

Prosedur BPJS dan Klaim BPJS oleh Rumah Sakit

Amran, R¹

¹ Fakultas Kedokteran, Universitas Baiturrahmah, Padang, Indonesia

E-mail : rikaamran@fk.unbrah.ac.id

Abstrak

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) merupakan badan hukum resmi yang menjamin penyelenggaraan jaminan sosial kesehatan untuk seluruh masyarakat Indonesia agar sistem jaminan sosial dapat dilaksanakan dengan baik. Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh sesuai dengan kebutuhan medik dan mengikuti standar pelayanan medik. Untuk jasa yang telah diberikan Rumah sakit kepada peserta BPJS dapat dilakukan klaim BPJS kesehatan dana perawatan pasien BPJS terhadap BPJS. Tagihan klaim dari Rumah Sakit ke BPJS dilakukan secara kolektif setiap bulan dimana Rumah Sakit berkewajiban dalam menyerahkan dokumen-dokumen pendukung yaitu kwitansi pembayaran, formulir bukti pelayanan rawat jalan dan persyaratan, pemeriksaan penunjang, serta Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan *grouper* INA CBG'S. *Grouper* INA CBG'S yaitu pemberlakuan tarif yang mengacu pada *Indonesia Case Base Group* (INA CBG'S) berupa sebuah *software* yang digunakan Rumah Sakit untuk mengajukan klaim kepada pemerintah dalam pembayaran klaim BPJS dengan skema *casemix*. *Casemix* memiliki peran dalam pengelompokan diagnosis penyakit untuk penghitungan biaya pelayanan pasien di Rumah Sakit.

Katakunci — BPJS, Klaim BPJS

Abstract

Health Social Security Administrative Body (BPJS Kesehatan) is an official legal entity that guarantees the implementation of health social security for all Indonesian people so that the social security system can be implemented properly. Implementation of Health Insurance is a form of health service that is comprehensive in accordance with medical needs and follows medical service standards. For services that have been provided by the Hospital to BPJS participants, BPJS health claims for BPJS patient care funds can be made against BPJS. Billing of claims from the Hospital to BPJS is carried out collectively every month where the Hospital is obliged to submit supporting documents, namely payment receipts, forms for proof of outpatient services and requirements, supporting examinations, and Participant Eligibility Letters (SEP) and INA CBG'S groupers. Grouper INA CBG'S, namely the application of tariffs that refer to the Indonesian Case Base Group (INA CBG'S) in the form of a software used by hospitals to submit claims to the government in paying BPJS claims with the casemix scheme. Casemix has a role in grouping disease diagnoses for calculating the cost of patient care at the Hospital.

Keywords— BPJS, Claims BPJS

I. PENDAHULUAN

Indonesia merupakan salah satu negara yang memiliki banyak penduduk. Setiap orang memiliki hak dalam menggunakan sumber daya di sektor kesehatan dan negara bertanggung jawab untuk memenuhi hak tersebut. Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat 3, berbunyi “Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat”. Jaminan Sosial tersebut diwujudkan pemerintah melalui pembentukan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.¹

Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2022 Tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, pengembangan SJSN bertujuan memberikan jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Jika pada kondisi mengalami sesuatu hal, karena sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut, atau pensiun, maka pendapatan seseorang tidak akan berkurang atau hilang, sehingga tetap terpenuhi semua kebutuhan yang mendasar dalam hidupnya. Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan oleh beberapa badan penyelenggaraan jaminan sosial.²

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) merupakan badan hukum resmi yang menjamin penyelenggaraan jaminan sosial kesehatan untuk seluruh masyarakat Indonesia agar sistem jaminan sosial dapat dilaksanakan dengan baik. Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh sesuai dengan kebutuhan medik dan mengikuti standar pelayanan medik. Pelayanan kesehatan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan dalam menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun

rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan/atau Masyarakat. Pelayanan bagi peserta BPJS Kesehatan dibagi dua yaitu, peserta BPJS PBI (Penerima Bantuan Iuran) yaitu peserta jamkesmas, dan bukan peserta BPJS PBI atau non PBI yaitu peserta askes, Jamsostek, Premi, PNS, TNI Polri, dan Pekerja Penerima Upah sesuai dengan UU No 24 tahun 2011.^{3,1}

