau penyedia layanan kesehatan dalam

mengevaluasi kelayakan klaim berdasarkan polis atau perjanjian layanan yang berlaku.

Penilaian Klaim: Data klinis digunakan untuk menilai apakah layanan medis atau prosedur yang diajukan sesuai dengan indikasi medis atau standar perawatan yang berlaku.

Penentuan Pembayaran: Data klinis membantu dalam menentukan jumlah pembayaran yang sesuai untuk klaim berdasarkan layanan medis atau prosedur yang telah diberikan.

Dengan penggunaan data klinis yang tepat dalam proses *Charge Master* dan Klaim Manajemen, dapat meningkatkan efisiensi, akurasi, dan transparansi dalam pengelolaan biaya layanan kesehatan serta memastikan pasien dan peserta asuransi mendapatkan pelayanan yang tepat dan sesuai dengan kondisi medis yang dihadapinya.



Gambar 9.1 Alur Pelayanan dan Klaim JKN

Berikut adalah proses alur pelayanan dan klaim JKN dari Fasilitas pelayanan Kesehatan baik rumah sakit maupun puskesmas dan tentu dari gambar tersebut pula memperlihatkan antara pengelolaan manajemen klaim yang telah bridging dengan manajemen klaim yang belum bridging.

Dan beberapa tahap memperlihatkan tentang alur proses layanan sampai dengan pengajuan klaim JKN-KIS. Pada alur yang tertanda merah merupakan proses penggunaan data klinis dalam proses *charge master* dan klaim manajemen JKN-KIS hal ini sangat penting dalam hal monitoring dan evaluasi terhadap pengajuan klaim di fasilitas pelayanan Kesehatan.

Manfaat Penggunaan Data Klinis dalam Proses *Charge Master* dan Klaim Manajemen JKN-KIS di Rumah Sakit

Penggunaan data klinis dalam proses *Charge Master* dan Klaim Manajemen di Rumah Sakit dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) memiliki manfaat yang signifikan bagi seluruh pihak yang terlibat. Berikut adalah beberapa manfaat penggunaan data klinis dalam kedua proses tersebut:

1. Manfaat Penggunaan Data Klinis dalam Proses *Charge Master* JKN-KIS di Rumah Sakit:
 - a. Penentuan Tarif yang Adil: Penggunaan data klinis membantu rumah sakit dalam menentukan tarif yang adil dan sesuai dengan kualitas layanan medis yang diberikan kepada pasien. Data klinis membantu menghitung biaya nyata yang terlibat dalam setiap layanan medis dan mencegah penentuan tarif yang berlebihan.
 - b. Transparansi Biaya: Penggunaan data klinis dalam *Charge Master* memungkinkan transparansi biaya bagi pasien. Dengan memiliki

akses ke data klinis yang relevan, pasien dapat melihat dengan jelas rincian biaya untuk layanan medis yang akan mereka terima, sehingga mereka memiliki pemahaman yang lebih baik tentang biaya yang harus mereka tanggung.

- c. Penyesuaian Tarif Berbasis Bukti: Data klinis memungkinkan rumah sakit untuk melakukan penyesuaian tarif berbasis bukti. Jika ada perubahan dalam teknologi medis atau standar perawatan yang didukung oleh data klinis, rumah sakit dapat mengadaptasi tarif yang sesuai dengan bukti dan standar terbaru.
2. Manfaat Penggunaan Data Klinis dalam Proses Klaim Manajemen JKN-KIS di Rumah Sakit:
- a. Verifikasi Klaim yang Akurat: Penggunaan data klinis membantu dalam verifikasi klaim yang diajukan oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Informasi medis yang akurat diperlukan untuk memastikan keabsahan dan keakuratan klaim yang diajukan.
 - b. Penilaian Klaim yang Obyektif: Data klinis digunakan dalam penilaian klaim secara obyektif berdasarkan indikasi medis yang terdokumentasi dengan baik. Hal ini mengurangi risiko penolakan klaim yang tidak beralasan.
 - c. Pemrosesan Klaim yang Cepat: Penggunaan data klinis yang akurat dapat membantu mempercepat proses pemrosesan klaim karena informasi yang lengkap dan jelas memudahkan penilaian dan keputusan pembayaran.
 - d. Akurasi Pemrosesan Klaim: Penggunaan data klinis membantu memastikan akurasi pemrosesan klaim oleh BPJS Kesehatan. Dengan

data klinis yang lengkap dan terverifikasi dengan baik, proses pemrosesan klaim dapat berjalan lebih lancar dan menghindari kesalahan pembayaran yang tidak semestinya.

- e. Pendukung Audit dan Pemeriksaan: Data klinis yang akurat dan terdokumentasi dengan baik juga berfungsi sebagai pendukung saat dilakukan audit atau pemeriksaan terkait klaim. Hal ini membantu rumah sakit untuk dapat menghadapi audit dengan lebih percaya diri dan memastikan kepatuhan terhadap ketentuan program JKN-KIS.
- f. Pengambilan Keputusan yang Berbasis Bukti: Data klinis memberikan dasar yang kuat untuk pengambilan keputusan yang berbasis bukti dalam proses klaim manajemen. Penggunaan data klinis dalam penilaian klaim membantu memastikan bahwa keputusan yang diambil berdasarkan indikasi medis dan informasi yang terverifikasi.

Penggunaan data klinis dalam proses *Charge Master* dan Klaim Manajemen JKN-KIS di Rumah Sakit sangat penting untuk mencapai tujuan efisiensi, transparansi, dan keadilan dalam penyelenggaraan layanan kesehatan bagi peserta JKN-KIS. Data klinis yang akurat dan terpercaya berperan penting dalam menentukan tarif yang tepat, mengoptimalkan proses pemrosesan klaim, serta memastikan layanan kesehatan yang berkualitas bagi pasien.

Pentingnya Penggunaan Data Klinis dalam Proses *Charge Master* dan Klaim Manajemen JKN-KIS

Penggunaan data klinis dalam proses *Charge Master* dan Klaim Manajemen di Rumah Sakit dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS)

sangat penting karena memiliki dampak positif yang signifikan bagi seluruh sistem pelayanan kesehatan dan peserta JKN-KIS. Berikut adalah beberapa alasan mengapa penggunaan data klinis menjadi penting dalam kedua proses tersebut:

1. Meningkatkan Akurasi Penentuan Tarif Layanan Medis: Data klinis membantu rumah sakit dalam menentukan tarif layanan medis yang lebih akurat dan sesuai dengan kompleksitas dan kualitas layanan yang diberikan. Dengan data klinis yang tepat, rumah sakit dapat memastikan bahwa tarif yang ditetapkan mencerminkan biaya nyata yang terlibat dalam memberikan layanan tersebut.
2. Mencegah Penetapan Tarif yang Berlebihan atau Tidak Wajar: Penggunaan data klinis dalam proses *Charge Master* membantu menghindari penentuan tarif yang berlebihan atau tidak wajar untuk layanan medis. Dengan penentuan tarif yang adil dan transparan, peserta JKN-KIS tidak akan dikenakan biaya yang tidak sebanding dengan nilai pelayanan yang diterima.
3. Memastikan Pelayanan Medis yang Berkualitas: Penggunaan data klinis dalam proses *Charge Master* membantu rumah sakit dalam meningkatkan kualitas layanan medis yang diberikan. Dengan penyesuaian tarif berdasarkan kondisi medis dan kompleksitas layanan, rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang lebih sesuai dengan kebutuhan pasien.
4. Mempercepat Proses Pemrosesan Klaim: Penggunaan data klinis dalam proses Klaim Manajemen membantu mempercepat proses pemrosesan klaim. Data klinis yang akurat dan terverifikasi dengan baik memudahkan penilaian dan pembayaran klaim secara tepat waktu.

5. Menghindari Kesalahan Pemrosesan Klaim: Dengan menggunakan data klinis dalam proses Klaim Manajemen, kesalahan pemrosesan klaim dapat dihindari. Data klinis yang lengkap dan terpercaya membantu memastikan bahwa klaim yang diajukan sesuai dengan indikasi medis dan standar perawatan yang berlaku.
6. Meningkatkan Efisiensi Penggunaan Sumber Daya: Penggunaan data klinis dalam proses *Charge Master* membantu rumah sakit dalam mengoptimalkan penggunaan sumber daya medis yang tersedia. Dengan menyesuaikan tarif berdasarkan kondisi medis dan kebutuhan pelayanan, rumah sakit dapat mengalokasikan sumber daya secara efisien dan menghindari pemborosan.
7. Menunjang Pengambilan Keputusan Strategis: Data klinis menjadi sumber informasi penting dalam pengambilan keputusan strategis dalam manajemen rumah sakit. Data klinis yang dikumpulkan dan dianalisis dapat membantu pihak rumah sakit dalam merencanakan pengembangan layanan medis, meningkatkan kualitas pelayanan, dan mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan.
8. Meningkatkan Keamanan dan Kualitas Layanan: Penggunaan data klinis membantu dalam peningkatan keamanan dan kualitas layanan medis. Informasi medis yang akurat membantu rumah sakit dalam mengidentifikasi risiko potensial dan mengimplementasikan tindakan pencegahan guna mengurangi insiden yang dapat membahayakan pasien.
9. Mendorong Peningkatan Rekam Medis Elektronik: Penggunaan data klinis dalam proses Klaim Manajemen JKN-KIS mendorong rumah sakit untuk

menggunakan sistem rekam medis elektronik (elektronik health record/EHR) yang lebih canggih dan efisien. Dengan EHR, data klinis menjadi lebih mudah diakses, dikelola, dan dibagikan dengan pihak terkait.

10. Mendukung Penelitian dan Pengembangan Ilmiah: Data klinis yang terkumpul di rumah sakit dapat berkontribusi pada penelitian dan pengembangan ilmiah di bidang kesehatan. Penggunaan data klinis yang terstruktur dan akurat dapat memberikan wawasan yang berharga bagi penelitian yang bertujuan meningkatkan pemahaman tentang berbagai kondisi medis dan penanganannya.

Dengan demikian, penggunaan data klinis dalam proses *Charge Master* dan Klaim Manajemen JKN-KIS di Rumah Sakit tidak hanya memberikan manfaat bagi rumah sakit dan peserta JKN-KIS, tetapi juga berdampak positif pada efisiensi dan kualitas keseluruhan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia.

Daftar Pustaka

- Sayiner, M. (2018). Data klinis: Keunggulan, tantangan, dan masa depan. *Journal of Clinical Research & Bioethics*, 9(3), 1-2. DOI: 10.4172/2155-9627.1000316.
- Torry, B., & Samuel, M. (2017). Hospital Charge Description Masters: An Evaluation of Accuracy. *The Health Care Manager*, 36(1), 44-47. DOI: 10.1097/HCM.000000000000145.
- Biswas, R., & Chowdhury, A. (2016). Healthcare Claims Processing: A Review and Classification. *Procedia Computer Science*, 93, 137-142. DOI: 10.1016/j.procs.2016.07.271.
- Howard, J., & Huang, C. (2017). Claim Management, Payer Strategy, and Healthcare Outcomes in Insurance Markets. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 42(1), 79-102. DOI: 10.1057/s41288-016-0034-0.
- Sittig, D. F., & Singh, H. (2012). A New Socio-technical Model for Studying Health Information Technology in Complex Adaptive Healthcare Systems. *Quality and Safety in Health Care*, 21(3), 34-39. DOI: 10.1136/bmjqs-2011-000331.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2018). Peraturan Kepala Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Tata Cara dan Prosedur Klaim Jaminan Kesehatan Nasional. (Head of the Social Security Administrator Body Regulation No. 4/2018 on Procedures and Procedures for National Health Insurance Claims). Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Tata Cara Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Jaminan Kesehatan. (Ministerial Regulation No. 71/2013 on the Procedure for Implementing Health Services for Health Insurance Participants). Jakarta.

- Yulianti, W. (2018). Manfaat dan Kendala Penerapan e-Claim pada Rumah Sakit yang Berkontrak dengan BPJS Kesehatan. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS Dr. Soetomo*, 4(2), 120-126. DOI: 10.20473/jmk.V4I22018.120-126.
- Simanjuntak, I. J. (2021). Pelaksanaan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Swasta di DKI Jakarta. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 10(3), 122-131. DOI: 10.22146/jkki.61281.
- Aritonang, G. K. P. (2021). Pengaruh Karakteristik Rumah Sakit Terhadap Kinerja Keuangan BPJS Kesehatan di Provinsi Sumatera Utara. *Jurnal Keuangan dan Perbankan*, 25(3), 483-498. DOI: 10.26905/jkdp.v25i3.5994.

Profil Penulis



Ruslan Agussalim, S.Kom., M.Kom

Penulis dilahirkan di Makassar Provinsi Sulawesi Selatan pada Tanggal 18 Agustus 1977. Merupakan anak ke-tiga dari pasangan Usman Suwiryo dan Sarialang. Penulis menyelesaikan Program Studi D3 Manajemen Informatika di STMIK Dipanegara lulus tahun 1999 dan melanjutkan Kembali S1 di Program Studi Sistem Informasi di STMIK Kharisma lulus tahun 2006 dan menyelesaikan S2 Program Studi Sistem Komputer lulus tahun 2015. Penulis saat ini sebagai dosen di Program Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKES Panakkukang Makassar.

Email Penulis: ruslanaguspnk@gmail.com

PENGUNAAN DATA KLINIS DALAM PENGANTIAN BIAYA (REIMBURSTMENT)

WD. Yuni M. Usa, S.KM., M.Kes.

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Griya Husada Surabaya

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. WHO (2008) mendefinisikan sehat adalah suatu keadaan kondisi fisik, mental, dan kesejahteraan sosial yang merupakan satu kesatuan dan bukan hanya bebas dari penyakit atau cacat. Merujuk pada hal yang dikemukakan oleh organisasi kesehatan dunia tersebut, maka Indonesia merumuskan definisi Kesehatan yang dituangkan dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009, bahwa kesehatan merupakan keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

Beberapa langkah strategis yang dapat dilakukan untuk menciptakan kondisi masyarakat yang sehat di suatu negara yaitu dengan:

1. Menyusun hukum, peraturan ataupun kebijakan dibidang kesehatan yang jelas dan langsung tepat untuk menyelesaikan masalah masyarakat,
2. Menyediakan alokasi dana yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat,
3. Menyiapkan SDM kesehatan yang mumpuni di setiap sub-bidangnya.

Bila kita telusuri lebih dalam tentang menyusun hukum, peraturan ataupun kebijakan dibidang kesehatan yang telah dilakukan oleh pemerintah, maka kita akan diperlihatkan dengan adanya salah satu produk pemerintah dalam bentuk organisasi yaitu BPJS Kesehatan dengan mekanisme asuransi yang berusaha untuk memberikan jaminan kesehatan.

Undang-Undang RI No. 40 Tahun 2014 merumuskan asuransi adalah perjanjian antara dua pihak, yaitu perusahaan asuransi dan pemegang polis, yang menjadi dasar bagi penerimaan premi oleh perusahaan asuransi sebagai imbalan untuk:

1. Memberikan penggantian kepada tertanggung atau pemegang polis karena kerugian, kerusakan, biaya yang timbul, kehilangan keuntungan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita tertanggung atau pemegang polis karena terjadinya suatu peristiwa yang tidak pasti; atau
2. Memberikan pembayaran yang didasarkan pada meninggalnya tertanggung atau pembayaran yang didasarkan pada hidupnya tertanggung dengan manfaat yang besarnya telah ditetapkan dan/atau didasarkan pada hasil pengelolaan dana.

Bila kita berbicara tentang asuransi, maka begitu banyak sub-pembahasan didalamnya diantaranya yaitu prinsip asuransi, jenis asuransi, objek asuransi hingga regulasi

didalamnya. Namun dalam pembahasan kali ini, hanya akan membahas tentang proses klaim asuransi kesehatan dan metode penggantian uang didalam mengikuti asuransi kesehatan.

Proses Klaim Asuransi Kesehatan

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. Adapun 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, dan lainnya. Pada beberapa formulir, tetanggung perlu mengisi data mengenai rumah sakit,

dilengkapi tanda tangan dokter yang menangani serta cap/stempel rumah sakit.

3. Lampirkan tagihan rumah sakit secara lengkap

Tagihan rumah sakit biasanya terdiri atas informasi identitas pasien, diagnosa penyakit, biaya tindakan medis, biaya pengobatan, 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 untuk sistem *reimbursement*.

4. Ajukan klaim secepatnya

Pengajuan klaim asuransi kesehatan sistem *reimbursement* tidak boleh ditunda/diperlambat. 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 ditolak oleh perusahaan asuransi. Maka semakin cepat tetanggung mengajukan klaim asuransi, maka semakin cepat pula tetanggung memperoleh biaya pengantiannya.

