



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL 5

AUDIT KODING

Mata Kuliah: Case-mix (Manajemen Asuransi Kesehatan)



**Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia .**

Case-mix : Audit Kodng
Kode Mata Kuliah : RMIK401
Tanggal Mulai : 18 Januari 2022

CASE-MIX

Modul: Audit Kodng



Niko Tesni Saputro
Alfian Eka Pradana

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Case-mix dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang sistem genitourinari dan reproduksi, pada mata kuliah Case-mix. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

1. Pengantar	4
2. Capaian Pembelajaran	4
3. Kajian	5
4. Tujuan Pembelajaran	5
5. Luaran	5
6. Audit Koding	6
7. Penugasan	13
8. Referensi	15

1. Pengantar

Mata kuliah ini memuat materi tentang system pembayaran pelayanan kesehatan secara pake (casemix) system asuransi dan BPJS Kesehatan dalam pengimplementasiannya di tempat pelayanan kesehatan khususnya di Rumah Sakit. Casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan grouper. Dengan sistem casemix output pelayanan kesehatan rumah sakit yang sangat beragam bisa lebih disederhanakan. Karena manfaatnya yang besar, system casemix digunakan untuk metode pembayaran pelayanan kesehatan diberbagai negara. Pembayaran pelayanan kesehatan di rumah sakit berdasarkan paket atau grup-grup casemix, bukan lagi per item pelayanan (fee for service). Ulasan materi pembelajaran meliputi konsep dasar casemix, data-data yang dibutuhkan dalam sistem casemix, sistem klasifikasi penyakit dan prosedur pada sistem casemix, sejarah dan kandungan buku ICD X sebagai dasar pengkodean diagnosis penyakit pada sistem casemix, sejarah dan kandungan ICD 9 CM sebagai dasar pengkodean prosedur medis pada sistem casemix, sistem anatomi dasar dan terminologi medis untuk pengkodean prosedur medis pada sistem casemix, teknik pembiayaan pada sistem casemix, pembentukan tarif CBGs berdasarkan sistem casemix, clinical pathways dalam sistem casemix, teknologi informasi dalam sistem casemix, dan perkembangan sistem casemix di Indonesia.

Modul Case-mix, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur praktik, dalam melaksanakan kegiatan praktikum selama Semester Genap di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul praktik ini berisi tentang materi Case-mix.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang case-mix

3. Kajian

- a. Terminologi medis: dasar pembentukan audit koding
- b. Praktik pemberian koding.
- c. Anatomi, fisiologi, dan patologi terkait istilah audit koding.
- d. Praktik pembentukan kode.

4. Tujuan Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang case-mix

- a. Peserta didik mampu memahami tentang audit koding.
- b. Peserta didik mampu memahami tentang aturan dan tata cara kodefikasi penyakit dan tindakan pada audit koding.
- c. Peserta didik mampu melakukan praktik audit koding.
- d. Peserta didik mampu memahami tentang audit koding
- e. Peserta didik mampu melakukan praktik pembentukan istilah medis terkait istilah audit koding

5. Luaran

- a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan konsep case-mix.
- b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan aturan dan tata cara audit koding.
- c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam melakukan praktik audit koding.
- d. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan audit koding.
- e. Peserta didik memiliki kompetensi dalam melakukan praktik audit koding.

6. Audit Koding

a. Pengertian

Audit adalah pemeriksaan dokumen (pertanggung jawaban secara berkala, yaitu pengujian kebenaran, efektivitas rekaman serta penilaian informasi hasil olahan rekaman terkait.

b. Tujuan

Memastikan bahwa perekaman, penyimpanan dan prosedur pengambilan kembali data diagnoses terpelihara, mampu melindungi tercapainya Standard Uniformitas Komparabilitas serta kualitas produk rekaman yang telah dihasilkan.

c. Jenis – jenis Permasalahan Koding

1. Diagnosis / tindakan tidak spesifik

Saat pasien pulang dari perawatan seyogianya seorang dokter telah dapat menentukan diagnose akhir pasien yang dicatat pada resume medis. Kelengkapan resume medis pasien terutama pada diagnose utama dan sekunder serta tindakan yang diberikan kepada pasien akan memudahkan seorang koder dalam menentukan diagnosis utama dan diagnosis sekunder yang akan dikoding.