Klaim BPJS kesehatan adalah dana perawatan pasien BPJS yang diajukan oleh Rumah Sakit kepada BPJS. Tagihan klaim dari Rumah Sakit ke BPJS dilakukan secara kolektif setiap bulan dimana Rumah Sakit berkewajiban dalam menyerahkan dokumen-dokumen pendukung yaitu kwitansi pembayaran, formulir bukti pelayanan rawat jalan dan persyaratan, pemeriksaan penunjang, serta Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan *grouper* INA CBG’S. *Grouper* INA CBG’S yaitu pemberlakuan tarif yang mengacu pada *Indonesia Case Base Group* (INA CBG’S) berupa sebuah *software* yang digunakan Rumah Sakit untuk mengajukan klaim kepada pemerintah dalam pembayaran klaim BPJS dengan skema yang digunakan untuk pembiayaan tersebut adalah *casemix*. *Casemix* memiliki peran dalam pengelompokan diagnosis penyakit untuk penghitungan biaya pelayanan pasien di Rumah Sakit.⁹

Pasien yang akan dilayani melalui tahapan: mendaftar sesuai dengan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, setelah mendapatkan pelayanan kesehatan, pasien membayar. Peserta BPJS yang akan dilayani wajib melengkapi persyaratan. Semua syarat diberikan ke petugas untuk diverifikasi. Apabila syarat sudah lengkap, maka petugas melakukan pencetakan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) serta formulir bukti pelayanan rawat jalan. Seluruh syarat yang dimaksud, dikembalikan kepada pasien untuk selanjutnya dibawa ke poliklinik tujuan pasien.⁴

II. TINJAUAN PUSTAKA

A. BADAN PENYELENGGARAN JAMINAN SOSIAL KESEHATAN (BPJS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial merupakan sebuah badan hukum untuk menyelenggarakan program jaminan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Undang-undang No.24 Tahun 2011 menjelaskan bahwa BPJS terbagi atas 2, yaitu BPJS kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. BPJS juga memperhatikan hak para pekerja dengan menghadirkan BPJS ketenagakerjaan.¹

Peserta jaminan kesehatan PBI ialah fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, sedangkan peserta jaminan kesehatan Non PBI adalah kriteria masyarakat khusus yang ketetapannya sesuai dengan ketentuan perundang-undangan pemerintah.⁴

HAK DAN KEWAJIBAN PESERTA

Hak Peserta :⁵

1. Menentukan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang diinginkan pada saat mendaftar;
2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
3. Mendapatkan identitas sebagai peserta JKN-KIS untuk memperoleh pelayanan Kesehatan;

4. Mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan;
5. Mendapatkan perlindungan data pribadi yang diserahkan kepada BPJS Kesehatan dalam rangka pendaftaran peserta;
6. Menyampaikan pengaduan, saran, dan aspirasi baik secara lisan maupun tertulis kepada BPJS Kesehatan

Kewajiban Peserta:⁵

1. Mendaftarkan diri dan anggota keluarganya sebagai peserta JKN-KIS kepada BPJS Kesehatan;
2. Membayar iuran secara rutin setiap bulan sebelum tanggal 10 (sepuluh);
3. Memberikan data diri dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar;
4. Melaporkan kepada BPJS Kesehatan apabila ditemukan ketidakpatuhan Pemberi Kerja dalam pendaftaran peserta atau pemberian data yang tidak lengkap dan tidak benar;
5. Melaporkan perubahan data diri dan anggota keluarganya, antara lain susunan anggota keluarga, perubahan golongan, pangkat atau besaran gaji, pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat/ domisili dan pindah fasilitas kesehatan tingkat pertama serta perubahan alamat email dan nomor handphone;
6. Menjaga identitas peserta JKN-KIS agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak;
7. Mentaati prosedur dan ketentuan untuk memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan.

PESERTA JAMINAN KESEHATAN

Seluruh Warga Negara Indonesia bisa ikut serta dalam program JKN-KIS yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan termasuk Warga Negara Asing yang bekerja minimal 6 bulan berada di Indonesia dan telah membayar iuran.