5. Simpan salinan 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

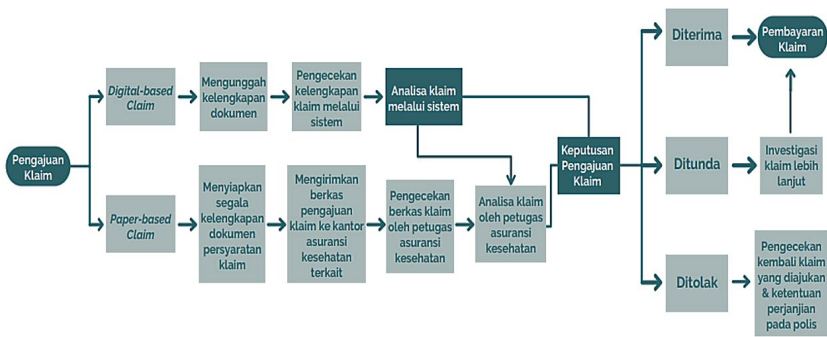
rumah sakit serta salinan kelengkapan administrasi lainnya. Hal ini ditujukan apabila pihak perusahaan asuransi mengalami kehilangan data klaim asuransi tanpa disengaja, namun tetanggung masih memiliki salinan berkas untuk melengkap data klaim asuransi yang tidak lengkap tersebut untuk sistem *reimbursement*.

Metode Penggantian Uang

1. *Cashless*

Melalui metode *cashless*, konsumen sebagai pihak tertanggung sebelum menjalankan rawat inap, berkoordinasi dengan pihak rumah sakit yang menjadi mitra pihak penanggung dengan menggunakan kartu yang diberikan oleh perusahaan asuransi sebagai pihak penanggung. Kartu tersebut memuat informasi dan manfaat perlindungan dari produk atau layanan asuransi yang dimiliki pihak tertanggung. Setelah proses verifikasi oleh pihak rumah sakit, maka pihak tertanggung dapat menjalankan perawatan atau pengobatan.

Setelah menyelesaikan perawatan atau pengobatan, pihak rumah sakit akan melakukan proses administrasi terkait biaya pengobatan dan perawatan pihak tertanggung, dalam hal ini apabila terjadi akses klaim, maka pihak tertanggung diharuskan melunasi sisanya. Dalam melunasi akses klaim, pihak tertanggung dapat melakukannya melalui dana pribadi atau melakukan *coordination of benefit* dengan pihak asuransi lain apabila pihak tertanggung memiliki asuransi kesehatan lebih dari satu. Di sisi lain, apabila tidak terjadi akses klaim, maka konsumen dapat langsung pulang. Ilustrasi pada grafik di bawah memberikan gambaran metode *cashless* pada asuransi kesehatan di Indonesia.



Gambar 10.1

Metode *cashless* pada asuransi kesehatan di Indonesia

Selanjutnya terdapat beberapa catatan penting yang harus diperhatikan dalam metode *cashless* pada poin-poin penjelasan sebagai berikut:

- a. Pihak tertanggung harus disiplin dalam membayar premi agar manfaat dari polis dan kartu yang digunakan untuk metode *cashless* tetap aktif.
- b. Kebijakan setiap perusahaan asuransi terhadap metode *cashless* dapat berbeda satu sama lain. Terkait hal ini, tidak semua asuransi kesehatan menawarkan metode *cashless* pada kedua jenis perawatan yaitu rawat jalan dan rawat inap, kebanyakan hanya menawarkan untuk satu manfaat perawatan saja seperti rawat inap.
- c. Memastikan kembali jaringan rumah sakit yang menjadi rekan atau mitra dari asuransi kesehatan yang bersangkutan.
- d. Apabila hendak melakukan *coordination of benefit*, pihak tertanggung harus menginformasikan kepada pihak asuransi kesehatan pertamanya terlebih dahulu. Hal ini bertujuan untuk

mempermudah proses administrasi selanjutnya kepada pihak asuransi kesehatan kedua.

- e. Melakukan pengecekan kembali kelengkapan dokumen terutama yang berkaitan dengan detail pengobatan dan perawatan yang dijalankan serta biaya yang ditanggung kepada pihak rumah sakit.

Keuntungan dari metode *cashless* dalam layanan rawat inap memiliki dampak yang signifikan bagi pasien, penyedia layanan kesehatan, dan perusahaan asuransi. Berikut adalah keuntungan-keuntungan tersebut:

- a. **Kemudahan dan Kecepatan:** Kemampuan untuk membayar layanan rawat inap secara elektronik membawa kenyamanan dan kecepatan dalam proses administrasi. Pasien tidak perlu khawatir tentang membawa uang tunai atau mencari cara pembayaran manual. Semua transaksi dilakukan dengan mudah melalui sistem elektronik, menghemat waktu dan usaha baik bagi pasien maupun staf medis.
- b. **Pengurangan Risiko:** Metode *cashless* mengurangi risiko terkait dengan membawa uang tunai dalam situasi rawat inap. Pasien tidak perlu khawatir tentang pencurian atau kehilangan uang tunai mereka selama masa perawatan di rumah sakit. Ini menciptakan lingkungan yang lebih aman dan nyaman bagi pasien.
- c. **Rekam Jejak yang Lebih Akurat:** Setiap transaksi dan pembayaran yang dilakukan melalui metode *cashless* tercatat secara elektronik. Ini menciptakan rekam jejak yang akurat dan terperinci tentang biaya layanan yang diberikan. Rekam jejak ini bisa sangat berguna untuk keperluan pelaporan, audit, serta

memantau pengeluaran dan pemakaian layanan kesehatan.

- d. **Peningkatan Transparansi:** Metode *cashless* memberikan transparansi yang lebih tinggi dalam proses pembayaran. Pasien dapat melihat dengan jelas perincian biaya layanan dan perawatan yang diberikan. Ini membantu pasien mengerti apa yang mereka bayar dan mengurangi potensi kesalahpahaman atau ke tidak jelasan terkait tagihan.
- e. **Efisiensi Administrasi:** Metode *cashless* mengurangi beban administrasi bagi fasilitas medis dan penyedia layanan kesehatan. Pengelolaan pembayaran dan klaim dapat dilakukan secara otomatis melalui sistem, mengurangi pekerjaan manual dan peluang terjadinya kesalahan administratif.

2. Reimbursement

Reimbursement adalah penggantian biaya yang dikeluarkan oleh perusahaan untuk karyawannya. Dalam menjalankan proses penggantian uang pihak tertanggung melalui metode *reimbursement*, pihak tertanggung terlebih dahulu menggunakan dana pribadinya dalam melaksanakan proses rawat jalan maupun rawat inap.

Keuntungan dari metode reimbursement dalam layanan kesehatan, di mana pasien membayar terlebih dahulu dan kemudian mengajukan klaim kepada asuransi untuk penggantian biaya, termasuk:

- a. **Pilihan Fleksibilitas:** Metode *reimbursement* memberikan fleksibilitas kepada pasien untuk memilih penyedia layanan kesehatan yang mereka inginkan. Pasien tidak terbatas pada jaringan

penyedia yang ditetapkan oleh asuransi, sehingga mereka dapat memilih layanan dari berbagai fasilitas medis yang mereka yakini sesuai dengan kebutuhan mereka.

- b. **Akses ke Perawatan Tidak Tertutup Asuransi:** Beberapa perawatan atau layanan kesehatan mungkin tidak sepenuhnya ditanggung oleh asuransi. Dalam kasus ini, pasien masih dapat menerima perawatan yang dibutuhkan dan mengajukan klaim untuk penggantian sebagian biaya, meskipun mungkin ada bagian biaya yang harus mereka tanggung sendiri.
- c. **Kepuasan Pasien:** Dengan metode *reimbursement*, pasien bisa merasa lebih terlibat dalam pengambilan keputusan terkait perawatan mereka. Mereka dapat memilih penyedia layanan dan perawatan yang mereka anggap paling sesuai, yang pada gilirannya dapat meningkatkan kepuasan pasien.
- d. **Layanan Internasional:** Metode *reimbursement* juga lebih cocok untuk perawatan di luar negeri atau ketika pasien tinggal di wilayah yang tidak memiliki jaringan penyedia asuransi. Pasien dapat menerima perawatan di berbagai negara dan kemudian mengajukan klaim untuk penggantian biaya.
- e. **Ketepatan Klaim dan Penagihan:** Pasien memiliki kendali lebih besar atas pengumpulan dokumen pendukung dan informasi yang dibutuhkan untuk mengajukan klaim. Hal ini bisa mengurangi risiko klaim ditolak karena informasi yang kurang lengkap atau tidak akurat.

- f. **Rincian Biaya yang Lebih Jelas:** Pasien dapat lebih jelas memahami rincian biaya perawatan dan pemeriksaan yang mereka terima. Ini bisa membantu mereka lebih sadar akan biaya dan merencanakan pengeluaran mereka dengan lebih baik.

Kemudian dalam pengajuan klaim atas penggantian biaya dari proses perawatan dan pengobatan tersebut, terdapat dua opsi yang dapat dilakukan oleh konsumen yaitu secara *digital-based claim* dan *paper-based claim* seperti tergambar di bawah ini:



Gambar 10.2 *Digital-based claim* dan *paper-based claim*

1. **Digital Based Claim**

Seiring dengan perkembangan teknologi informasi, perusahaan asuransi terus melakukan inovasi dengan tujuan mempermudah dan mempersingkat layanan terhadap konsumen, salah satu bentuknya adalah konsumen dapat mengajukan klaim melalui aplikasi melalui *smartphone*. Dalam hal ini, segala bukti transaksi dengan klinik atau rumah sakit dan biaya pengobatan yang dibebankan kepada pihak

tertanggung serta kelengkapan dokumen lainnya dapat diunggah oleh konsumen secara *online*.

Selanjutnya, perusahaan asuransi kesehatan sebagai pihak penanggung akan melakukan verifikasi klaim melalui sistem mereka dan dapat menginformasikan status klaim yang diajukan pihak tertanggung secara online baik melalui notifikasi *email* maupun lewat aplikasi yang bersangkutan. Terkait *digital-based claim*, apabila ditemukan kondisi yang memerlukan penelusuran lebih lanjut dan tidak bisa melalui sistem, maka pihak asuransi kesehatan akan melakukannya secara manual dengan pihak-pihak terkait sesuai bidangnya untuk menentukan apakah klaim diterima seluruhnya atau membutuhkan dokumen atau keterangan pendukung.

2. ***Paper Based Claim***

Merupakan opsi penggantian uang konsumen sebagai pihak tertanggung dalam proses klaim dengan mengirimkan dokumen dan bukti-bukti transaksi atas biaya pengobatan dan perawatan yang ditanggung oleh konsumen secara fisik (*hardcopy*) ke kantor perusahaan asuransi kesehatan terkait. Tahapan yang dilalui tidak berbeda jauh dengan *digital-based claim*, namun pada opsi ini proses verifikasi dan analisa yang dilakukan oleh perusahaan asuransi kesehatan lebih banyak dilakukan secara manual, sehingga membutuhkan waktu. Selanjutnya, pihak tertanggung akan menerima notifikasi melalui pesan singkat atau SMS maupun melalui surat resmi atau email perihal status klaim yang diajukan.

Berdasarkan penjelasan di atas, terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan dalam metode penggantian uang pihak tertanggung secara *reimbursement* baik *digital-based claim* maupun

paper-based claim, diantaranya dijelaskan pada poin-poin sebagai berikut:

- a. Guna mempermudah pihak penanggung dalam melakukan analisa dan proses penggantian uang pihak tertanggung atas klaim yang diajukan, disarankan untuk menjalankan rawat inap atau rawat jalan pada rumah sakit atau klinik yang merupakan mitra dari asuransi terkait.
- b. Melakukan pengecekan terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kelengkapan bukti untuk mengajukan klaim seperti dokumen atau catatan selama menjalani proses rawat inap atau rawat jalan dan detail biaya perawatan atau pengobatan tersebut.
- c. Mempelajari ketentuan maupun perjanjian dalam polis terkait mekanisme *digital based claim* dan *paper-based claim* karena setiap perusahaan asuransi memiliki kebijakan yang berbeda satu sama lain.
- d. Meskipun secara aturan dan prosedur pihak asuransi kesehatan memberikan notifikasi kepada pihak tertanggung terkait status klaim yang diajukan, tidak ada salahnya apabila pihak tertanggung juga aktif dalam menanyakan. Hal ini bertujuan untuk memperlancar proses klaim.

Konsumen sebagai pihak tertanggung mempunyai hak untuk memiliki produk atau layanan asuransi kesehatan komersial lebih dari satu, dengan tujuan untuk melengkapi manfaat atau cakupan perlindungan satu sama lain. Menanggapi kondisi tersebut, apabila pihak tertanggung memiliki produk atau layanan asuransi kesehatan komersial lebih dari satu, maka pihak tertanggung dapat melakukan koordinasi manfaat dengan perusahaan asuransi

kesehatan komersial kedua untuk menyelesaikan sisa klaim yang dibebankan, hal ini dikenal dengan istilah *coordination of benefit*. Grafik di bawah memberikan gambaran terkait proses dalam melakukan *coordination of benefit*.

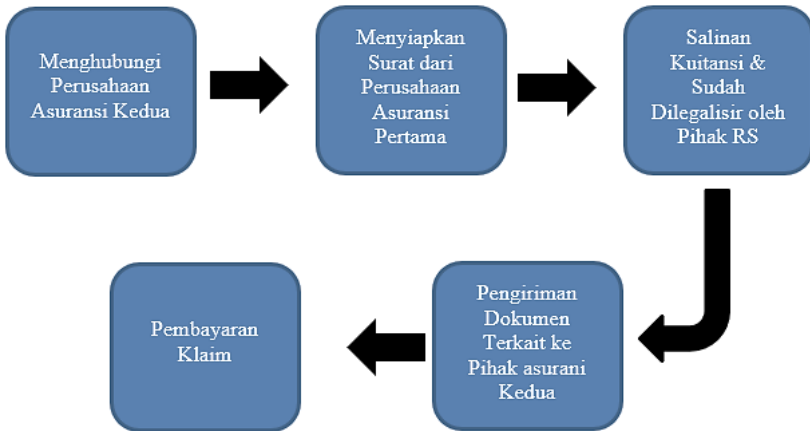
Dalam memanfaatkan *coordination of benefit*, berikut catatan penting untuk diperhatikan lebih lanjut:

- a. Mempelajari lebih lanjut ketentuan di dalam polis pada kedua asuransi kesehatan, apakah memungkinkan untuk melakukan *coordination of benefit* dan bagaimana mekanismenya.
- b. Koordinasi kepada semua pihak yang berkaitan dalam pemanfaatan *coordination of benefit*.
- c. Dalam melakukan *coordination of benefit*, akan lebih memudahkan proses apabila pihak rumah sakit menjadi mitra dari kedua asuransi tersebut.
- d. Memastikan bahwa semua dokumen salinan dari pihak rumah sakit telah dilegalisasi untuk dikirimkan ke pihak asuransi kedua.

Pada tahapan ini, pihak tertanggung melakukan penyelesaian atau penutupan polis terhadap produk atau layanan asuransi kesehatan miliknya. Dalam hal ini, pihak tertanggung memiliki beberapa opsi yaitu melakukan sendiri, melalui agen asuransi, atau melalui perusahaan pialang asuransi, semua tergantung bagaimana pihak tertanggung melakukan pembelian atau penutupan asuransi kesehatan sebelumnya. Proses penyelesaian polis asuransi kesehatan bisa terjadi dengan alasan produk atau layanan sudah jatuh tempo dan tidak dilanjutkan lagi atau keinginan dari pihak tertanggung untuk mengakhiri sebelum jatuh tempo. Apabila pihak tertanggung ingin mengakhiri sebelum jatuh tempo,

maka pihak bertanggung mengajukan permohonan dengan melakukan pengisian formulir penutupan polis atau *surrender*.

Ilustrasi di bawah menggambarkan tahapan yang dilalui pihak bertanggung dalam penutupan polis.



Berdasarkan alur penyelesaian polis di atas, berikut hal-hal yang dapat diperhatikan oleh pihak bertanggung dalam poin-poin penjelasan sebagai berikut:

- a. Menghubungi pihak terkait dalam melakukan penyelesaian asuransi, dengan alasan pihak tersebut juga bertanggung jawab dalam membantu melakukan penyelesaian polis. Menghubungi pihak terkait dalam melakukan penyelesaian asuransi, dengan alasan pihak tersebut juga bertanggung jawab dalam membantu melakukan penyelesaian polis.
- b. Mempelajari kembali ketentuan-ketentuan yang disepakati dalam polis terkait penyelesaian polis sebelum jatuh tempo.

Memperhatikan detail dalam pengisian surat penyelesaian polis atau *surrender*, dalam hal ini pihak bertanggung dapat meminta bantuan agen atau pialang asuransi yang bersangkutan.