2. Diagnosis/tindakan tidak ditulis

Kelengkapan pencatatan rekam medis merupakan faktor yang berpengaruh dalam memberikan koding penyakit dan tindakan yang tepat dan akurat. Bagaimanapun kemampuan seorang koder yang baik, jika pencatatan dalam rekam medis tidak lengkap maka seorang koder tidak dapat melakukan koding dengan baik.

3. Diagnosis/tindakan tidak lengkap

Pencatatan rekam medis yang baik akan membantu koder dalam menetapkan koding yang tepat. Pada pencatatan yang tidak lengkap baik diagnose maupun tindakan akan membuat koding yang dihasilkan tidak tepat atau tidak akurat.

4. Tulisan dokter tidak terbaca

Pada kasus tertentu pencatatan dalam rekam medis pasien kadangkala tidak dapat dibaca oleh koder. Ada dokter-dokter tertentu yang menulis dalam rekam

medis dengan tulisan yang tidak terbaca. Tindakan yang dilakukan oleh koder sesuai kaidah dalam penyelenggaraan dan mutu rekam medis maka, mencoba dibaca oleh orang kedua dan orang ketiga. Apabila tidak dapat dibaca, maka rekam medis hendaknya dikembalikan kepada dokter untuk memastikan tulisan yang dibuat.

Angka keterbacaan tulisan dokter memang masih menjadi kendala di beberapa rumah sakit. Salah satu upaya yang dilakukan adalah dengan menerapkan rekam medis elektronik.

5. Singkatan tidak standar

Sesuai ketentuan dalam standar akreditasi rumah sakit, hendaknya rumah sakit mempunyai daftar singkatan yang berlaku di rumah sakit. Salah satu isi dari daftar singkatan tersebut adalah singkatan dari diagnosis dan tindakan yang digunakan di rumah sakit. Setiap orang terutama tenaga kesehatan hendaknya menggunakan daftar singkatan ini sebagai pedoman dalam melakukan pencatatan dalam rekam medis pasien.

Pada kasus-kasus tertentu, seorang dokter dan dapat saja menulis diagnose pasien di luar daftar singkatan, yang mengakibatkan koder tidak paham dengan apa yang ditulis dokter. Koder sebaiknya berkoordinasi dengan dokter yang bersangkutan tentang singkatan yang ditulis tersebut. Dan setelah diketahui singkatan yang dimaksud, jangan lupa tuliskan dalam daftar singkatan rumah sakit.

6. Prosedur tidak dilakukan tetapi di koding

Prosedur yang di koding adalah prosedur yang dilakukan kepada pasien, maka tindakan yang dikoding hendaknya tindakan yang telah dilakukan kepada pasien. Misalnya pasien batal dilakukan operasi, maka koder tidak boleh melakukan koding pada pasien tersebut.

Oleh karena itu perlu kehati-hatian seorang koder terhadap hal ini, agar tidak timbul dugaan kecurangan/fraud yang dilakukan oleh koder. Cek kembali berkas yang telah diinput agar tidak terjadi kesalahan penginputan. Perhatikan juga etik koder dan hindari ajakan kerja sama untuk melakukan hal-hal yang tidak sesuai dengan aturan yang berlaku.

7. Prosedur dilakukan tetapi tidak di koding

Setiap prosedur yang dilakukan oleh tenaga ahli, diberikan kode tindakan sesuai ICD9 CM. Kode-kode prosedur tersebut akan terkait dengan jumlah pembiayaan yang dapat diklaim dalam aplikasi INA-CBG's. Seorang koder harus saksama membaca rekam medis pasien untuk mengetahui tindakan apa saja yang dilakukan kepada pasien. Apabila tidak teliti dan hati-hati dapat terjadi tindakan yang dilakukan tidak dikoding, dalam hal ini akan merugikan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan.

8. Salah Koding

Permasalahan berikutnya dalam koding adalah kesalahan memberi kode. Keakuratan dan ketepatan koder dalam member kode tentu dipengaruhi oleh kompetensi dan kemampuan koder dalam menentukan kode. Pengetahuan dan keterampilan koder harus terus ditingkatkan agar tidak terjadi kesalahan pemberian kode yang berdampak pada pembiayaan. Teliti dan baca kembali diagnose yang ditulis dokter dan lakukan pengkodean sesuai kaidah koding yang berlaku.

d. KASUS-KASUS PERMASALAHAN KODING

Dalam proses pengajuan klaim pasien BPJS dari fasilitas pelayanan kesehatan ke BPJS kesehatan sering ditemukan permasalahan-permasalahan terkait koding pasien BPJS. Dalam perkembangannya BPJS dan Kementerian Kesehatan bersama organisasi profesi dan PERSI berusaha menjembatani permasalahan yang ada.