Kepersertaan jaminan kesehatan dibagi dalam beberapa jenis, sebagai berikut:⁴

a. Pekerja Penerima Upah (PPU)

Termasuk kedalamnya Pegawai Negeri Sipil (PNS), pegawai pemerintah non pegawai negeri, TNI/POLRI, Pegawai swasta. Anggota keluarga yang ditanggung meliputi istri/suami yang sah maksimal 3 orang anak dan memenuhi kriteria yaitu, belum pernah atau tidak menikah atau tidak memiliki penghasilan sendiri, kemudian belum berusia 21 atau 25 tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

Status anak dapat digantikan oleh anak selanjutnya apabila anak pertama dan ketiga sudah tidak ditanggung sesuai dengan urutan kelahiran dengan jumlah maksimal 3 orang anak sah. Suami istri yang sama sama bekerja wajib didaftarkan sebagai peserta oleh pemberi pekerja dan membayar iuran. Suami istri dan anak memiliki kebebasan untuk memilih kelas perawatan tertinggi.

b. Pemerintah Daerah

Pemerintah Daerah mendaftarkan penduduk yang belum diikutsertakan dalam kepesertaan kemudian ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Provinsi atau Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam program Jaminan Kesehatan pada BPJS Kesehatan. Pendaftaran ini dilakukan atas dasar Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara BPJS Kesehatan dengan pemerintah daerah provinsi dan/atau pemerintah kabupaten/kota.

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

Termasuk kedalamnya seseorang yang memiliki usaha mandiri/wiraswasta dan seseorang yang mendaftar untuk dirinya sendiri dan keluarganya. Bukan Pekerja terdiri atas investor, seseorang yang mempekerjakan tenaga kerja dan penerima pensiun.

d. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK)

Termasuk didalamnya fakir miskin dan orang tidak mampu untuk membayar iuran Jaminan Kesehatan dengan syarat antara lain: WNI, memiliki NIK yang tercatat di Dukcapil, dan terdaftar dalam Data Terpadu Kesejahteraan Sosial.

IURAN PESERTA JAMINAN KESEHATAN

Peserta BPJS harus membayar iuran paling lambat tanggal 10 setiap bulannya. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan akan dibayarkan iurannya oleh Pemerintah. Peserta pekerja penerima upah yang bekerja di bagian pemerintahan yang terdiri dari Pegawai Negeri Sipil, anggota TNI, Polri, pejabat negara, dan pegawai bukan PNS membayarkan upahnya sejumlah 5% dari gaji upah perbulan dengan ketentuan, yaitu 4% dibayar oleh pemberi kerja dan 1% dibayar oleh peserta.¹

Peserta pekerja bukan penerima upah dan iuran peserta bukan pekerja membayar iuran sebesar Rp.42.000,- per orang per bulan dengan mendapatkan pelayanan di ruang kelas perawatan Kelas III, untuk iuran sebesar Rp.100.000,- per orang per bulan, mendapatkan pelayanan di ruang perawatan Kelas II, sedangkan pelayanan di ruang Kelas I peserta membayar iuran sebesar Rp.150.000,- per orang per bulan.¹

PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN PESERTA BPJS

Ketentuan Umum:²

- a. Peserta wajib mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar
- b. Ketentuan diatas dikecualikan dengan ketentuan yaitu, berada diluar area fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar atau dalam keadaan darurat medis
- c. Jika seorang peserta mengunjungi diluar tempat tinggalnya untuk tujuan tertentu,

maka peserta tersebut dianggap berada diluar wilayah dan bukan termasuk kegiatan normal kemudian peserta harus membawa surat pernyataan dari kantor BPJS kesehatan.

- d. Jika peserta membutuhkan layanan medis tingkat lanjutan, fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke fasilitas pelayanan khusus terdekat dibawah sistem rujukan yang diatur oleh ketentuan hukum.