Daftar Pustaka

- Indawati, Laela. (2016). Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap di RSUD Fatmawati Tahun 2016. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*. Vol. 7 No. 2
- Peraturan Menteri Pertahanan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2016 *Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Pada Fasilitas Kesehatan di Lingkungan Kementerian Pertahanan dan Tentara Nasional Indonesia*.
- Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 1992 *Tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian*.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 *Tentang Jaminan Kesehatan*.
- Rahayu, Leli & Sugiarti, Ida. (2021). Analisis Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit. *Indonesia journal of Health Information Managemen (IJHIM)* Vol. 1 No. 2. website: ijhim.stikesmhk.ac.id/index.php/
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 *Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 *Tentang Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial*.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2014 *Tentang Perasuransian*
- Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia, Vol. No. Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia (ui.ac.id).

Profil Penulis



WD. Yuni M. Usa, S.KM., M.Kes

Penulis dilahirkan di Kota Ambon Provinsi Maluku pada Tanggal 07 September 1989. Merupakan anak ke-lima dari pasangan LD. Muh. Usa (Alm) dan Ibu Ani. Penulis menyelesaikan program S1 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Avicenna dan lulus pada tahun 2011 serta menyelesaikan pendidikan program magister di Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, lulus pada tahun 2016. Penulis pernah bekerja di Program Studi S1 Administrasi Kesehatan STIKES Ngudida Husada Madura dan saat ini penulis sedang bekerja sebagai dosen di Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit di STIKES Griya Husada Surabaya. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah dasar ilmu kesehatan masyarakat, dasar manajemen, dasar administrasi kesehatan, dasar kesehatan lingkungan, ilmu kependudukan, administrasi pelayanan kesehatan, dasar K3, manajemen pemasaran kesehatan, system informasi kesehatan, system pembiayaan kesehatan, sosiologi-antropologi kesehatan, asuransi kesehatan, isu kesehatan, manajemen logistic serta manajemen sumber daya manusia. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis: yuni.unair2014@gmail.com.

IDENTIFIKASI JENIS DAN KOMPONEN FRAUD

Arini Fitri, S.K.M., M.K.M.

Alumni Magister Kesehatan Masyarakat FKM UI

Potensi Fraud Jaminan Kesehatan

Sejak tahun 2008, WHO telah menyoroti permasalahan fraud dalam jaminan kesehatan secara global dan mengestimasi nilai kecurangan yang diakibatkan dari seluruh jaminan kesehatan yang ada di dunia adalah sekitar 7.29% (Annisa et al., 2020). Fraud dapat muncul dan meluas karena adanya tekanan dari sistem pembiayaan kesehatan yang berlaku, adanya kesempatan karena minim pengawasan, serta ada pembenaran saat melakukan tindakan ini. Fraud dalam layanan kesehatan berpotensi merugikan dana kesehatan negara dan menurunkan mutu pelayanan kesehatan.

Di Indonesia, potensi fraud semakin nampak sejak berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional pada tahun 2014. Menurut laporan Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) pada tahun 2015, terdapat sekitar 175.774 klaim dari rumah sakit atau Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) . Dari ribuan klaim tersebut, senilai Rp 440 miliar terdeteksi adanya fraud. Bentuk potensi fraud yang umum ditemui di kelompok *provider* diantaranya *upcoding, inflated bills, service unbundling, no medical value dan standard of care* (Djasri et al., 2016).

Berdasarkan laporan *Report to the Nations Acfe* (RTTN) *Association of Certified Fraud Examiners* (ACFE) 2018 kerugian akibat Kecurangan (fraud) pada pelayanan kesehatan mencapai 5% dari total biaya pelayanan kesehatan (Permenkes No. 16 Tahun 2019).

Indonesia Corruption Watch (ICW) pada tahun 2017 melakukan pemantauan terhadap 26 puskesmas di 14 provinsi, ditemukan potensi fraud dalam pengelolaan dana kapitasi. Temuan tersebut antara lain: 1) Pemanfaatan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (2 temuan), 2) Memanipulasi bukti pertanggungjawaban dan pencairan dana kapitasi (1 temuan), dan 3) Menarik biaya dari peserta yang seharusnya telah dijamin dalam biaya kapitasi dan/atau non kapitasi sesuai dengan standar tarif yang ditetapkan (5 temuan). Serupa dengan kasus korupsi yang ditangani oleh penegak hukum dalam pengelolaan dana kapitasi periode 2014-2018. Terdapat 8 kasus korupsi pengelolaan dana kapitasi puskesmas di 8 daerah. Kerugian negara yang ditimbulkan akibat kasus ini mencapai Rp 5,8 miliar, dengan jumlah tersangka 14 orang (ICW, 2018).

Menurut Thabrany (2011) Sektor kesehatan secara umum sangat rentan terhadap korupsi karena sifatnya yang banyak memiliki ketidakpastian (*uncertainty*), banyaknya informasi yang asimetris (*assymetric information*), serta eksternalitas (*externality*) antar pemangku kepentingan didalamnya. Dalam rangka upaya pencegahan kecurangan (fraud), BPJS Kesehatan bersama Kementerian Kesehatan dan Komisi Pemberantasan Korupsi membentuk Tim Pencegahan dan Penanganan Fraud di Tingkat Pusat. Sementara di tingkat provinsi melibatkan Dinas Kesehatan Provinsi, BPJS Kesehatan dan Inspektorat Daerah. Selain itu, pihak lain seperti pakar/ahli, organisasi profesi dan asosiasi fasilitas

kesehatan juga dilibatkan dalam pencegahan dan penanganan fraud.

Data dari Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI) pada awal tahun 2023, kapitalisasi nilai premi asuransi kesehatan swasta mencapai Rp 2,7 Triliyun lebih tinggi jika dibandingkan dengan periode yang sama di tahun 2022 yaitu sebesar Rp 2,2 Triliyun atau mengalami pertumbuhan sebesar 19,7% dari tahun sebelumnya. Sementara dari nilai klaim mengalami peningkatan dari Rp 1,13 triliun pada awal 2022, menjadi Rp 1,59 triliun pada pertengahan 2023. Besarnya nilai klaim ini sangat berpotensi untuk timbulnya praktik fraud pada asuransi kesehatan swasta di Indonesia.

Pengertian Fraud

Fraud merupakan tindakan ilegal yang dilakukan oleh seseorang atau sekelompok orang secara sengaja atau terencana sehingga orang atau kelompok tersebut mendapat keuntungan dan merugikan orang lain. Green and Rowel (2011) mengutip definisi dari *The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)* mendefinisikan Fraud sebagai “*an intentional deception or misrepresentation that someone makes, knowing it is false, that could result in an unauthorized payment*” yaitu penipuan atau kekeliruan yang dilakukan oleh seseorang dengan sengaja, yang mengakibatkan pembayaran tidak sah (Green & Rowell, 2011). Menurut Bologna, Lindquist & Wells, *fraud is criminal deception intended to financially benefit the deceiver* yaitu kecurangan adalah penipuan kriminal yang bermaksud untuk memberi manfaat keuangan kepada si penipu (Bologna et al., 1995).

Todd (2009) dalam bukunya berjudul “*The Managed Care Contracting Handbook Planning and Negotiating the Managed Care Relationship*”, Fraud merupakan (1) *Intentional misrepresentations that can result in criminal*

prosecution, civil liability, and administrative sanctions; (2) Intentional lying or concealment by policyholders to obtain payment of an insurance claim that would otherwise not be paid, or lying or misrepresentation by the insurance company managers, employees, agents, and brokers for financial gain. Pertama, *fraud* merupakan kekeliruan yang disengaja sehingga dapat menyebabkan tuntutan pidana, pertanggungjawaban perdata, dan sanksi administratif; Kedua, *fraud* merupakan kebohongan atau penyembunyian yang disengaja oleh pemilik polis asuransi untuk mendapatkan pembayaran klaim asuransi yang sebenarnya tidak akan dibayarkan, atau kebohongan atau misrepresentasi oleh manajer, staf, agen, dan perantara perusahaan asuransi untuk keuntungan finansial.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan didefinisikan bahwa Kecurangan (*fraud*) adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Menteri Kesehatan RI, 2019). Dalam Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan (OJK) Nomor 46 Tahun 2017 menyatakan bahwa *fraud* merupakan tindakan penyimpangan atau pembiaran yang sengaja dilakukan untuk mengelabui, menipu, atau memanipulasi, sehingga pihak lain menderita kerugian sementara pelaku *Fraud* memperoleh keuntungan keuangan baik secara langsung maupun tidak langsung.

Dari berbagai definisi yang telah dikemukakan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa *fraud* memiliki ciri atau karakteristik sebagai berikut:

1. Tindakan *fraud* merupakan tindakan penyimpangan yang dilakukan secara sengaja atau dibiarkan dengan sengaja yang dapat melanggar hukum.

2. Mengandung unsur penipuan, manipulasi, dan pengelabuan atau menyembunyian fakta.
3. Menyebabkan kerugian pihak lain atau ada korban yang dirugikan sedangkan pelaku mendapatkan keuntungan finansial.
4. Menyebabkan tuntutan criminal, pertanggungjawaban perdata, dan sanksi administratif.
5. Fraud dapat dilakukan oleh peserta (*pasien*), pemberi pelayanan kesehatan (*provider*), dan perusahaan asuransi (*payer*). Menurut Fraud Examination Thomson dalam Ginting (2007) Pihak-pihak yang melakukan fraud adalah peserta (*pasien*), pemberi pelayanan kesehatan (*provider*), perusahaan asuransi (*payer*) (Ginting, 2007).

Jenis-Jenis *Fraud*

Berbagai isu *fraud* pada pelayanan kesehatan, menurut Charles Piper (2017) terdapat dua puluh skema *fraud* dalam asuransi kesehatan diantaranya penipuan ambulans dan transportasi, mengklaim layanan yang tidak ditanggung asuransi sebagai layanan yang ditanggung asuransi, mengklaim layanan atau barang yang tidak disediakan, mengklaim layanan pengujian atau tes yang tidak diperlukan, mengklaim layanan ketika *provider* tutup atau libur, korupsi berupa sogokan, penyuapan, dan rujukan diri, tagihan ganda, penipuan peralatan medis yang tahan lama dan supplier, memalsukan laporan biaya, memalsukan tanggal layanan, memalsukan lokasi layanan, pelaporan diagnosis atau prosedur yang salah, penipuan laboratorium, menyalahgunakan nama pasien, menyalahgunakan nama penyedia, penipuan peresepan obat, tidak mengelompokkan layanan (*unbundling*), dan *upcoding*.

Jenis *fraud* dapat dikelompokkan berdasarkan subyek atau pelaku. Menurut *Fraud Examination Thomson* dalam Ginting (2007) Pihak-pihak yang melakukan *fraud* adalah peserta (*pasien*), pemberi pelayanan kesehatan (*provider*), perusahaan asuransi (*payer*). Vona (2008) mengemukakan bahwa pelaku *fraud* dapat dikategorikan menjadi empat kelompok yaitu:

1. *First-time offenders*

Tipe pelaku tanpa latar belakang kriminal. Pelaku memiliki tekanan dalam kehidupannya melewati batas kapasitas penghasilannya. Atau pelaku merasionalisasi perilakunya bahwa hal biasa jika melakukan penggelapan. Jika faktor tekanan dan rasionalisasi melampaui faktor takut untuk terdeteksi, maka seseorang akan mencari kelemahan pengendalian internal atau kesempatan untuk melakukan *fraud*.

2. *Repeat offenders*

Hasil statistik menunjukkan bahwa seseorang yang melakukan *fraud* internal memiliki kecenderungan tinggi untuk melakukan kecurangan lebih dari satu kali. Dalam hal ini, faktor kesempatan akan menjadi pemicu untuk melakukan kecurangan. Faktor tekanan dan rasionalisasi akan kurang dominan dibandingkan dengan tipe *firsttime offender*.

3. *Organized crime groups*

Kelompok *fraud* jenis ini termasuk kelompok profesional, bisa juga secara individu, yang biasanya melakukan *fraud* terlaksana karena adanya kesempatan, yaitu lemahnya dengan tipe khusus. Faktor utama bisa pengendalian internal, penyuaipan atau pemerasan oleh karyawan, atau melalui kolusi dengan pemasok atau pelanggan.

4. *Internally committed for the perceived benefit of the corporation*

Pelaku *fraud* biasanya pegawai yang percaya bahwa tindakan *fraud* yang dilakukan adalah untuk kebaikan perusahaan. Secara khusus, dominasi faktor tekanan dan rasionalisasi terhadap kesempatan kondisinya sama seperti *jenis first-time offender* maupun *repeat offender*.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019, Jenis Kecurangan (*Fraud*) berdasarkan pelaku sebagai berikut:

1. Jenis *Fraud* Pada Peserta

- a. Memalsukan data atau Identitas Peserta untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
- b. Meminjamkan/menyewakan/memperjualbelikan Identitas Peserta milik Peserta lain atau dirinya sendiri.
- c. Memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu (*unnecesary services*), misalnya meminta rujukan ke FKRTL bukan karena alasan medis, memaksa meminta tambahan pemeriksaan diagnostik, obat obatan di luar indikasi medis.
- d. Memberi atau menerima suap atau imbalan dalam rangka memperoleh pelayanan kesehatan, misalnya: memberikan suap/imbalan kepada pemberi pelayanan kesehatan dan Fasilitas Kesehatan, memberikan suap/imbalan kepada pegawai BPJS Kesehatan.
- e. Memperoleh obat atau alat kesehatan dengan cara yang tidak sesuai ketentuan untuk dijual kembali dengan maksud mendapatkan keuntungan.

2. Jenis *Fraud* Pada BPJS Kesehatan

- a. Melakukan kerjasama dengan Peserta untuk menerbitkan identitas Peserta yang tidak sesuai dengan ketentuan.
- b. Melakukan kerjasama dengan Peserta atau Fasilitas Kesehatan untuk mengajukan klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan.
- c. Menyetujui/membiarkan/memanipulasi manfaat yang tidak dijamin dalam Jaminan Kesehatan dengan maksud untuk mendapatkan keuntungan baik finansial maupun non finansial dari Peserta atau Fasilitas Kesehatan.
- d. Memberi atau menerima suap atau imbalan, atau memiliki benturan kepentingan yang mempengaruhi pengambilan keputusan sesuai dengan kewenangannya, misalnya:
 - 1) menolak dan/atau memperlambat penerimaan pengajuan klaim yang telah memenuhi syarat;
 - 2) memperlambat atau mempercepat proses verifikasi klaim dan/atau pembayaran klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - 3) menahan pembayaran tagihan ke Fasilitas Kesehatan yang telah diverifikasi dan telah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - 4) menghilangkan data klaim dan/atau dokumen pendukung klaim baik softcopy maupun hardcopy dari Fasilitas Kesehatan;
 - 5) bekerjasama atau meminta Fasilitas Kesehatan untuk mengubah kode diagnosis

atau dokumen pendukung lainnya yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

- 6) menerima atau menarik imbalan dari Peserta/calon Peserta; g. menunda proses pendaftaran kepesertaan yang telah memenuhi persyaratan;
- 7) membiarkan dan/atau tidak melaporkan adanya indikasi kecurangan yang diketahuinya kepada atasannya;
- 8) mengurangi manfaat yang seharusnya menjadi hak Peserta;
- 9) mengarahkan dan/atau bekerjasama dengan koder rumah sakit untuk merubah kodifikasi yang tidak sesuai dengan diagnosa yang ditulis oleh dokter.

- e. Menggunakan dana Jaminan Kesehatan untuk kepentingan pribadi.
- f. Menarik besaran iuran tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- g. Menerima titipan pembayaran iuran dari Peserta dan tidak disetorkan ke rekening BPJS Kesehatan.

3. Jenis *Fraud* Pada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK)

Fraud dalam Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan dapat dilakukan oleh dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, tenaga kesehatan lain, dan tenaga administrasi.

- a. Jenis *fraud* oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKTP yaitu:

- 1) Penyalahgunaan dana kapitasi dan/atau nonkapitasi FKTP milik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.
 - 2) Menarik biaya dari Peserta yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - 3) Memanipulasi klaim nonkapitasi, seperti: klaim palsu (*phantom billing*) atau klaim fiktif, merupakan klaim atas layanan yang tidak pernah diberikan, memperpanjang lama perawatan (*prolonged length of stay*), penjiplakan klaim dari pasien lain (*cloning*), tagihan atau klaim berulang (*repeat billing*) pada kasus yang sudah ditagihkan sebelumnya.
 - 4) Melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - 5) Memberi atau menerima suap atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.
 - 6) Memalsukan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan dan Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan.
- b. Jenis *fraud* oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKRTL
- 1) Memanipulasi diagnosis dan/atau tindakan, misalnya pasien seharusnya didiagnosis apendicitis akut, setelah operasi tanpa penyulit tetapi di *resume*/rekam medis ditulis apendicitis akut dengan perforasi.
 - 2) Penjiplakan klaim dari pasien lain (*cloning*), misalnya menyalin (*copy paste*) seluruh atau sebagian rekam medis dan/atau data pasien lain.