Permasalahan-permasalahan tersebut dapat terdiri dari permasalahan koding, medis dan hal-hal lain yang terkait dengan proses klaim tersebut. Maka sebagai koder harus memahami permasalahan-permasalahan apa saja yang ada dalam proses klaim dan bagaimana menyelesaikan permasalahan tersebut sesuai kesepakatan dan kebijakan yang berlaku dalam pengelolaan pasien BPJS.

Sesuai dengan Surat Edaran Nomor hk.03.03/menkes/518/2016 tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional, beberapa permasalahan koding yang ditemukan dan disepakati penyelesaiannya adalah sebagai berikut:

- Pada kasus-kasus HIV ditambahkan kode candidiasis (B.37) Pada kasus HIV tidak dapat dikoding sendiri-sendiri/terpisah tetapi dikoding dengan kode kombinasi, jadi seharusnya B20.4 dan B.37 tidak dikoding.
- Permasalahan: Koding Hipertensi disertai dengan kode Chronic Health Failure (CHF) dan Renal Failure (RF). Kesepakatan: Diagnosis hipertensi dan gagal jantung atau dan gagal ginjal hanya dapat dikoding dengan satu koding kombinasi tanpa mengentri gagal jantung/gagal ginjalnya (Permenkes no. 27 Tahun 2014).
- Permasalahan : Penagihan Top Up obat kelasi/Thalasemia (Deferipron dan Deferoxamin) dalam sebulan lebih dari satu kali. Kesepakatan: Top up klaim obat kelasi (pada klaim rawat inap) hanya dapat dikoding 1x sebulan (sesuai Permenkes No.59 tahun 2014).
- Permasalahan: Hiperglikemia dicoding terpisah dengan diagnosis utama seperti DM (E10-E14).
Kesepakatan: Hiperglikemi (R73.9) tidak dapat menjadi diagnosis utama jika ada diagnosis lain yang lebih spesifik.
- Permasalahan:
 - Tonsilektomi dikoding dengan Kauter Faring (28.2 dan 29.39).
 - Appendectomy dengan laparotomi (47.0+54.1).
 - Herniotomi dengan laparotomi (53.9+54.).
 - Insisi Peritoneum (54.95): Tindakan operasi dikoding terpisah-pisah misalnya SC/appendectomy dengan insisi peritoneum.
 - Endotrakeal Tube (96.04). Pada operasi atau tindakan yang perlu pemasangan endotracheal tube dikoding terpisah.
 Kesepakatan: Prosedur yang merupakan bagian dari prosedur utama tidak dapat dikoding
- Permasalahan : Penggunaan Kejang sebagai Diagnosis sekunder menyebabkan peningkatan biaya klaim.

- Kesepakatan: Jika diagnosis Kejang disertai hasil pemeriksaan penunjang (EEG) atau terapi yang sesuai (diazepam, fenitoin, atau valproat) maka dapat dikoding.
- Permasalahan:
 - Pasien dirawat inap kan 1 hari.
 - Penentuan Eksisi massa soft tissue tumor, biasa disalahgunakan selalu dikoding 83.39 (Exkicion of Lession of other soft tissue) dibandingkan 86.3 (other local exicion or destruction of lession tissue of skin subcutaneous tissue. Dampak :Biaya koding 83.39 lebih tinggi dari 86.3, RI>RJ.

Kesepakatan: Pasien dengan tindakan eksisi soft tissue tumor dapat dirawat inap :

- a. sesuai dengan indikasi medis pasien.
- b. dengan narkose umum².

Penggunaan kode berdasarkan lokasi STT : a. kode 83.39 untuk STT yang lokasinya dalam (deep) b. kode 86.3 untuk STT yang superfisial.