Prosedur Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama

- a. Peserta memperlihatkan Kartu tanda BPJS Kesehatan yang akan digunakan untuk proses administrasi
- b. Fasilitas Kesehatan akan mengecek keaslian data di kartu
- c. Fasilitas Kesehatan akan melakukan pemeriksaan atau memberi tindakan kepada peserta BPJS
- d. Peserta yang telah selesai mendapat pelayanan akan menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang telah disediakan
- e. Apabila terdapat indikasi, peserta akan memperoleh obat

Prosedur Rawat Inap Tingkat Pertama

- a. Peserta mendatangi fasilitas kesehatan yang memiliki rawat inap
- b. Fasilitas kesehatan akan melayani peserta yang terdaftar maupun dirujuk dari faskes tingkat pertama yang lain
- c. Peserta menunjukkan kartu tanda BPJS Kesehatan
- d. Fasilitas kesehatan mengecek keaslian data kartu
- e. Fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian obat dan bahan medis habis pakai (BMHP)
- f. Peserta yang telah selesai mendapat pelayanan akan menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang telah disediakan
- g. Fasilitas kesehatan mencatat pelayanan yang dilakukan kemudian di input kedalam Aplikasi Sistem Informasi

Manajemen

- h. Peserta dapat dirujuk ke faskes lebih lanjut apabila diperlukan indikasi medis lanjutan

B. REKAM MEDIS

Rekam medis merupakan kumpulan surat yang berisikan catatan dan dokumen tentang data diri pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis berisikan informasi penting tentang pasien yang wajib diarsipkan agar bermanfaat untuk semua pihak. Baik buruknya suatu pelayanan rumah kesehatan tergantung kepada kualitas rekam medis.⁶

Tenaga kesehatan seperti dokter dan dokter gigi, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan harus menjaga isi dari rekam medis. Kerahasiaan rekam medis harus dijaga agar tidak disalahgunakan sehingga isi dari rekam medis bisa digunakan sebagai barang bukti dipengadilan apabila terdapat kasus yang melanggar hukum seperti malpraktik.^{6,7}

FUNGSI DAN MANFAAT REKAM MEDIS

Rekam medis berisi tentang data diagnosis dan tindakan yang dilakukan kepada pasien. Tujuan rekam medis salah satunya adalah sebagai pembiayaan rumah sakit. Beban biaya pengobatan pasien rumah sakit yang bekerjasama dengan asuransi pemerintah (BPJS) telah ditetapkan sesuai dengan peraturan pemerintah, sehingga rumah sakit tidak berhak menentukan biaya pengobatan pasien.¹⁶

Rekam medis memiliki berbagai macam manfaat, salah satunya yaitu sebagai pedoman dan bahan untuk menentukan biaya pelayanan kesehatan yang dibebankan kepada pasien, keluarga pasien dan lembaga asuransi kesehatan seperti BPJS.

Rekam medis di Indonesia dijelaskan dalam Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 dapat digunakan sebagai berikut:¹⁷

1. Perawatan dan pengobatan pasien
2. Alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dan penegakkan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi
3. Keperluan pendidikan dan penelitian
4. Dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan; dan
5. Data statistik kesehatan

Manfaat rekam medis, yaitu:^{7,8}

1. Sebagai dasar dan pedoman untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang akan diberikan kepada pasien
2. Terciptanya rekam medis yang jelas dan lengkap untuk penyelenggaraan praktik kedokteran akan meningkatkan mutu pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan mewujudkan kesehatan masyarakat yang optimal
3. Rekam medis yang merupakan informasi tentang kronologis perjalanan penyakit, layanan medis, perawatan dan tindakan medis, berguna sebagai sumber informasi untuk pendidikan dan penelitian di bidang kedokteran dan kedokteran gigi
4. Rekam medis dapat digunakan sebagai pedoman dan bahan untuk menentukan pembiayaan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan dan dapat digunakan sebagai bukti pembiayaan pasien
5. Sebagai sumber statistik kesehatan untuk studi kesehatan masyarakat tertentu dan jumlah pasien dengan penyakit tertentu

Rekam medis merupakan salah satu bukti tertulis utama dan berguna dalam menyelesaikan masalah hukum, disiplin dan etika.⁷

C. KLAIM KESEHATAN

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) yang dimaksud klaim adalah tuntutan pengakuan atas sesuatu fakta bahwa seseorang berhak (memiliki atau mempunyai) atas sesuatu. Klaim adalah prosedur verifikasi oleh verifikasi independen terhadap persetujuan administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang sudah dijalankan oleh pihak Rumah Sakit.¹⁰