- 3) Klaim Palsu (*Phantom billing*), misalnya penagihan tindakan medik operatif yang tidak pernah dilakukan.
- 4) Penggelembungan tagihan obat dan/atau alat kesehatan (*Inflated bills*), misalnya pasien kemoterapi yang membutuhkan obat kemo sebanyak 2 (dua) vial diklaimkan menjadi 4 (empat) vial.
- 5) Pemecahan episode pelayanan sesuai dengan indikasi medis tetapi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 6) Pemecahan episode pelayanan yang tidak sesuai dengan indikasi medis (*services unbundling or fragmentation*) misalnya menagihkan beberapa prosedur secara terpisah yang seharusnya dapat ditagihkan bersama dalam bentuk paket pelayanan, untuk mendapatkan nilai klaim lebih besar pada satu episode perawatan pasien.
- 7) Rujukan semu (*self-referals*) misalnya melakukan rujukan tanpa persetujuan pasien atau keluarga pasien ke rumah sakit dimana dokter itu berdinias.
- 8) Tagihan atau klaim berulang (*repeat billing*) misalnya tagihan yang sudah pernah ditagihkan dan dibayarkan tetapi ditagihkan ulang.
- 9) Memperpanjang lama perawatan (*prolonged length of stay*) misalnya penggunaan ventilator yang diperpanjang waktunya tanpa indikasi medis.
- 10) Memanipulasi kelas perawatan (*manipulation of room charge*).

- 11) Menagihkan tindakan yang tidak dilakukan, misalnya pasien dengan indikasi rawat inap, tetapi pasien menolak dan pulang, sehingga pasien hanya ingin rawat jalan, namun diklaimkan sebagai rawat inap.
 - 12) Melakukan tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis
 - 13) Admisi yang berulang (readmisi), misalnya pasien rawat inap dipulangkan kemudian diminta masuk kembali dengan berbagai alasan.
 - 14) Menarik biaya dari Peserta tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
 - 15) Memberi atau menerima suap atau imbalan terkait dengan Jaminan Kesehatan.
 - 16) Memalsukan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan dan Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan.
4. Jenis *Fraud* pada Fasilitas Kesehatan lainnya (Apotek, Optik, Laboratorium, dan Jejaring lainnya)
- a. Jenis Fraud oleh Penyedia Obat
 - 1) Penyedia obat yang terdaftar pada katalog elektronik menolak pesanan obat tanpa alasan yang jelas.
 - 2) Penyedia obat memperlambat waktu pengiriman obat tanpa alasan yang jelas.
 - 3) Memberi atau menerima suap atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.

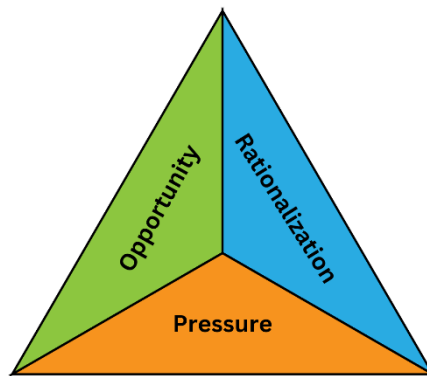
- b. Jenis *Fraud* oleh Penyedia Alat Kesehatan
 - 1) Penyedia alat kesehatan yang terdaftar pada katalog elektronik menolak pesanan alat kesehatan tanpa alasan yang jelas.
 - 2) Penyedia alat kesehatan memperlambat waktu pengiriman alat kesehatan tanpa alasan yang jelas.
 - 3) Penyedia menganjurkan kepada Fasilitas Kesehatan untuk membeli alat kesehatan yang tidak sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan atau tingkat keterampilan/keahlian tenaga kesehatan atau tenaga medis profesional yang akan menggunakan alat kesehatan tersebut dengan maksud untuk mendapatkan keuntungan finansial.
- 5. Jenis *Fraud* oleh Pemangku Kepentingan Lainnya
 - a. Memanipulasi data kepegawaian, misalnya memanipulasi data penghasilan yang diberikan kepada BPJS Kesehatan sehingga jumlah iuran yang dibayarkan tidak terlalu besar, tidak mendaftarkan pegawainya menjadi Peserta BPJS Kesehatan.
 - b. Jumlah dan upah pegawai tidak disampaikan secara riil.
 - c. Memberi atau menerima suap atau imbalan yang terkait dengan program Jaminan Kesehatan.

Faktor Penyebab Terjadinya *Fraud*

1. *Fraud Triangel Theory*

Penelitian tradisional tentang *fraud* pertama kali dilakukan oleh Donald R. Cressey pada tahun 1950.

Hasil dari penelitian tersebut memunculkan factor-faktor pemicu *fraud* yang saat ini dikenal dengan istilah “*Fraud Triangel*”. *Fraud triangle* terdiri atas tiga komponen yaitu *rationalization* (pembenaran), *pressure* (tekanan), dan *opportunity* (kesempatan). Konsep ini biasanya digunakan untuk mengidentifikasi dan menilai risiko terjadinya kecurangan.



Gambar 11.1 *Fraud Triangle* (Cressey, 1953)

Fraud Triangel tersebut menunjukkan factor-faktor seseorang melakukan tindakan *fraud*, diantaranya:

a. *Pressure* (Tekanan)

Tekanan dapat terjadi dalam kehidupan individu maupun organisasi. Kebutuhan individu secara personal dianggap lebih penting dari kebutuhan organisasi (Suprajadi, 2009). Cressey menyatakan bahwa pelaku *fraud* bermula dari tekanan yang mempengaruhi kehidupannya. Tekanan dapat berupa bermacam-macam termasuk gaya hidup, tuntutan ekonomi, dan sebagainya (Cressey, 1953). Menurut *Statement on Auiditing Standard* (SAS) No. 99 – *Consideration of Fraud in a Financial*

Statement Audit diterbitkan pada bulan Desember 2002, terdapat empat jenis kondisi yang umum terjadi pada tekanan yang dapat mengakibatkan kecurangan, yaitu *financial stability*, *external pressure*, *personal financial need*, dan *financial targets*.

- 1) *Financial stability* merupakan keadaan yang menggambarkan kondisi keuangan perusahaan dalam kondisi stabil.
- 2) *External pressure* merupakan tekanan yang berlebihan bagi manajemen untuk memenuhi persyaratan atau harapan dari pihak ketiga.
- 3) *Personal financial need* merupakan kondisi ketika keuangan perusahaan turut dipengaruhi oleh kondisi keuangan para eksekutif perusahaan.
- 4) *Financial targets* merupakan tekanan berlebihan pada manajemen untuk mencapai target keuangan yang dipatok oleh direksi atau manajemen. (Sadikin & Adisasmito, 2016)

b. *Opportunity* (Kesempatan)

Fraud dapat jika ada kesempatan dimana seseorang harus memiliki akses terhadap aset atau memiliki wewenang untuk mengatur prosedur pengendalian yang memperkenankan dilakukannya skema kecurangan. Jabatan, tanggung jawab, maupun otorisas memberikan peluang untuk terjadinya *fraud* (Suprajadi, 2009). Pelaku *fraud* memiliki persepsi bahwa ada peluang baginya untuk melakukan kejahatan tanpa diketahui orang lain. Menurut Cressey, ada

dua komponen dari persepsi tentang peluang (*opportunity*):

- 1) *General information* merupakan pengetahuan bahwa kedudukan mengandung kepercayaan (*trust*), dapat dilanggar tanpa konsekuensi.
- 2) *Technical skill* merupakan keahlian atau keterampilan teknis yang dibutuhkan untuk melaksanakan *fraud*.

c. Rationalization (Pembenaran)

Rationalization atau pembenaran merupakan konflik internal dalam diri pelaku sebagai upaya untuk membenarkan tindakan *fraud* yang dilakukannya. Terdapat dua aspek pembenaran yang dilakukan oleh pelaku *fraud*, diantaranya:

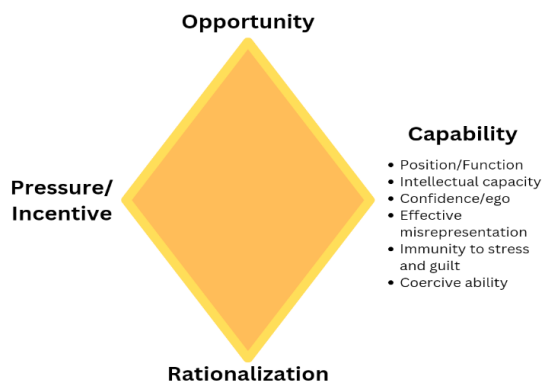
- 1) Pelaku merasa bahwa kemungkinan untuk mendapatkan keuntungan dari tindakan *fraud* lebih besar dari kemungkinan terdeteksinya *fraud*.
- 2) Pelaku memiliki alasan pembenaran atas tindakannya, misalnya gaji yang rendah dibandingkan dengan beban kerja dan masa kerjanya, sehingga pelaku merasa seharusnya mendapatkan lebih dari apa yang telah didapatkan saat ini.

Pembenaran (*rationalization*) merupakan tindakan pembenaran yang disampaikan untuk melawan hati Nurani si pelaku *fraud* (Arifin, 2020). Pembetulan dilakukan melalui keputusan yang dibuat secara sadar dimana pelaku *fraud* menempatkan kepentingannya di atas kepentingan orang lain.

Pada umumnya, *fraud triangle* ini dikaitkan dengan pihak internal dan eksternal. Pihak internal merupakan orang dalam perusahaan atau institusi yang melakukan *fraud* dengan memanfaatkan kekayaan Perusahaan untuk kepentingan diri sendiri atau kelompoknya. Sedangkan factor eksternal merupakan pihak vendor atau *supplier* yang menyediakan layanan dan jasa untuk mendukung kegiatan operasional Perusahaan.

2. *Fraud Diamond Theory*

Fraud diamond merupakan sebuah pandangan baru tentang *fraud* yang dikemukakan oleh Wolfe dan Hermanson (2004). Dalam teori *Fraud Diamond* ditambahkan satu elemen yang diyakini memiliki pengaruh signifikan terhadap *fraud* yaitu *capability*. Wolfe dan Hermanson (2004) berpendapat bahwa meskipun persepsi tekanan (*pressure*) mungkin terjadi bersamaan dengan kesempatan (*opportunity*) dan pembenaran (*rationalization*), *fraud* tidak mungkin terjadi kalau tidak ada elemen keempat yaitu *capability*. Pelaku potensial harus memiliki keterampilan dan kemampuan untuk melakukan *fraud*.



a. Tekanan atau insentif (*Pressure/Incentive*)

Seperti yang telah dijelaskan pada bagian sebelumnya. Insentif atau tekanan merupakan sesuatu yang mendorong seseorang untuk melakukan *fraud*, dapat disebabkan bermacam-macam termasuk gaya hidup, tuntutan ekonomi, dan ketidakpuasan kerja.

b. Kesempatan (*Opportunity*)

Sama halnya yang telah dijelaskan pada bagian sebelumnya bahwa kesempatan merupakan peluang yang menyebabkan pelaku untuk melakukan kejahatan tanpa diketahui orang lain yang dikarenakan pengendalian internal yang lemah, ketidakdisiplinan, kelemahan dalam sistem informasi, tidak adanya mekanisme audit (Arifin, 2020).

c. Pembeneran (*Rationalization*)

Rasionalisasi merupakan tindakan pembeneran oleh pelaku karena kurangnya integritas dan penalaran moral seseorang. Orang yang cenderung melakukan *fraud* terdorong pada nilai-nilai etika serta sikap pribadi masing-masing individu (Abdullah & Mansor, 2015).

d. Kemampuan (*Capability*)

Capability merupakan sifat atau keterampilan dan kemampuan seseorang yang berperan penting dalam melakukan tindakan *fraud*. Disinilah pelaku *fraud* mengenali peluang (*opportunity*) dan kemampuan untuk mengubahnya melakukan tindak kecurangan. Unsur-unsur yang dapat menunjang kemampuan (*capability*) untuk melakukan *fraud* yaitu:

- a) Posisi atau fungsi seseorang dalam organisasi.
- b) Kecerdasan (*intellectual capacity*).
- c) Tingkat kepercayaan diri (*confidence/ego*).
- d) Misrepresentasi yang efektif (*effective misrepresentation*).
- e) Kekebalan terhadap stress dan kesalahan (*immunity to stress and guilt*).
- f) Kemampuan pemaksaan (*coercive ability*).

Dalam *Fraud Diamond* sifat dan kemampuan individu memainkan peran utama dalam terjadinya tindakan *fraud*. Inti teori ini adalah bahwa alasan seseorang melakukan fraud karena adanya peluang, tekanan, dan rasionalitas yang mana ketiga alasan tersebut dapat terjadi jika seseorang memiliki kemampuan (*capability*).

Daftar Pustaka

- Abdullah, R., & Mansor, N. (2015). Fraud Triangle Theory and Fraud Diamond Theory. Understanding the Convergent and Divergent For Future Research. *International Journal of Academic Research in Accounting, Finance and Management Science*, 3(3), 38–45. <https://doi.org/DOI: 10.6007/IJARAFMS/v5-3/1823>
- Annisa, R., Winda, S., Dwisaputro, E., & Isnaini, K. N. (2020). Mengatasi Defisit Dana Jaminan Sosial Kesehatan Melalui Perbaikan Tata Kelola. *Integritas: Jurnal Antikorupsi*, 6(2), 209–224. <https://doi.org/10.32697/integritas.v6i2.664>
- Arifin, J. (2020). *Fraud, Mendeteksi dan Mengatasinya (Pendekatan Akuntansi Forensik Audit Investigatif)*.
- Bologna, G. J., Lindquist, R. J., & Wells, J. T. (1995). *The Accountants Handbook of Fraud and Commercial Crime*. New York John Wiley & Sons, Inc.
- Cressey, D. R. (1953). *Other People's Money*. NJ: Patterson Smith.
- Djasri, H., Rahma, P. A., & Hasri, E. T. (2016). Korupsi Dalam Pelayanan Kesehatan Di Era Jaminan Kesehatan Nasional: Kajian Besarnya Potensi Dan Sistem Pengendalian Fraud [Corruption in Health Services in the Era of National Health Insurance: A Study of the Potential and Fraud Control System]. *Integritas*, 2(1), 113–133. <https://acch.kpk.go.id/id/component/content/article?id=672:korupsi-dalam-pelayanan-kesehatan-di-era-jaminan-kesehatan-nasional-kajian-besarnya-potensi-dan-sistem-pengendalian-fraud>
- Ginting, R. C. (2007). *Kecurangan (Fraud) Dalam Jaminan Asuransi Kesehatan*.
- Green, M. A., & Rowell, J. C. (2011). *Understanding Health Insurance: A Guide to Billing and Reimbursement* (10th ed.).

- ICW. (2018). *Peta Potensi Korupsi Dana Kapitasi Program JKN*.
- Menteri Kesehatan RI. (2019). *Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan*. 20.
- Piper, C. E. (2017). Healthcare Fraud Investigation Guidebook. *Healthcare Fraud Investigation Guidebook*. <https://doi.org/10.1201/b19668>
- Sadikin, H., & Adisasmito, W. (2016). Analysis of the Influence of Fraud Triangle Dimensions in Fraud Prevention Policies on the National Health Insurance Program at Cipto Mangunkusumo National Hospital. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(2), 28–34.
- Suprajadi, L. (2009). Teori Kecurangan, Fraud Awareness, Dan Metodologi Untuk Mendeteksi Kecurangan Pelaporan Keuangan. *Bina Ekonomi Majalah Ilmiah*, 13(2), 52–58. <http://dinamikahukum.fh.unsoed.ac.id/index.php/JDH/article/viewFile/264/256>
- Vona, L. W. (2008). *Fraud Risk Assessment: Building A Fraud Medium-sized Entities* (IFAC. Audi). John Wiley and Sons, Inc.
- Wolfe, D. T., & Hermanson, D. R. (2004). The Fraud Diamond: Considering the Four Elements of Fraud. *CPA Journal*, 74(12), 38–42.

Profil Penulis



Arini Fitri, S.K.M., M.K.M

Penulis lahir pada tanggal 07 Juli 1994 di Jeneponto, Sulawesi Selatan. Telah menyelesaikan studi S1 Peminatan Manajemen Rumah Sakit, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 2016. Penulis kemudian melanjutkan studi S2 Peminatan Manajemen Pelayanan Kesehatan Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia Depok pada tahun 2019. Saat ini penulis aktif sebagai Staf Konsultan Manajemen Rumah Sakit di Departemen Manajemen Rumah Sakit FKM Unhas. Penulis memiliki ketertarikan dalam bidang manajemen rumah sakit dan pelayanan kesehatan. Dan untuk menunjang hal tersebut, penulis aktif melakukan Penelitian dan Pengabdian Masyarakat di berbagai daerah di Sulawesi dan Kalimantan. Beberapa penelitian dilakukan di rumah sakit seperti penelitian kepuasan karyawan dan budaya keselamatan pasien. Selain itu, terlibat dalam penyusunan dokumen studi kelayakan rumah sakit, penyusunan standar pelayanan minimal rumah sakit, dan pendampingan penyusunan dokumen operasional rumah sakit.