- Permasalahan: Persalinan normal sering dikoding dengan lacerasi perineum dengan tindakan repair perineum (75.69).
Kesepakatan: Repair pada rutin episiotomy saat persalinan normal dikoding dengan 73.6 (bukan kode 75.69).
- Permasalahan: Penggunaan kode 88.76 atau 88.79 pada koding USG kehamilan, biasanya pada kasus rawat jalan.
Kesepakatan: USG pada kehamilan dapat dikoding menggunakan kode 88.78 (bila terbukti melakukan tindakan USG).
- Permasalahan: Pada kasus-kasus dengan pemasangan WSD (34.04) sering disalahgunakan dengan menambah koding puncture of lung (33.93)
Kesepakatan: Pada kasus-kasus dengan pemasangan WSD (34.04) sering

disalahgunakan dengan menambah koding puncture of lung (33.93).
Koding tindakan WSD adalah 34.04.

- Permasalahan: Penggunaan Collar neck dikode Insertion Other Spinal Device (84.59) karena langsung dikode oleh dr. Sp.OT
Kesepakatan: Collar neck tidak perlu dikoding karena Collar neck termasuk alat kesehatan yang dibayar namun tidak menggunakan sistem INA-CBG.
- Permasalahan: Pasien hamil dirawat dr. Sp.PD dengan kasus penyakit dalam (Contoh DHF). Bagaimana diagnosis sekundernya?
Kesepakatan: DHF pada pasien hamil. Jika Sp.PD yang merawat :
koding diagnosis utama: kode DHF (A91), sedangkan diagnosis sekunder adalah kode "O"
- Permasalahan: Penggunaan Gas Gangrene sebagai diagnosis sekunder, biasanya didiagnosis gangrene dikoding gas gangrene.
Kesepakatan: Penegakan diagnosis Gas Gangrene: pada pemeriksaan fisik didapatkan adanya krepitasi di bawah kulit dan mukosa atau pada foto rontgen didapatkan adanya gas dilokasi gangren2. Sesuai kaidah ICD jika gangrene saja dapat dikode R02, Sedangkan pada kasus DM, Gas Gangrene dikode A48.0 dan gangrene DM diberi kode E10-E14 (sesuai dengan jenis DM) dengan digit terakhir .5 (contoh Gangrene DM Tipe 2 di kode E11.5).
- Permasalahan: Kode O82 digunakan sebagai diagnosis utama jika penyulit persalinan adalah kode O42.0 dan O42.1.
Kesepakatan: Kode O82 digunakan sebagai diagnosis utama jika ada penyulit dalam persalinan, seperti contohnya O42.0 & O42.1 dengan tindakan seksio sesarea yang menghasilkan proses grouping persalinan vaginal.
- Permasalahan: Pemasangan infus pump menggunakan kode 99.18 hanya untuk kasus persalinan.
Kesepakatan: Pemasangan infus pump menggunakan kode 99.18 untuk semua kasus.

- Permasalahan: Kemoterapi oral dikoding sebagai kemoterapi.
Kesepakatan: Tindakan kemoterapi menggunakan kode Z51.1.

Permasalahan-permasalahan koding yang telah disepakati bersama adalah menjadi pedoman dalam menentukan koding terkait pelayanan BPJS di fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan berkembangnya permasalahan-permasalahan yang ada karena perbedaan pendapat antara salilitas pelayanan kesehatan dengan BPJS kesehatan maka terbit surat kesepakatan permasalahan koding yang dapat dipelajari lebih lanjut dalam Berita Acara Kesepakatan Bersama Penyelesaian Kasus Dispute Klaim No.401/BA/0717, No. KS.02.02/3/1201/2017 dari Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan pada Agustus 2017. Koder dapat menggunakan kebijakan ini dalam melakukan koding yang sesuai dengan kebijakan BPJS. (PPSDM, 2018)

7. Penugasan

a. Tugas 1

- 1) Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi koding penyakit dan tindakan menjadi berkualitas?
- 2) Seorang pasien datang ke rumah sakit karena mengalami kejang-kejang. Pasien kemudian dirawat dan dilakukan pemeriksaan dan diberikan therapy selama dalam perawatan. Pada saat pasien pulang dan koder melakukan koding, apa saja yang harus terpenuhi jika pasien akan dikoding dengan diagnose kejang?
- 3) Untuk mengurangi terjadinya permasalahan dalam pengkodean penyakit dan tindakan, apa sajakah upaya yang dapat dilakukan oleh seorang koder?