Klaim kesehatan adalah permohonan yang dibuat oleh fasilitas kesehatan yang ditujukan untuk perusahaan asuransi menagih bayaran atas tindakan yang telah dilakukan kepada anggota pengguna asuransi. Klaim dibuat oleh rumah sakit atau layanan kesehatan lainnya melalui proses yaitu administrasi klaim dengan tujuan untuk membayar klaim secara sah dan cepat sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Prosedur administrasi pada pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan menggunakan sistem paket INA-CBGs.¹⁰

PERSYARATAN PENGAJUAN KLAIM

Klaim pelayanan kesehatan Rumah Sakit harus diajukan paling lambat tanggal 10 dan harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim.¹²

Kelengkapan berkas klaim tersebut terdiri dari:¹³

- 1) Lembar Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang ditandatangani oleh peserta/keluarga
- 2) Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh DPJP
- 3) Hasil pemeriksaan penunjang
- 4) Surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan Rumah Sakit
- 5) *Checklist* klaim Rumah Sakit

PROSES VERIFIKASI KLAIM

Proses klaim yaitu suatu kegiatan untuk meneiti dan membuktikan bahwa telah terjadi kesepakatan dan melakukan pembayaran yang sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Proses verifikasi klaim bervariasi disetiap pelayanan. Secara umum, langkah-langkah prosedur klaim yaitu:¹¹

- 1) **Penerimaan dan Penetapan Klaim**
Dalam hal ini semua berkas-berkas yang diajukan akan di cek ulang dengan harapan berkas-berkas klaim yang telah diajukan tadi sudah memenuhi syarat sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- 2) **Telaah dan Verifikasi Klaim**
Klaim yang sudah diterima oleh pihak klaim sebelum dibayar akan dilakukan pengecekan terlebih dahulu. Tahapan yang perlu dilakukan yaitu:
 - a. Pihak yang mengajukan klaim sesuai
 - b. Formulir klaim yang akan diajukan sudah lengkap disertai tandatangan dokter penanggung jawab pasien (DPJP)
 - c. Kesesuaian klaim dengan kesepakatan kedua belah pihak mengenai batasan pelayanan, biaya, waktu pengajuan klaim dan pengecualian tindakan
 - d. Kewajiban klaim yaitu kewajiban natara diagnosa, jenis obat yang diberikan dan tindakan yang dilakukan

Tahap verifikasi administrasi klaim yang dilakukan oleh verifikator BPJS yaitu:

1. **Verifikasi Administrasi Kepesertaan**
Adalah memeriksa kesamaan isi dari berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan informasi kepesertaan yang dimasukkan dalam aplikasi INA-CBGs. Berkas SEP digunakan sebagai bukti kepesertaan yang akan menjadi syarat penting dalam proses pengajuan berkas klaim sebelum diajukan ke BPJS Kesehatan.
2. **Verifikasi Administrasi Pelayanan**

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi berkas klaim yaitu :

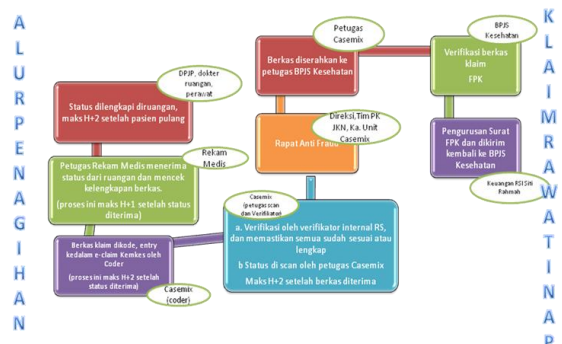
- a. Pastikan kode INA CBGs yang digunakan sudah disahkan oleh komite medik
- b. Spesialisasi dari Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sesuai dengan diagnosa yang diterima.
- c. Tindakan operasi dengan spesialisasi operator harus sesuai dengan kewenangan medis.
- d. Apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan validasi berkas maka berkas akan dikembalikan ke Rumah Sakit untuk dilengkapi

Proses verifikasi oleh petugas klaim di Rumah Sakit dilakukan melalui tahap berikut, yaitu:¹³