Email Penulis: arinifitri07@gmail.com

KODE ETIK PROFESI DALAM PENERAPAN PENGAJUAN KLAIM

Firman Syarifuddin, S.KM., MPH
Universitas Ahmad Dahlan

Teori dan Konsep Etika

Dalam kehidupan normal, kita telah mempraktekkan hal-hal mendasar tentang mana sesuatu yang baik dan buruk, mana yang benar dan mana yang salah, dan mana yang disebut etis dan tidak etis. Karena sejak kecil kita belajar mengenali dan membedakan mana perbuatan baik dan perbuatan jahat, hingga kemudian kita tumbuh dan berkembang menjadi pribadi yang mampu membuat keputusan terkait etika, bagaimana menerapkan tindakan yang benar, dan termasuk bagaimana cara kita memperlakukan orang lain dengan baik dan sopan. Misalnya, menghormati dan bersikap santun pada orang tua, bersikap jujur dan adil kepada teman, serta menghargai perbedaan pendapat diantara rekan kerja seprofesi.

Dengan mengingat hal ini, sangat tepat untuk mendefinisikan dan mempelajari seperti apa etika dan penerapannya dalam profesi kesehatan yang terkait dengan klaim pembiayaan maupun asuransi kesehatan sebagai pokok bahasan pada bab 12. Secara etimologi kata “etika” berasal dari bahasa Yunani yang terdiri dari dua kata yaitu *Ethos* dan *ethikos*. *Ethos* berarti sifat,

watak kebiasaan, tempat yang biasa. *Ethikos* berarti susila, keadaban, kelakuan dan perbuatan yang baik. Sementara dalam bahasa Arab, kata etika dikenal dengan istilah *akhlak*, artinya budi pekerti, dan adapun dalam versi bahasa Indonesia disebut tata susila (Bakry, 1978)

Menurut pandangan ahli, etika memiliki beberapa pengertian sebagai berikut (Agustina, 2020):

1. Etika adalah nilai-nilai dan norma-norma moral yang menjadi pegangan seseorang atau kelompok dalam mengatur perilaku (K. Bertens)
2. Etika merupakan studi tentang prinsip-prinsip moralitas (W.J.S. Poerwadarminto)
3. Etika adalah ilmu yang menyelidiki yang baik dan buruk untuk mengamati sejauh mana tindakan manusia dapat diketahui oleh pikiran (H. A. Mustafa)
4. Etika adalah pengetahuan tentang perilaku yang benar dalam profesi (Ramali dan Pamuncak).

Etika dalam pengertian filosofi adalah studi tentang perbuatan yang dinilai sebagai perilaku baik yang baik, benar, bermoral, dan bertindak etis atau sebaliknya tidak bermoral atau tidak etis (Singer, 1994). Dengan demikian, etika berkaitan erat dengan standar moralitas, yakni penilaian dan pemahaman akan nilai-nilai yang dianggap baik dan jahat, ajaran kebajikan dan keburukan, dalam menjalani kehidupan yang diwariskan dari generasi ke generasi, dan apabila terjadi pelanggaran maka sanksinya bersifat moral (Suryadi, dkk, 2021). Sebagai contoh kita bisa belajar dari kisah malin kundang, termasuk kasus serupa di era modern sekarang ini, dimana banyak kasus anak melaporkan dan memenjarkan orang tua karena persoalan harta. Dari kasus ini sangat jelas, bahwa apa dilakukan anak tersebut terhadap orang tua sendiri dapat dikategorikan tidak bermoral dan tidak beretika.

Dalam filsafat Yunani, Etika dipandang sebagai filsafat tingkah laku manusia yang mencari pedoman tentang tata cara bertindak atau berbuat secara sadar dan sesuai etis. Etika yang lahir dari kesadaran diri yang memercayai bahwa setiap orang wajib berbuat baik dan juga menghindari perbuatan tercela atau curang (Sadi Is, 2017). Sehingga, etika dapat berperan dan bermanfaat langsung pada tatanan kehidupan individu dan masyarakat, diantaranya: 1) Dapat menentukan apa yang harus menjadi kewajiban dalam menghadapi situasi, 2) Dapat menghadapi dan menyelesaikan masalah-masalah moralitas atau isu sosial yang membingungkan suatu masyarakat modern dengan pemikiran yang sistematis dan kritis, 3) Dapat memantapkan keimanan terhadap agama dan kepercayaan yang dianut, 4) Dapat membedakan mana yang boleh dan tidak boleh diubah sesuai pertimbangan norma, hukum yang terkait.

Dengan kata lain, etika dapat dimengerti sebagai refleksi kritis tentang bagaimana manusia harus hidup dan bertindak dalam situasi konkret baik sebagai individu maupun sebagai masyarakat. Seperti pertanyaan, apa pentingnya etika? dan mengapa pandangan orang tentang etika cukup beragam? Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat beberapa teori yang terkait:

1. Teori Egoisme

Teori ini diperkenalkan oleh filsuf Henry Sidgwick dalam bukunya *The methods of Ethics* (1874). Teori ini berpandangan bahwa etika egoisme menggambarkan suatu perilaku seseorang harus mengejar kepentingannya sendiri, dan tidak ada kewajiban untuk membantu orang lain. Etika egoisme memiliki dua versi yakni egoisme individu dan umum. Egoisme individu menjelaskan bahwa orang harus mempertimbangkan kepentingannya sendiri, Walaupun harus peduli dan membantu orang lain,

maka harus memberikan kontribusi terhadap dirinya. Sedangkan, Egoisme universal menekankan bahwa setiap orang harus memperhatikan kepentingan masing-masing, tanpa mengharuskan orang lain untuk memperdulikan kepentingan tersebut (Jones et al., 2007 dalam Suryadi, dkk 2021).

Secara umum, orang yang menganut paham egoisme akan selalu mendahulukan kepentingannya sendiri. Misalnya, Jika di suatu bencana gempa di Rumah Sakit, seseorang yang berpaham egois akan menyelamatkan diri sendiri, dan mereka akan membantu orang lain jika memperoleh manfaat langsung bagi dirinya. Pada kasus ini, aksi tindakan orang egois tersebut tidak dapat dikatakan melanggar etika atau tidak bermoral karena tindakan tersebut tidak merugikan orang/pihak lain. Akan tetapi, dari sisi kemanusiaan akan dicap sebagai individualis, tidak peka terhadap penderitaan orang lain.

2. Teori Utilitarianisme

Ide utilitarian dilahirkan oleh Jeremy Bentham dan John Stuart Mill pada abad 18 dan 19. Paham utilitarian ini lahir dari falsafah etika yang menjelaskan bahwa tindakan dikatakan baik atau beretika jika menimbulkan dampak / efek kebahagiaan, berfaedah, dan menguntungkan bagi orang lain (Loren, 2000). Jadi, teori ini memandang dari sisi perspektif efek yang ditimbulkan karena menekankan gagasan bahwa konsekuensi etis dapat berupa baik atau benar, buruk atau salah. Sehingga, orang harus memilih opsi yang “memaksimalkan utilitas/manfaat” ketika membuat suatu keputusan, kebijakan, dan tindakan yang diambil telah memberi dampak kebaikan bagi banyak orang (Pasolong, 2021).

Teori ini terkesan sederhana karena tujuannya untuk memberikan manfaat kepada masyarakat atau untuk kepentingan mayoritas. Akan tetapi, dalam Praktiknya sangat sulit diterapkan karena orang baru dapat memahami prinsip tersebut jika dapat memaknai baik dan buruk secara akurat. Contoh Kebijakan pembangunan jalan tol, sekalipun memberikan manfaat kepada pengguna jalan, tapi para pemilik lahan, sawah, rumah warga, usaha makan yang digusur telah mengalami kerugian dan kehilangan penghidupan sekalipun telah mendapatkan ganti rugi yang sesuai. Sederhananya, jika dikalkulasi lebih banyak yang memperoleh manfaat dari kebijakan tol tersebut dibandingkan dengan pihak yang mengalami kerugian. Artinya, utilitarian menunjukkan konsep bahwa ‘tujuan yang membenarkan cara’. Sehingga, kecenderungan keputusan ini terkesan jelas secara moral atau tidak abu-abu.

3. Teori Altruisme

Teori ini berasal dari bahasa Italia yakni *altruismo*, berbuat baik atau peduli pada orang lain. Paham ini diperkenalkan oleh filsuf Auguste Comte, yang memusatkan perhatian pada motivasi untuk berbuat baik dan meningkatkan kesejahteraan pada orang lain, tanpa mengharap imbalan. Perilaku ini merupakan ajaran kebajikan yang diterapkan dalam banyak budaya dan dianggap penting oleh beberapa agama (Pasolong, 2021; Suryadi, dkk, 2021).

Gagasan Altruisme akan terjadi dengan adanya empati dalam diri, dimana individu merasa mereka bertanggung jawab, bersifat sosial, selalu menyesuaikan diri, toleran, dapat mengontrol diri, dan termotivasi membuat kesan yang baik. Seorang altruis memiliki keegoisan yang rendah. Dia

mementingkan kepentingan lain terlebih dahulu dibandingkan kepentingan dirinya.

Dalam hubungannya dengan dunia organisasi dan bisnis, altruis tidak sama dengan perasaan loyalitas dan kewajiban. Sebagai contoh, Perbuatan pemadam kebakaran tidak dapat dikatakan altruis karena menolong korban kebakaran sudah menjadi bagian tugas dan kewajiban, dan tidak ada tujuan untuk berkorban bagi orang lain. Contoh altruis seperti pengabdian Mother Teresa yang memberikan pelayanan kepada orang miskin, sakit, yatim piatu tanpa meminta imbalan.

Jadi, etika dalam pandangan filosofis dinyatakan sebagai prinsip moral yang mengatur perilaku seseorang dalam menjalankan suatu aktivitas. Ruang lingkup penerapan prinsip-prinsip dasar moral ini mencakup etika individu (etika manusia terhadap dirinya sendiri) dan etika sosial (etika manusia terhadap orang lain) seperti etika keluarga, etika politik, etika lingkungan, etika bisnis dan etika profesi (Sadi Is, 2017).

Kode Etik Profesi Kesehatan

Kata “profesi” berasal dari bahasa Inggris “profession” bahasa Latin *professus*, Kedua artinya sama yakni pekerjaan yang dijalankan berdasarkan keahlian tertentu. Dengan demikian, Profesi adalah pekerjaan yang memerlukan pengetahuan dan keterampilan khusus, dan setiap profesi pasti berupa pekerjaan. Akan tetapi, perlu diingat bahwa belum tentu setiap pekerjaan dapat disebut sebagai profesi karena tipe dan karakteristik pekerjaan tersebut tidak memerlukan keterampilan seorang profesional untuk mengerjakan atau menyelesaikannya seperti tenaga administrasi, content creator, dan sejenisnya.

Menurut Agustina ciri-ciri profesi yakni a) Terdapat keahlian atau pengetahuan khusus sesuai bidang pekerjaan, b) Terdapat kaidah dan standar moral yang tinggi bagi para profesional, c) Seorang profesional harus memiliki izin khusus agar menjelaskan pekerjaan sesuai profesinya, d) Seorang profesional merupakan anggota suatu organisasi profesi di bidang tertentu. Beberapa contoh profesi mencakup dosen, akuntan, pengacara, insyisur, dokter, perawat, sanitarian, kesling, dan lainnya. Peter Jarvis (1983) menyatakan profesi sebagai suatu pekerjaan yang sesuai dengan studi intelektual atau pelatihan khusus, dimana tujuannya untuk menyediakan pelayanan keterampilan bagi orang lain dengan upah tertentu (Agustina, 2020). Profesi dapat juga disebut sebagai kelompok lapangan kerja yang khusus melaksanakan keterampilan dan keahlian khusus untuk memenuhi kebutuhan rumit masyarakat.

Dari pengertian di atas, kita mungkin termasuk seorang profesional bidang kesehatan jika memiliki karakteristik pokok seperti ini: a) Banyak menghabiskan waktu untuk melihat kemampuan diri sendiri, hasil pekerjaan sendiri, dan menjelaskan tentang pekerjaan kepada orang lain, b) Aktif mencari tahu dan terlibat dalam mempromosikan pentingnya kendali mutu dan biaya kesehatan, c) Memiliki rasa khawatir terkait masalah kesehatan, masalah fraud, kecurangan, pemborosan biaya dalam pelayanan kesehatan. Profesional yang dimaksud adalah mereka yang berpedoman, berpegang teguh pada nilai-nilai yang melekat pada profesinya.

Ketika kita berupaya menerapkan standar nilai-nilai moral dalam profesi pekerjaan berarti kita sedang mempraktekkan yang disebut etika profesi. Menurut Keiser, pentingnya etika seorang profesional dalam menjalankan fungsi dan perasan profesi dengan baik dan tanggung jawab khususnya memberikan pelayanan

sebagai kewajiban profesi terhadap kebutuhan masyarakat. Bernard Barber (1985) Etika profesi mencakup prinsip perilaku untuk orang-orang profesional yang dirancang baik untuk tujuan praktis dan ideal. Beberapa hal pokok yang melekat dalam etika profesi yakni: a) Memperdalam keilmuan dan keterampilan, b) Mengutamakan kepentingan masyarakat dibanding kepentingan pribadi, dan c) Mendorong kehidupan masyarakat yang adil, bermartabat, dan berkemajuan (Sahaka, 2019).

Sementara etika profesi yang diatur dan ditentukan sendiri oleh organisasi profesi atau disebut kode etik. Menurut Sadi Is, kode etik profesi merupakan himpunan norma atau pedoman yang ditulis jelas dan tegas serta terperinci tentang apa yang baik dan tidak baik, yang benar dan apa yang salah, dan perbuatan apa yang harus dilakukan dan tidak boleh dilakukan oleh seorang profesional. Singkatnya, kode etik profesi merupakan produk etika terapan karena dihasilkan dari implementasi pikiran etis atas suatu profesi yang sudah dianggap benar, mapan dan efektif (Sadi Is, 2017; Agustina, 2020).

Kode etik profesi hanya berlaku efektif apabila dijiwai oleh cita-cita dan nilai-nilai yang hidup dalam organisasi itu sendiri. Kode etik profesi menjadi tolak ukur perbuatan anggota kelompok profesi, termasuk menjadi aturan baku untuk mencegah perbuatan tidak etis dalam aktivitas profesi di masyarakat dan tempat kerja. Menurut Biggs dan Blocher (1986; 10 dalam Agustina (2020) mengemukakan tiga fungsi kode etik profesi yaitu:

1. Memberikan pedoman bagian setiap anggota profesi tentang prinsip profesionalitas yang ditentukan organisasi seperti standar etika yang mencakup hak dan kewajiban, mana yang boleh dilakukan dan tidak boleh dilakukan oleh anggota profesi, kepada klien, lembaga, dan masyarakat.

2. Berfungsi sarana kontrol sosial bagi masyarakat atas profesi yang bersangkutan. Dimana, dengan kemandirian profesi yang dimiliki menjadikan sebuah profesi menjadi lebih terarah, disiplin, dan tertib terhadap aturan profesi.
3. Mencegah campur tangan pihak diluar organisasi profesi tentang hubungan etika dalam keanggotaan profesi.
4. Mengurangi dan menghindari kesalahpahaman dan konflik dengan pihak luar dan klien.

Kode etik profesi yang baik adalah yang mencerminkan nilai moral anggota kelompok profesi sendiri dan pihak yang membutuhkan pelayanan profesi yang bersangkutan. Anggota akan dapat menjadi lebih baik menilai kinerja dirinya sendiri. Ini menunjukkan bahwa kode etik dapat sekaligus dijadikan bahan intropeksi diri bagi kalangan anggota profesi, setidaknya sebelum dinilai oleh pihak lain atas kinerja moral profesionalnya. Profesi dapat membuat anggotanya dan juga publik sadar sepenuhnya atas kebijakan-kebijakan etisnya. Michael D. Bayles (1981) menjelaskan bahwa kode etik profesi secara eksplisit mencakup 1) Kewajiban adalah norma-norma yang berisi apa yang benar dan apa yang salah untuk dilakukan, dan Kewajiban yang menentukan perbuatan yang tidak boleh menyimpang, dan 2) Izin yaitu pemberian izin atau permissi untuk tidak melakukan sesuatu yang bertentangan dengan kewajiban profesi. Misalnya, seorang profesional diizinkan untuk menolak permintaan klien yang mengusulkan perbuatan amoral atau bertentangan dengan norma-norma profesi

Kode etik merupakan pedoman etika yang paling populer di kebanyakan organisasi kesehatan. Schwatz (2001) dalam Ludigodo (2005) mengemukakan bahwa kode etik

organisasi (perusahaan) disusun dengan memperhatikan standar moral universal (Sadi Is, 2017) meliputi:

1. *Trustworthiness* (meliputi *honesty, integrity, reliability, dan loyalty*)
2. *Respect* (meliputi perhatian atas perlindungan hak asasi manusia)
3. *Responsibility* (meliputi juga *accountability*)
4. *Fairness* (meliputi penghindaran dari sifat tidak memihak dan mempromosikan persamaan);
5. *Caring* (meliputi penghindaran atas tindakan-tindakan yang merugikan dan tidak perlu); dan
6. *Citizenship* (meliputi penghormatan atas hukum dan perlindungan lingkungan).

Bentuk pertanggungjawaban moral profesi dilakukan selain kepada hati nurani dan moralitas dirinya, juga dilakukan terhadap klien dan masyarakat luas. Dengan demikian, dapat dimaknai bahwa seorang profesi harus mematuhi kode etik profesi dan menerapkan sanksi-sanksi yang melanggar kode etik. Alternatif lain yang dapat ditempuh untuk menegakkan kedisiplinan dan kepatuhan terhadap kode etik profesi yakni 1) Legalisasi kode etik profesi, yang mengatur tentang keabsahan aturan melalui legalisasi pihak hukum 2) Klausula penundukan pada Undang-Undang, dimana dalam rumusan kode etik harus mencantumkan pelanggaran kode etik yang dapat dikenai sanksi sesuai ketentuan perundangan yang berlaku. Disamping itu, juga memaksimalkan pengawasan internal terhadap anggota profesi baik secara internal maupun dengan cara melibatkan pihak masyarakat secara langsung. Karena tanpa pengawasan, kode etik profesi tidak bermanfaat.

Isu Etik Pengajuan Klaim Pembiayaan

Sebagaimana kita ketahui bahwa Model pembiayaan kesehatan di Indonesia saat ini menggunakan sistem jaminan sosial kesehatan (SJSN), dimana prosedur pembiayaan kesehatan dilaksanakan oleh pihak lembaga/badan asuransi sendiri yakni BPJS kesehatan. Sebab itu, ruang lingkup pembahasan terkait klaim pembiayaan kesehatan pada bab 12 difokuskan pada sektor ini.

Secara garis besar, proses pengelolaan klaim pembiayaan kesehatan yang melibatkan banyak pihak yang berkepentingan seperti tertanggung, pemberi kerja (majikan), serikat pekerja, asosiasi, kadang-kadang agen atau broker, *provider* (dokter, rumah sakit, dokter gigi, apotik, perawat, dll). Semuanya pihak diatas memiliki kepentingan terhadap hasil administrasi klaim yang dapat mempengaruhi opini mereka tentang sebuah perusahaan atau lembaga asuransi (Nadjib, dkk, 2005). Secara singkat dapat dilihat pada uraian berikut:

Para Pihak	Perhatian pada pihak terkait
Tertanggung/klien	Berkewajiban untuk segera memberitahukan perusahaan tempatnya bekerja atau pihak asuransi tentang adanya klaim, mengumpulkan bukti-bukti yang perlu dan membantu atau bekerjasama dalam hal diperlukan investigasi.
Pemegang Polis	Khususnya dalam asuransi, pemegang polis seringkali dilibatkan dalam administrasi klaim, misalnya menyampaikan pemberitahuan kepada pihak asuransi, melengkapi bukti-bukti yang diperlukan dan membantu menyediakan data yang diperlukan.
Perusahaan asuransi	a) Mengembangkan filosofi dari prinsip-prinsip klaim yang wajar dan adil

	<ul style="list-style-type: none"> b) Membuat prosedur penyelesaian klaim yang efisien c) Melengkapi prosedur penyelesaian klaim yang efisien d) Melengkapi petunjuk pengajuan klaim yang jelas bagi pemegang polis e) Melakukan kontrol untuk menjaga agar filosofi dan prinsip-prinsip perusahaan dapat berjalan.
<i>Provider</i> yang memberikan pelayanan (faskes)	Memastikan kebenaran informasi terhadap tindakan medis yang diberikan kepada user/pasien dirawat seperti kesesuaian biaya tindakan, resep obat dengan hasil penegakan diagnosa.

Upaya untuk menjamin dan memastikan akuntabilitas proses klaim terhadap perusahaan asuransi atau pembayar. Beberapa prinsip etika atau nilai moral yang harus diperhatikan oleh profesi terkait dalam pengelolaan klaim biaya kesehatan antara lain (Ilyas, 2005):

1. Pengaju klaim berhak mendapat perlakuan yang adil dan informasi yang jelas tentang klaimnya. Sebab itu, tanggung jawab *provider* pelayanan kesehatan khususnya profesi terkait untuk edukasi pasien/user secara baik dan benar.
2. Pengaju klaim berhak untuk memperoleh investigasi yang segera dan hasilnya, dan mendapat penyelesaian begitu hasil investigasi selesai.
3. Pengaju klaim harus diperlakukan sesuai dengan/ tidak keluar dari klausul yang dinyatakan dalam polis.

Secara spesifik, untuk mengetahui isu etik profesi yang relevan dengan persoalan klaim pembiayaan kesehatan, kita perlu memetakan secara sederhana jenis profesi mana yang terlibat dan isu etik relevan seperti berikut ini (Ilyas, 2005; Yusuf, 2022).

Para Pihak	Isu Etik Profesi Relevan
Dokter	<ul style="list-style-type: none"> a) Ketidaksesuaian atau pemalsuan diagnosa b) Ketidaklengkapan pencatatan medis pasien, c) Membedakan atau mendahulukan pasien VIP dibanding lainnya d) Tenaga medik tidak qualified dalam memberikan layanan standar e) Cenderung overclaim untuk biaya tarif rawat inap
Akuntan/Keuangan	<ul style="list-style-type: none"> a) Penagihan jasa yang tidak sesuai b) Penentuan tarif tidak akuntabel
Rekam Medis	<ul style="list-style-type: none"> a) Catatan medis tidak lengkap b) Ketepatan dan kelengkapan data klaim pasien JKN c) Aplikasi tidak aman dan rawan diakses pihak lain
Apoteker	<ul style="list-style-type: none"> a) Ketidakpatuhan peresepan, b) Jenis obat tidak sesuai (merk, dosis, dan jenis)
Perusahaan asuransi	<ul style="list-style-type: none"> a) Tidak melindungi informasi data medis pasien secara aman b) Verifikasi peserta klaim tidak akurat c) Mengulur dan menunda waktu klaim secara sengaja

Kode Etik: Kebijakan Pengajuan Klaim

Bentuk implementasi etika dan moral dapat dilihat dalam rumusan kode etik yang dimiliki oleh organisasi profesi seperti kode etik profesi kedokteran, akuntan, ahli hukum. Sayangnya untuk di level Indonesia, untuk kode etik terkait administrasi pengajuan klaim pembiayaan belum banyak organisasi profesi yang relevan dan membahas lebih rinci. Pasolong (2020) ada anggapan bahwa nilai-nilai agama dan Pancasila sudah cukup untuk melaksanakan pekerjaan dan tingkah laku masyarakat dan di tempat kerja. Hal ini tidak keliru, tapi masalahnya bagaimana mengimplementasikan nilai-nilai tersebut pada profesi masing-masing. Seyogyanya, kehadiran kode etik tidak hanya dilihat sebagai dokumen, tapi mengukur implementasinya melalui kegiatan monitoring, evaluasi, dan perbaikan.

Sejauh ini, Kode etik tentang prosedur pengajuan klaim pembiayaan kesehatan baru diatur oleh peraturan Direktur BPJS Nomor 08 Tahun 2021 tentang Pedoman Etik Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Kode Etik BPJS Kesehatan bertujuan untuk membentuk, mengatur dan mengarahkan keselarasan tingkah laku yang sesuai dengan prinsip moral, nilai dan budaya BPJS Kesehatan dalam mewujudkan pengelolaan organisasi secara transparan, jujur, profesional, efektif, dan efisien. Gambaran kebijakan terkait kode etik organisasi BPJS mencakup: 1) Etika kerja, 2) Perilaku anti korupsi, suap, dan gratifikasi, 3) Pengelolaan Benturan Kepentingan, 4) Aktivitas politik dan organisasi profesi, 5) Pengelolaan dan pendayagunaan aset, 6) Pengamanan data dan Informasi, 7) Hubungan kerja, 8) Kepatuhan terhadap ketentuan perundang-undangan yang berlaku. (BPJS, 2020). Jadi, secara umum belum mengatur batasan dan ketentuan norma atau etik klaim pembiayaan, dan masih terpisah dengan kode etik profesi lain yang terkait seperti kode etik kedokteran, akuntan, apoteker, dan tenaga kesehatan lainnya.

Sebagaimana penjelasan pada bab sebelumnya, Klaim adalah tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak (memiliki atau mempunyai) atas sesuatu. Dalam asuransi kesehatan, fungsi klaim dipahami sebagai alat untuk memperoleh dan menuntut hak perlindungan finansial pada saat peserta mengalami kerugian, tentunya dengan memenuhi proses administrasi klaim yang telah diatur dalam kontrak (Ilyas, 2005).

Klaim didalam asuransi merupakan proses dimana peserta memperoleh hak-hak nya sesuai dalam perjanjian polis. Prosedur dan syarat yang tertera didalam polis tidak ada unsur yang mempersulit peserta. Pengajuan klaim asuransi kesehatan dilaksanakan sesuai dengan akad dan

perjanjian yang sudah disepakati dari awal (Mahfud, 2021). Diketahui bahwa berkas yang diperlukan untuk pengajuan klaim BPJS kesehatan meliputi verifikasi administrasi, verifikasi administrasi kepesertaan dan verifikasi administrasi pelayanan (pitaloka, dkk, 2021). Dengan demikian, administrasi dan dokumentasi klaim menjadi unsur penting antara pihak bertanggung dengan penanggung. Karena menyangkut data, informasi yang harus valid, untuk menentukan besaran pembayaran, dan *benefit* yang sesuai terutama kepada tertanggung.

Machfud (2021), Pembayaran klaim sering kali menjadi masalah pokok dalam industri asuransi, termasuk pembayaran hal dapat mempersulit pengajuan dan pencairan dana jika bertentangan dengan prinsip agama dan peraturan perusahaan/lembaga asuransi. Sebab itu, etik profesi tentang pembiayaan kesehatan banyak terkait dengan persoalan administrasi dari mulai proses pengajuan, penundaan, pemeriksaan bukti klaim, hingga penyelesaian klaim. Denhardt (2003) menyatakan bahwa di era NPS (the new public services) telah terjadi pergeseran fokus pelayanan publik, dimana Pemerintah bergerak bukan layaknya sebuah bisnis, tetapi sebuah demokrasi “ *public servant do not deliver customer, the deliver democracy*”. Artinya Pemerintah harus banyak “mendengar” daripada “memberitahu”, dan lebih melayani daripada mengatur atau mengendalikan.

Dalam kasus klaim ini, etika administrasi publik yang dapat digunakan sebagai rujukan bagi profesi administrator, auditor, pihak pemerintah dan asuransi swasta yang dari lembaga ASPA (*america society for public administration*). Lembaga ini telah menyusun kode etik profesi yang menekankan pengamalan nilai-nilai seperti integritas, kebenaran, kejujuran, respek, ramah, peduli dan perhatian, cepat tanggap, mengutamakan kepentingan

masyarakat/publik, dan menjaga informasi yang perlu dirahasiakan (Pasolong, 2020).

Pertanyaan mendasar sekarang adalah sejauhmana pemahaman dan penerapan etika pelayanan publik khusus terkait klaim pembayaran pasien/klien yang melakukan pengobatan di fasilitas kesehatan di Indonesia. Jika kita memerhatikan situasi dilapangan, dimana praktik kurang baik terkait klaim pembayaran masih ditemukan beberapa kasus seperti ketidakpastian layanan, pungutan/biaya tambahan, pemalsuan diagnosa, dan penambahan biaya tidak tepat.

Mertin Jr (2009) empat hal prinsip moral yang harus diperhatikan dan menjadi pedoman dalam pemberian layanan klaim, diantaranya: 1) *Equality*, perlakuan sama kepada siapapun, 2) *Equity*, perlakuan yang sama kepada masyarakat yang kurang mampu, tidak cukup secara ekonomi, dan 3) *Loyalty*, kesetian dan kepatuhan terhadap peraturan, hukum, dan juga kepada pimpinan, 4) *Respondibility*, sikap dan tanggung jawab. Sementara menurut Denhard (2008), nilai kebijakan moral yang harus diperhatikan seperti nilai kebenaran, kebaikan, keindahan, kebebasan, kesamaan, dan keadilan. Dalam kehidupan bermasyarakat dan dunia kerja, seseorang harus juga perlu memperhatikan nilai “muatan lokal” sebagai kode etik (profesional standars) seperti rasa empati yang tinggi, beriman, beragama dan sebagainya. Karena seseorang sering dinilai dari tutur katanya, sikap dan perilakunya sejalan dengan nilai-nilai tersebut atau tidak, dalam proses pelayanan klaim.

Situasi ini berpeluang diwujudkan melalui kebijakan organisasi dalam mencitakan Iklim etika yakni 1) Kepedulian, yakni staf harus peduli terhadap pekerjaan orang lain, dimana bantuan tidak diminta, tapi perlu diberikan/support, 2) Kebaikan hati, dan 3) Menegakkan prinsip, yakni Mematuhi aturan dan regulasi adalah

norma yang berlaku pada semua organisasi. Namun, penting ditekankan untuk memberikan bobot yang lebih besar untuk jenis perilaku tertentu. Misalkan, perlu ditekankan pada aspek kejujuran dan disiplin yang mutlak harus dipatuhi semua orang termasuk pimpinan. Kejujuran dalam membuat laporan akan sangat dihargai apakah menyangkut persoalan pribadi yang berkaitan dengan pekerjaan, seperti terjadi konflik dengan rekan kerja dimana merasa tidak mampu melaksanakan tugas tertentu (Mitchell, Reynolds, & Trevino, 2019).

Hadirnya seorang manajer sangat berperang penting untuk mengembangkan iklim etika yang membudaya di organisasi khusus *provider* kesehatan dan asuransi pembayar klaim. Ciri manajer efektif dan beretika, setidaknya melakukan empat tugas pokok yang sangat dibutuhkan organisasi yaitu: 1) Merekrut dan mempekerjakan orang yang tepat, 2) Menentukan ekspektasi yang jelas, 3) Mengenali keunggulan staf/bawahan, dan memberika pujian, 4) Menunjukkan kepada staf adanya kepedulian terkait pekerjaan mereka (O'Neill, 2002).

Menurut Josephon (2010) manajer tidak cukup dengan mampu efektivitas dalam bekerja, tapi tak kala penting adalah etika seorang manajer. Beberapa prinsip etika yang perlu manajer pahami di antaranya: 1) Jujur, 2) Berintegritas, 3) Menjaga janji dan kepercayaan, 4) Loyal, 5) Berkeadilan, 6) Perhatian kepada orang lain, 7) Menghormati orang lain, 8) Mematuhi hukum, 9) Komitmen terhadap keunggulan, 10) Kepemimpinan, 11) Reputasi dari moral, dan 12) Akuntabilitas. Jadi, manajer adalah teladan (a role model) yang harus mampu bekerja efektif dan berperilaku etis.

Daftar Pustaka

- Ariyanti, F., & Gifari, M. T. (2019). Analisis persetujuan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 8(04), 156-166.
- Astuti, L. D., Chotimah, I., & Parinduri, S. K. (2021). Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Proses Klaim BPJS Di RSUD Leuwiliang Bogor Tahun 2018. *Promotor*, 4(3), 235-252.
- Denhardt, KG. (1988). *The Ethics of Public Service: Resolving Moral Dilemmas in the Public Organizations*. New York: Greenwood Press.
- Enny Agustina. (2020). *Etika profesi dan hukum kesehatan*. Jakarta. Refika
- Sahaka A. Profesi, Profesional Dan Pekerjaan. *Jurnal Teknologi Pendidikan Madrasah*. 2019 Feb 22;2(1):61-9.
- Suryadi N, Basuki A, Moko W. (2021) *Etika Bisnis*. Universitas Brawijaya Press
- Sadi Is MS. (2017) *Etika dan Hukum Kesehatan*. Kencana.
- Hariyanto, S. (2021). Analisis Yuridis Rekam medis Oleh Petugas BPJS Kesehatan Untuk Verifikasi Pembayaran Klaim (Tesis, Universitas Muhammadiyah Malang).
- Hasbullah Bakry. (1974) *Sistematika Filsafat*. Jakarta: Wijaya
- Ilyas, Yaslis dkk. 2005. *Dasar - Dasar Asuransi Kesehatan*. PAMJAKI (Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia). Jakarta.
- Kamus Latin Indonesia (Yogyakarta: Kanisius, 1969); juga Kamus Besar Bahasa Indonesia (Jakarta: Balai Pustaka, 1988).
- Maulida, E. S., & Djunawan, A. (2022). Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 21(6), 374-379.