1. Pemeriksaan berkas meliputi kelengkapan berkas, isian dalam berkas dan biaya yang diajukan. Berkas yang harus lengkap antara lain SEP, bukti pelayanan yang mencantumkan diganosa dan prosedur serta ditandatangani oleh DPJP, resume medis, kode diagnosa pasien dan biaya pelayan dan prosedur yang dientri sesuai dengan kode INA CBGs yang dihasilkan
2. Melakukan konfirmasi, konfirmasi administrasi pelayanan adalah konfirmasi kepada coder dengan meminta bukti-bukti pendukung yang diperlukan, diagnosa primer ataupun sekunder dan prosedur dalam resume medis, apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti maka klaim yang telah diajukan akan dikembalikan kembali kepada petugas coding Rumah Sakit untuk dilengkapi dan diperbaiki



GAMBAR 1. ALUR PENAGIHAN RAWAT JALAN



GAMBAR 2. ALUR PENAGIHAN KLAIM RAWAT INAP

DAFTAR PUSTAKA

[1]. BPJS Kesehatan. Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan. *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan* 2017; 1–26.

[2]. BPJS. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan. *Pandu Prakt Pelayanan Kesehat* 2013; 2, 5-6.

[3]. BPJS Kesehatan No 5. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 5 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 tentang Administrasi Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan. *Peratur Badan Penyelenggara Jaminan Sos Kesehat Nomor 5 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peratur Badan Penyelenggara Jaminan Sos Kesehat Nomor 6 Tahun 2018 tentang Adm Kepesertaan Progr Jaminan Kesehat* 2020; 1–24.

[4]. RI KK. Panduan Layanan bagi Peserta BPJS Kesehatan. *Badan Penyelenggara Jaminan Sos* 2014; 1–5.

[5]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Panduan Layanan Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS).

Risikesdas 2018 2015; 3: 103–111.

[6]. Azis F, Deharja A. Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Pendistribusian Dokumen Rekam Medis ke Poli Bedah di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. *J-REMI J Rekam Med dan Inf Kesehatan* 2020; 1: 424–430.

[7]. Kholili U. Pengenalan Ilmu Rekam Medis Pada Masyarakat Serta Kewajiban Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit. *J Kesehat Komunitas* 2011; 1: 60–72.

[8]. Konsil Kedokteran Indonesia. Manual Rekam Medis. *Buku Man Rekam Medis* 2006; Depkes. (2: 23).

[9]. Manaida Risky Joko, Adisti A Rumayar, and Grace D Kandou. "Analisis Prosedur Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pancaran Kasih GMIM Manado." *E-Journal Health*. 2016 : 1-11

[10]. Arjono Agus, and Endang Ruswanti. "Penundaan Klaim BPJS Rawat Inap Disebabkan Ketidakeengkapan Rekam Medis (Studi kasus Di Rumah Sakit Sari Asih Karawaci Tangerang)." 2017: 1-15.

[11]. Lewiani, Nia, Lisnawaty, and Akifah. "Proses Pengelolaan Klaim Pasien BPJS Unit Rawat Inap Rumah Sakit DR. R. ISMOYO Kota Kendari Tahun 2016." *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*. 2017; 2: 1-16

[12]. Perjanjian Kerja Sama RSI Siti Rahmah Nomor 001/PKS-DIR/RSI-SR/2022 *tentang tata cara pengajuan dan pembayaran klaim pelayanan kesehatan*.

[13]. BPJS Kesehatan. Panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan. *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan* 2017

[14]. Nomeni, Honcy Ernesta "Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim Pasien BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Soe." *Media Kesehatan Masyarakat*. 2020; 2: 1-14

[15]. Maimun, nur "Faktor-Faktor Proses Keterlambatan Pelayanan Klaim Asuransi (BPJS) di Rumah Sakit Bersalin Annisa Pekanbaru." *Jurnal Kesehatan Komunitas*. 2020; 6: 188-193

[16]. Klaim JKN Dengan Kelengkapan Rekam Medik. <https://rsudmangusada.badungkab.go.id/promosi/read/43/klaim-jkn-dengan-kelengkapan-rekam-medis>

[17]. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis. Jakarta : Menkes RI; 2008