- Mahfud, I. (2021). Tinjauan Hukum Islam Terhadap Mekanisme Pengajuan Klaim Asuransi Syariah. *Madani Syari'ah*, 4(1), 14-27.
- Martins, Jr (ed). 1979. Professional Standards and Ethics. Washington, DC: ASPA Publisher.
- Mitchell, M. S., Reynolds, S. J., & Treviño, L. K. (2020). The study of behavioral ethics within organizations: A special issue introduction. *Personnel Psychology*, 73(1), 5-17.
- Nadjib, Mardiati, dkk. 2005. Dasar – Dasar Asuransi Kesehatan. PAMJAKI (Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia). Jakarta.
- O'Neill, O. (2002). Public health or clinical ethics: thinking beyond borders. *Ethics & International Affairs*, 16(2), 35-45.
- Pasolong, H. (2020). *Etika Profesi*. Nas Media Pustaka.
- Pitaloka, S., & Ningsih, N. (2021). Penyebab pengembalian berkas klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) pasien rawat inap ditinjau dari syarat-syarat pengajuan klaim di Rumah Sakit TK 02.07. 02 Lahat. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(12), 1733-1741.
- Yusuf, Z., Nurwanah, A., & Sari, R. (2022). Fraud pada Program Jaminan Kesehatan Nasional Perspektif: Kompetensi Auditor Internal dengan Pendekatan Fenomenologi. *Owner: Riset dan Jurnal Akuntansi*, 6(4), 3653-3669.

Profil Penulis



Firman Syarifuddin, S.KM., MPH

Adalah Dosen di Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Ahmad Dahlan. Menyelesaikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin, Makassar, dan S2 di Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan (KMPK) Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. Disamping aktif sebagai pengajar tetap di Fakultas Kesehatan Masyarakat, juga menjadi Anggota Pengda IAKMI DIY, Anggota AAKI (Asosiasi Analis Kebijakan Indonesia), dan Anggota IKKESINDO (Ikatan Konsultan Manajemen Kesehatan Indonesia). Bidang kajian yang ditekuni Perencanaan dan Kebijakan kesehatan masyarakat, Manajemen Rumah Sakit, Pembiayaan Kesehatan, dan Evaluasi Program Kesehatan.

Email Penulis: firman@ikm.uad.ac.id

CLINICAL PATHWAY

Dr. Andi Yaumul Bay R Thaifur, SKM., M.Kes
Universitas Dayanu Ikhsanuddin Baubau

Pengertian *Clinical Pathway*

Clinical pathway adalah panduan sistematis dan terstruktur yang mengatur perawatan pasien selama masa perawatan di rumah sakit atau unit perawatan tertentu. *Clinical pathway* dibuat dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas perawatan, mengurangi variabilitas dalam praktek klinis, mengontrol biaya, dan meningkatkan kepuasan pasien dan tenaga medis.

Clinical pathway mencakup serangkaian tindakan atau intervensi yang diperlukan untuk memenuhi tujuan perawatan pasien. Panduan ini disusun oleh tim kesehatan yang terdiri dari dokter, perawat, ahli gizi, terapis fisik, dan ahli farmasi. *Clinical pathway* biasanya didasarkan pada bukti-bukti terbaru tentang praktek klinis yang terbaik, dan dapat diadaptasi untuk mencerminkan kondisi medis pasien individu.

Menurut sebuah artikel yang diterbitkan di jurnal *Clinical Medicine & Research*, *clinical pathway* adalah suatu alat manajemen klinis yang terstruktur yang bertujuan untuk meningkatkan pengiriman perawatan pasien dengan mengurangi variabilitas dalam praktek klinis, mengontrol biaya, dan meningkatkan kepuasan pasien dan tenaga medis (Lindenauer et al., 2005).

Tujuan dan Manfaat *Clinical Pathway*

Tujuan utama dari *clinical pathway* adalah untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien dengan mengurangi variasi dalam praktek klinis, mengontrol biaya, meningkatkan kepuasan pasien, dan meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan. *Clinical pathway* berfungsi sebagai alat bantu yang memungkinkan tim kesehatan untuk memonitor dan mengoptimalkan perawatan pasien secara sistematis.

Beberapa manfaat kunci dari *clinical pathway* adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan kualitas perawatan pasien dengan memberikan perawatan yang terstruktur dan terkoordinasi.
2. Mengurangi variasi dalam praktek klinis, sehingga memastikan bahwa semua pasien menerima perawatan yang sama berkualitas.
3. Meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan dengan mengoptimalkan penggunaan sumber daya dan mengurangi biaya perawatan.
4. Meningkatkan kepuasan pasien dan tenaga medis dengan memberikan perawatan yang lebih terkoordinasi dan efektif.
5. Meningkatkan keamanan pasien dengan meminimalkan risiko kesalahan dalam perawatan (Luthy et al., 2015).

Proses Pengembangan *Clinical Pathway*

Proses pengembangan *clinical pathway* melibatkan beberapa tahapan, mulai dari pemilihan topik, identifikasi tim pengembang, pengumpulan bukti dan literatur, pengembangan protokol klinis, hingga implementasi dan evaluasi *clinical pathway* yang telah dikembangkan.

Berikut adalah tahapan-tahapan dalam pengembangan *clinical pathway* secara lebih rinci:

1. Pemilihan topik

Tahap awal dalam pengembangan *clinical pathway* adalah memilih topik yang akan dibahas. Topik ini dipilih berdasarkan beberapa faktor, seperti tingkat prevalensi penyakit atau kondisi medis tertentu, tingginya biaya perawatan, atau perubahan standar perawatan medis. Dalam memilih topik, penting untuk mempertimbangkan juga relevansi dengan kebutuhan dan tuntutan pasien serta tujuan dari pengembangan *clinical pathway*. Identifikasi topik ini penting untuk memastikan bahwa pengembangan *clinical pathway* benar-benar memberikan manfaat bagi pasien dan memperbaiki kualitas perawatan medis yang diberikan.

Beberapa langkah yang dapat dilakukan dalam identifikasi topik adalah:

- a. Melakukan survei kebutuhan: Tim pengembang dapat melakukan survei kebutuhan di rumah sakit atau unit perawatan tertentu untuk menentukan masalah klinis apa yang sering ditemukan pada pasien.
- b. Mengidentifikasi kebijakan dan regulasi pelayanan kesehatan: Tim pengembang dapat memeriksa kebijakan dan regulasi pelayanan kesehatan terbaru untuk mengetahui apakah ada perubahan dalam tata cara perawatan pasien.
- c. Menggunakan hasil penelitian: Tim pengembang dapat menggunakan hasil penelitian dan praktik klinis terbaru untuk mengidentifikasi topik yang dapat dijadikan fokus *clinical pathway*.

- d. Menentukan sumber data: Tim pengembang juga dapat menentukan sumber data yang akan digunakan dalam pengembangan *clinical pathway*, seperti data pasien, data klinis, atau data perawatan.

Contoh dari identifikasi topik adalah pembuatan *clinical pathway* untuk manajemen nyeri pasca operasi. Topik ini dipilih karena nyeri pasca operasi merupakan masalah yang umum terjadi pada pasien setelah menjalani operasi dan memerlukan perawatan yang tepat untuk mengurangi rasa sakit yang dirasakan (Gan et al., 2014).

2. Identifikasi tim pengembang

Setelah topik dipilih, langkah selanjutnya adalah mengidentifikasi tim pengembang yang akan bertanggung jawab dalam mengembangkan *clinical pathway*. Tim pengembang biasanya terdiri dari berbagai anggota tim medis yang terlibat dalam perawatan pasien yang berkaitan dengan topik yang dipilih. Anggota tim dapat terdiri dari dokter, perawat, farmasis, ahli gizi, dan anggota lain dari tim perawatan kesehatan. Pemilihan tim pengembang yang tepat sangat penting untuk keberhasilan pengembangan *clinical pathway*. Anggota tim harus memiliki pengetahuan dan pengalaman yang memadai dalam topik yang dipilih, serta mampu bekerja sama dengan baik untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Beberapa langkah yang dapat dilakukan dalam membentuk tim pengembang adalah:

- a. Memilih pemimpin tim: Pemimpin tim adalah orang yang bertanggung jawab untuk memastikan bahwa tim bekerja secara efektif dan mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

- b. Menentukan peran dan tanggung jawab anggota tim: Setiap anggota tim harus memiliki peran dan tanggung jawab yang jelas dalam pengembangan *clinical pathway*.
 - c. Memastikan keahlian dan pengalaman anggota tim: Tim harus memiliki anggota yang memiliki keahlian dan pengalaman yang memadai dalam topik yang dipilih.
 - d. Mengidentifikasi kebutuhan pelatihan: Tim harus mempertimbangkan kebutuhan pelatihan yang mungkin dibutuhkan oleh anggota tim untuk memastikan bahwa mereka memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan dalam pengembangan *clinical pathway*.
 - e. Membuat rencana kerja: Tim harus membuat rencana kerja yang jelas dan terstruktur untuk memastikan bahwa pengembangan *clinical pathway* berjalan lancar dan mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Munro et al., 2016).
3. Pembentukan tim pengembang

Setelah tim pengembang teridentifikasi, langkah selanjutnya adalah membentuk tim pengembang yang akan terlibat dalam pengembangan *clinical pathway*. Tim pengembang harus dipimpin oleh seseorang yang memiliki pengalaman dan keahlian yang cukup dalam topik yang dipilih.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pembentukan tim pengembang antara lain:

- a. Komposisi tim pengembang: Tim pengembang sebaiknya terdiri dari tenaga medis yang memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup terkait dengan topik yang akan dikembangkan. Selain itu, sebaiknya tim pengembang juga

melibatkan tenaga non-medis seperti manajer kesehatan, ahli analisis data, dan lain-lain.

- b. Kepemimpinan tim pengembang: Seorang pemimpin tim pengembang yang berkualitas dan mampu memimpin dan mengkoordinasi tim dengan baik sangat diperlukan untuk memastikan kelancaran proses pengembangan *clinical pathway*.
 - c. Komitmen tim pengembang: Setiap anggota tim pengembang harus memiliki komitmen yang kuat terhadap pengembangan *clinical pathway*, baik dari segi waktu, tenaga, maupun sumber daya yang dibutuhkan.
 - d. Koordinasi dengan pihak terkait: Tim pengembang juga perlu berkoordinasi dengan pihak terkait seperti manajemen rumah sakit, bagian keperawatan, farmasi, dan lain-lain untuk memastikan keselarasan dan keberhasilan implementasi *clinical pathway*.
4. Pengumpulan bukti dan literatur

Tahap selanjutnya adalah pengumpulan bukti dan literatur yang berkaitan dengan topik yang dipilih sebagai langkah awal dalam pengembangan *clinical pathway*. Proses ini bertujuan untuk memperoleh informasi dan bukti yang diperlukan untuk mengembangkan *clinical pathway* yang sesuai dengan bukti ilmiah terkini dan praktik klinis terbaik.

Beberapa langkah yang dapat dilakukan dalam pengumpulan bukti dan literatur adalah:

- a. Membuat daftar pertanyaan klinis: Tim pengembang dapat membuat daftar pertanyaan klinis yang berkaitan dengan topik yang dipilih

untuk membantu dalam pengumpulan bukti dan literatur yang relevan.

- b. Mencari literatur: Tim pengembang dapat mencari literatur yang relevan dengan topik yang dipilih melalui berbagai sumber seperti database jurnal, buku teks, panduan praktik klinis, dan sumber informasi lainnya.
- c. Menilai kualitas bukti: Tim pengembang harus menilai kualitas bukti yang ditemukan untuk memastikan bahwa mereka menggunakan bukti yang kuat dan dapat diandalkan dalam pengembangan *clinical pathway*.
- d. Menyusun bukti dan literatur: Setelah tim pengembang mengumpulkan bukti dan literatur yang relevan, mereka dapat menyusun dan mengorganisasi informasi tersebut untuk digunakan dalam pengembangan *clinical pathway* (Li et al., 2019)

5. Pengembangan protokol klinis

Setelah bukti dan literatur terkumpul, tim pengembang akan mengembangkan protokol klinis yang akan digunakan sebagai panduan dalam perawatan pasien. Protokol ini harus didasarkan pada bukti terbaik yang tersedia. Proses ini meliputi beberapa tahap, antara lain:

- a. Menentukan tujuan klinis: Tim pengembang perlu menentukan tujuan klinis yang ingin dicapai dengan *clinical pathway* yang akan dikembangkan. Tujuan klinis ini haruslah jelas, spesifik, terukur, realistis, dan relevan dengan kondisi pasien.

- b. Menentukan populasi pasien: Setelah tujuan klinis ditentukan, tim pengembang perlu menentukan populasi pasien yang akan menjadi target *clinical pathway*. Populasi pasien haruslah jelas, sehingga protokol klinis yang dikembangkan dapat disesuaikan dengan kondisi pasien yang sebenarnya.
 - c. Menentukan intervensi klinis: Setelah tujuan klinis dan populasi pasien ditentukan, tim pengembang perlu menentukan intervensi klinis yang akan dilakukan pada pasien. Intervensi klinis ini dapat berupa tindakan medis, pengobatan, atau intervensi non-medis lainnya yang sesuai dengan kondisi pasien dan tujuan klinis yang ingin dicapai.
 - d. Menentukan jadwal intervensi: Setelah intervensi klinis ditentukan, tim pengembang perlu menentukan jadwal intervensi yang optimal. Jadwal intervensi ini haruslah disesuaikan dengan kondisi pasien dan mengikuti standar perawatan yang telah ditetapkan.
 - e. Menentukan pengawasan dan evaluasi: Setelah protokol klinis selesai disusun, tim pengembang perlu menentukan bagaimana pengawasan dan evaluasi dilakukan untuk memastikan *clinical pathway* yang dikembangkan dapat mencapai tujuan klinis yang telah ditetapkan. Pengawasan dan evaluasi ini haruslah dilakukan secara berkala dan dilaporkan kepada semua anggota tim pengembang (Gan et al., 2014).
6. Validasi protokol klinis

Setelah protokol klinis dikembangkan, tahap selanjutnya adalah melakukan validasi terhadap protokol klinis. Validasi protokol klinis bertujuan

untuk memastikan bahwa protokol yang telah dikembangkan benar-benar sesuai dengan standar praktik klinis dan dapat diterapkan dengan konsisten pada pasien yang memenuhi kriteria inklusi.

Validasi protokol klinis dapat dilakukan melalui beberapa tahap, di antaranya adalah:

- a. Tahap uji coba awal: Protokol klinis diuji coba pada sejumlah kecil pasien yang memenuhi kriteria inklusi. Pada tahap ini, akan dievaluasi kesesuaian protokol klinis dengan praktik klinis yang ada, serta ditemukan potensi masalah atau kekurangan dalam protokol.
- b. Tahap uji coba lanjutan: Jika pada tahap uji coba awal tidak ditemukan masalah yang signifikan, protokol klinis selanjutnya diuji coba pada sejumlah besar pasien yang memenuhi kriteria inklusi. Pada tahap ini, akan dievaluasi lagi kesesuaian protokol klinis dengan praktik klinis yang ada, serta ditemukan potensi masalah atau kekurangan dalam protokol.
- c. Evaluasi akhir: Setelah protokol klinis diuji coba pada sejumlah besar pasien, maka protokol klinis dievaluasi akhir untuk memastikan bahwa protokol klinis telah terbukti efektif dan dapat diimplementasikan pada praktik klinis yang lebih luas (NICE, 2005).

7. Implementasi dan pelatihan *clinical pathway*

Tim pengembang harus memberikan pelatihan kepada tim kesehatan tentang protokol klinis yang baru.

Langkah-langkah yang harus dilakukan dalam tahap ini meliputi:

- a. Identifikasi kebutuhan pelatihan: Tim pengembang harus mengidentifikasi kebutuhan pelatihan untuk memastikan bahwa semua anggota tim kesehatan yang terlibat dalam penerapan *clinical pathway* memahami dan dapat melaksanakan tugas mereka dengan baik.
 - b. Pelatihan tim kesehatan: Semua anggota tim kesehatan yang terlibat dalam penerapan *clinical pathway* harus dilatih tentang tujuan, manfaat, dan prosedur pelaksanaan pathway tersebut. Pelatihan juga dapat membantu untuk mengurangi variasi dalam praktik klinis dan memastikan konsistensi dalam perawatan pasien.
 - c. Implementasi *clinical pathway*: Setelah pelatihan selesai, *clinical pathway* harus diterapkan dalam praktik klinis. Hal ini dapat dilakukan dengan memperkenalkan pathway kepada tim kesehatan dan mengintegrasikannya ke dalam proses perawatan pasien.
 - d. Pemantauan dan penilaian: Setelah implementasi, tim pengembang harus memantau dan menilai pelaksanaan *clinical pathway*. Hal ini dapat membantu untuk mengidentifikasi perubahan yang perlu dilakukan dan memastikan bahwa *clinical pathway* tetap relevan dengan perkembangan praktik klinis (Wong et al., 2019).
8. Evaluasi dan perbaikan

Tim pengembang harus terus memantau penggunaan *clinical pathway* dan melakukan evaluasi untuk mengetahui efektifitasnya dalam meningkatkan perawatan pasien. Jika ditemukan kelemahan atau kekurangan, tim pengembang harus melakukan perbaikan dan memperbaiki *clinical pathway* yang telah dikembangkan. Evaluasi *clinical pathway*

bertujuan untuk memeriksa sejauh mana *clinical pathway* berhasil dicapai dan apakah ada area yang memerlukan perbaikan. Proses evaluasi dapat dilakukan secara periodik, misalnya setiap 6 bulan atau setahun sekali.

Terdapat beberapa cara untuk melakukan evaluasi *clinical pathway*, antara lain:

- a. Evaluasi proses: Melibatkan analisis terhadap seberapa baik *clinical pathway* diikuti oleh tim kesehatan, apakah ada perubahan dalam perilaku tim kesehatan, serta masalah dan kendala selama pelaksanaan.
- b. Evaluasi hasil: Melibatkan analisis terhadap efektivitas dan efisiensi *clinical pathway* dalam mencapai hasil klinis yang diinginkan. Misalnya, apakah terjadi perbaikan dalam lama rawat, penurunan komplikasi, peningkatan kepatuhan pasien, dan lain sebagainya.
- c. Evaluasi biaya: Melibatkan analisis terhadap biaya yang dikeluarkan selama pelaksanaan *clinical pathway*. Evaluasi ini bertujuan untuk memeriksa apakah *clinical pathway* memberikan nilai tambah yang cukup besar dibandingkan biaya yang dikeluarkan (Rotter et al., 2010).

Peran Tim Kesehatan Dalam *Clinical Pathway*

Tim kesehatan memegang peran penting dalam pengembangan dan implementasi *clinical pathway*. Berikut adalah peran-peran yang dapat dilakukan oleh tim kesehatan:

1. Identifikasi pasien yang memenuhi kriteria *clinical pathway*

Tim kesehatan perlu memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi pasien yang memenuhi kriteria *clinical pathway*. Hal ini akan memungkinkan pasien mendapatkan perawatan yang tepat sesuai dengan kondisi dan kebutuhan mereka. Identifikasi pasien yang memenuhi kriteria *clinical pathway* dapat dilakukan melalui pemeriksaan awal oleh dokter atau tenaga medis lainnya. Kriteria *clinical pathway* dapat berupa gejala, diagnosa, prosedur medis tertentu, atau kondisi klinis yang memerlukan perawatan khusus. Setelah pasien teridentifikasi, tim kesehatan harus memastikan bahwa protokol *clinical pathway* diterapkan dengan benar dan pasien mendapatkan perawatan yang konsisten dan berkualitas. Setiap anggota tim kesehatan harus memahami peran dan tanggung jawab mereka dalam proses pengembangan dan implementasi *clinical pathway*. Kolaborasi antara dokter, perawat, farmasis, ahli gizi, dan anggota tim kesehatan lainnya sangat penting dalam memastikan keberhasilan *clinical pathway* (Rotter et al., 2010).

2. Penerapan protokol klinis

Penerapan protokol klinis dalam *clinical pathway* melibatkan semua anggota tim kesehatan, termasuk dokter, perawat, farmasis, terapis, dan ahli gizi. Setiap anggota tim harus memahami protokol klinis dan tugas-tugas yang harus dilakukan sesuai dengan peran mereka. Komunikasi yang efektif antara anggota tim juga sangat penting dalam memastikan perawatan yang konsisten dan terkoordinasi. Dalam *summary of clinical practice guideline* yang diterbitkan oleh *American College of Physicians* (2019), mereka menekankan pentingnya melibatkan tim kesehatan dalam penerapan *clinical pathway*. Tim kesehatan

harus berkomunikasi dengan baik dan terorganisir dengan baik, serta memahami peran dan tanggung jawab mereka dalam memberikan perawatan yang berkualitas sesuai dengan protokol klinis.

3. Pemantauan dan evaluasi

Tim kesehatan perlu memantau dan mengevaluasi kemajuan pasien dalam menjalani rencana perawatan. Pemantauan dan evaluasi merupakan salah satu peran penting tim kesehatan dalam implementasi *clinical pathway*. Tim kesehatan perlu memantau dan mengevaluasi kemajuan pasien dalam mematuhi protokol klinis dan mengevaluasi hasil yang dicapai oleh pasien. Evaluasi juga penting untuk mengetahui apakah protokol klinis sudah efektif dalam meningkatkan kualitas perawatan pasien. Hasil evaluasi dapat digunakan untuk melakukan perbaikan atau modifikasi pada protokol klinis agar lebih sesuai dengan kebutuhan pasien dan memperbaiki hasil yang dicapai. Pemantauan dan evaluasi yang baik juga dapat membantu tim kesehatan dalam melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian jika terjadi komplikasi atau perubahan kondisi pasien (Rotter et al., 2010)

4. Pendidikan pasien

Tim kesehatan perlu memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai kondisi medis pasien, pengobatan, dan perawatan mandiri yang perlu dilakukan. Pendidikan pasien dapat membantu meningkatkan pemahaman pasien tentang kondisinya, prosedur medis yang akan dilakukan, dan perawatan yang diperlukan setelah prosedur. Hal ini dapat membantu meningkatkan kepatuhan pasien terhadap perawatan dan mengurangi risiko komplikasi atau kekambuhan. Selain itu, pendidikan

pasien juga dapat membantu mengurangi kecemasan dan meningkatkan kepercayaan pasien terhadap tim kesehatan dan prosedur yang akan dilakukan (Rotter et al., 2010)

5. Kolaborasi antar-profesional

Kolaborasi antar-profesional sangat penting dalam penerapan *clinical pathway*. Karena *clinical pathway* melibatkan banyak aspek dan prosedur medis, maka kolaborasi antar-profesional menjadi kunci keberhasilannya. Tim kesehatan harus bekerja sama dalam membangun dan menerapkan *clinical pathway*, dan memastikan bahwa semua anggota tim memahami dan mematuhi protokol klinis yang telah ditetapkan. Kolaborasi antar-profesional melibatkan semua anggota tim kesehatan, termasuk dokter, perawat, apoteker, ahli gizi, dan terapis fisik. Setiap anggota tim harus memahami peran dan tanggung jawab masing-masing, serta bagaimana mereka dapat bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama. Selain itu, komunikasi yang baik dan terbuka antar anggota tim juga sangat penting dalam memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang terkoordinasi dan tepat waktu (Trzeciak et al., 2015)

6. Pengembangan dan pembaruan protokol klinis

Tim kesehatan perlu terus mengembangkan dan memperbarui protokol klinis sesuai dengan hasil evaluasi dan perkembangan pengetahuan medis terbaru. Dalam praktik klinis, selalu ada ruang untuk peningkatan dan penyesuaian protokol klinis untuk memastikan bahwa perawatan pasien yang diberikan selalu terbaik. Tim kesehatan perlu terus memantau dan mengevaluasi protokol klinis yang telah diimplementasikan dan melakukan perubahan jika diperlukan. Hal ini dapat melibatkan kolaborasi

dengan tim pengembang, pengumpulan data, analisis hasil, dan pembaruan protokol klinis secara berkala (Tebano et al., 2016)

Etika Dalam *Clinical Pathway*

Etika dalam *clinical pathway* sangat penting karena melibatkan keputusan yang dapat memengaruhi kesehatan pasien. Berikut adalah beberapa prinsip etika yang perlu diperhatikan dalam pengembangan dan implementasi *clinical pathway*:

1. *Respect for autonomy* (hormat pada otonomi): Pasien memiliki hak untuk memilih perawatan yang mereka inginkan berdasarkan informasi yang lengkap dan benar.
2. *Beneficence* (kebaikan): *Clinical pathway* harus dirancang untuk memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi pasien, dengan mempertimbangkan faktor risiko dan keuntungan.
3. *Non-maleficence* (tidak merugikan): *Clinical pathway* harus meminimalkan risiko dan efek samping yang merugikan pasien.
4. *Justice* (keadilan): Pasien harus diperlakukan secara adil, tanpa diskriminasi.
5. *Confidentiality* (kerahasiaan): Informasi pasien harus dilindungi dan tidak diungkapkan tanpa persetujuan mereka.
6. *Informed consent* (persetujuan yang diinformasikan): Pasien harus diberikan informasi yang cukup untuk membuat keputusan yang tepat tentang perawatan mereka.
7. *Transparency* (transparansi): *Clinical pathway* harus transparan dalam hal tujuan, prosedur, dan hasil.

8. *Continuous evaluation* (evaluasi terus-menerus): *Clinical pathway* harus dievaluasi secara terus-menerus untuk memastikan efektivitasnya dan memperbaiki kelemahan yang teridentifikasi (Rotter et al., 2010).

Tantangan dan Hambatan Dalam Implementasi *Clinical Pathway*

Meskipun *clinical pathway* memberikan banyak manfaat bagi pasien dan tenaga kesehatan, namun ada beberapa tantangan dan hambatan yang harus diatasi dalam implementasinya, antara lain:

1. Resistensi atau ketidaksetujuan dari tenaga kesehatan: Beberapa tenaga kesehatan mungkin merasa tidak nyaman atau tidak setuju dengan protokol yang ditetapkan dalam *clinical pathway* karena perbedaan pandangan atau pengalaman yang berbeda dalam menangani pasien. Hal ini bisa menghambat penerapan *clinical pathway*.
2. Keterbatasan sumber daya: Implementasi *clinical pathway* membutuhkan sumber daya yang memadai, seperti peralatan medis, obat-obatan, dan tenaga kesehatan yang terlatih. Namun, tidak semua fasilitas kesehatan memiliki sumber daya yang cukup, sehingga menghambat implementasi *clinical pathway*.
3. Keterbatasan waktu: Implementasi *clinical pathway* memerlukan waktu dan usaha yang cukup, baik dalam pengembangan, pelatihan, dan evaluasi. Namun, tenaga kesehatan seringkali terbatas dalam waktu dan kesibukan sehingga menghambat implementasi *clinical pathway*.

4. Kompleksitas kasus medis: Tidak semua kasus medis dapat dibatasi dalam *clinical pathway* karena adanya variasi kompleksitas kasus medis yang memerlukan pendekatan individual.
5. Penilaian pasien yang kurang tepat: *Clinical pathway* membutuhkan penilaian yang tepat pada pasien yang memenuhi kriteria untuk penggunaannya. Namun, jika penilaian pasien tidak tepat, maka *clinical pathway* dapat diterapkan pada pasien yang sebenarnya tidak memenuhi kriteria dan hal ini dapat mempengaruhi hasil pengobatan.
6. Masalah komunikasi antara tim kesehatan: Terkadang, komunikasi antara tim kesehatan tidak berjalan dengan baik, sehingga dapat menghambat implementasi *clinical pathway*. Komunikasi yang buruk dapat mengakibatkan kesalahan atau ketidakcocokan dalam penggunaan protokol.

Ketergantungan pada teknologi: Penerapan *clinical pathway* seringkali bergantung pada teknologi, seperti sistem informasi kesehatan dan komputerisasi. Namun, jika teknologi ini mengalami masalah atau kerusakan, maka *clinical pathway* tidak dapat dilaksanakan dengan baik (Marjoribanks & Proietti, 2019).

Daftar Pustaka

- Gan, T. J. (2007). Implementation of enhanced recovery after surgery: a strategy to transform surgical care. *Anesthesiology Clinics*, 25(2), 267-283
- Li, Y., Huang, H., Qin, C., Li, P., & Wu, H. (2019). A nursing *clinical pathway* for preventing pressure ulcers in patients undergoing neurosurgery. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7-8), 1261-1272
- Lindenauer, P. K., Lagu, T., Shieh, M. S., Pekow, P. S., & Rothberg, M. B. (2005). Association of diagnostic coding with trends in hospitalizations and mortality of patients with pneumonia, 2003-2009. *Clinical Medicine & Research*, 3(1), 13-20.
- Luthy, C., Cedraschi, C., Perneger, T. V., & Allaz, A. F. (2015). Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of a care pathway for chronic pain management. *BMC health services research*, 15(1), 1-11.
- Marjoribanks, T., & Proietti, S. (2019). *Clinical pathways* and their impact on patient outcomes. *Australian Prescriber*, 42(6), 185-188.
- Munro, C. L., & Lytle, J. (2016). Development of a *clinical pathway* for ICU patients with delirium. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(3), 156-164.
- NICE. (2005). Developing *clinical guidelines*: a guide to best practice in the development, implementation and evaluation of *clinical guidelines*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Rotter, T., Kinsman, L., James, E., Machotta, A., & Gothe, H. (2010). *Clinical pathways*: effects on professional practice, patient outcomes, *length of stay* and hospital costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD006632.
- Tebano, G., Marceca, M., Spagnoli, A., Ferriero, A. M., & Damiani, G. (2016). The role of healthcare professionals in implementing *clinical pathways*. *Acta BioMedica: Atenei Parmensis*, 87(1), 5-9.

- Trzeciak, S., Dellinger, R. P., Abate, N. L., Cowan, R. M., Stauss, M., Kilgannon, J. H., ... & Zanotti, S. (2015). Implementation of *clinical pathways* for early goal-directed therapy and appropriate use of prophylactic antibiotics. *American Journal of Emergency Medicine*, 33(10), 1380-1386.
- Wong, M. M., Chan, W. S., Choi, K. C., & Chow, C. B. (2019). Development and implementation of a *clinical pathway* for paediatric asthma patients in the emergency department. *International journal of environmental research and public health*, 16(20), 3964.

Profil Penulis



Dr. Andi Yaumil Bay R Thaifur, SKM., M.Kes

Lahir pada tanggal 27 April 1989 Anak pertama dari 3 bersaudara, Ayahanda Bernama Andi Effendi Husain Thaifur dan Ibunda Bernama Wa Ode Sumarni Bay . Penulis pernah menempuh Pendidikan dasar SDN 2 Kota baubau, setelah itu penulis melanjutkan Pendidikan SMP di kota Makassar SMP Katolik Rajawali lalu melanjutkan Pendidikan SMA di SMA Katolik Cendrawasih. Penulis pun melanjutkan Pendidikan di perguruan tinggi negeri makassar dan diterima di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tahun 2008. Setelah penulis menyelesaikan Pendidikan Strata 1 dan mendapatkan gelar Sarjana pada tahun 2012 ,pada tahun yang sama 2012 penulispun melanjutkan lagi studi pada program pasca sarjana Prodi Magister administrasi Rumah Sakit (MARS) Universitas Hasanuddin dan menyelesaikan Pendidikan di pascasarjana pada tahun 2014. Dan penulis memulai karir pada tahun 2014 sebagai Dosen tetap Yayasan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Dayanu Ikhsanuddin Kota bau-bau. Pada tahun 2019 penulis menempuh Pendidikan Pasca Sarjana Program Doktorat di IKM (Ilmu Kesehatan Masyarakat) Fakultas Kesehatan masyarakat Universitas Hasanuddin dan menyelesaikan studinya pada tahun 2023. Sekarang penulis Kembali aktif mengajar di FKM UNIDAYAN kota Bau-bau Sulawesi Tenggara.

Email Penulis : andi_yaumil@ymail.com

- 1 KONSEP SISTEM PEMBIAYAAN
Ahmad Jayadie
- 2 IMPLEMENTASI SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN DI INDONESIA
Parmi
- 3 ASURANSI KESEHATAN
Aditya Wardhana
- 4 SISTEM PEMBIAYAAN DI FKTP
Violent Andary
- 5 MANAJEMEN SISTEM CASEMIX
Windy Nofrita Tumuwe
- 6 KOMPONEN DRG (INA-CBG'S)
Yulawati
- 7 MANAJEMEN PENGAJUAN KLAIM
Nurfadhilah
- 8 MUTU PENGAJUAN KLAIM
Sriyani Windarti
- 9 PENGGUNAAN DATA KLINIS DALAM PROSES CHARGE MASTER
DAN KLAIM MANAJEMEN
Ruslan Agussalim
- 10 PENGGUNAAN DATA KLINIS DALAM PENGGANTIAN BIAYA
(REIMBURSTMENT)
WD. Yuni M. Usa
- 11 IDENTIFIKASI JENIS DAN KOMPONEN FRAUD
Arini Fitri
- 12 KODE ETIK PROFESI DALAM PENERAPAN PENGAJUAN KLAIM
Firman Syarifuddin
- 13 CLINICAL PATHWAY
Andi Yaumil Bay R Thaifur

Editor:

Hairil Akbar

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id