b. Tugas 2

- 1) Pasien dengan tonsilektomi tidak dapat dikoding dengan Kauter Faring (28.2 dan 29.39), walaupun saat operasi, pasien dilakukan kedua tindakan tersebut. Kedua tindakan di atas tidak dapat dikoding terpisah karena....
 - A. prosedur yang merupakan bagian dari prosedur utama tidak dapat dikoding
 - B. prosedur yang merupakan bagian dari prosedur utama sama-sama dikoding
 - C. prosedur Kauter Faring tidak dilakukan saat pasien dioperasi
 - D. kauter faring bukan prosedur baku untuk Tonsilektomi
 - E. prosedur tambahan tidak perlu dikoding
- 2) Pasien masuk rumah sakit karena Carcinoma mammae dan akan dilakukan Chemoterapi. Pasien dirawat oleh dokter ahli Carcinoma. Kode yang tepat untuk pasien tersebut adalah....
 - A. Z51.0
 - B. Z51.1
 - C. Z51.2
 - D. Z51.3
 - E. Z51.9
- 3) Seorang pasien dirawat di rumah sakit karena Gangrene. Pada pemeriksaan fisik tidak ada krepitasi di bawah kulit dan mukosa dan pada foto rontgen tidak ditemukan adanya gas dilokasi gangrene. Pasien tidak

mempunyai riwayat Diabetes Mellitus. Kode yang tepat untuk pasien tersebut adalah....

- A. R02 dan A48.0
 - B. A48.0
 - C. R02
 - D. R00
 - E. R09
- 4) Seorang ibu sedang hamil 25 pekan datang ke rumah sakit karena mengalami buangbuang air sudah 5 kali. Pasien dirawat oleh dokter penyakit dalam dan diberikan therapy sesuai penyakit yang dialaminya. Kode yang tepat untuk kasus di atas adalah....
- A. Kode A09 sebagai diagnose utama kode O diagnose sekunder
 - B. Kode O sebagai diagnose utama kode A09 diagnose sekunder
 - C. Kode A09 sebagai diagnose utama
 - D. Kode O sebagai diagnose utama
 - E. Kode Z sebagai diagnose utama
- 5) Dalam melakukan pengodean penyakit, untuk kemudahan pemberian kode perlu dihindari penggunaan singkatan yang tidak terstandar. Yang perlu disiapkan fasilitas pelayanan agar hal tersebut tidak terjadi adalah....
- A. membuat daftar singkatan
 - B. melarang dokter menulis singkatan
 - C. mencari singkatan tersebut di media social
 - D. memberi peringatan kepada dokter yang menulis singkatan
 - E. menanyakan kepada dokter saat menemukan singkatan baru

Penilaian:

Dinilai secara kualitatif dengan *range* nilai dari 0 sampai 100.

8. Referensi

PPSDM, B. (2018, Agustus). Retrieved from http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2018/09/Manajemen-Informasi-Kesehatan-V_SC.pdf

1. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				
2				
3				

Nilai Akhir: _____

Pengampu,



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL 6

ETIKA KODING

Mata Kuliah: Case-mix (Manajemen Asuransi Kesehatan)



**Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia .**

Case-mix : Etika Koding
Kode Mata Kuliah : RMIK401
Tanggal Mulai : 18 Januari 2022

CASE-MIX

Modul: Etika Koding



Niko Tesni Saputro
Alfian Eka Pradana

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Etika Koding dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang sistem genitourinari dan reproduksi, pada mata kuliah Case-mix Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Kata Pengantar	2
Daftar Isi	3
1. Pengantar	4
2. Capaian Pembelajaran	4
3. Bahan Kajian	4
4. Tujuan Pembelajaran	5
5. Luaran	5
6. Anatomi dan Fisiologi	7
a. Sistem Genitourinari	7
b. Ginjal	7
c. Ureter	9
d. Kandung Kemih	10
e. Uretra	11
7. Penugasan	12
a. Tugas 1	12
b. Tugas 2	14
c. Tugas 3	19
8. Referensi	21
9. Lembar Catatan Pembelajaran	22

1. Pengantar

Mata kuliah ini memuat materi tentang system pembayaran pelayanan kesehatan secara pake (casemix) system asuransi dan BPJS Kesehatan dalam pengimplementasiannya di tempat pelayanan kesehatan khususnya di Rumah Sakit. Casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan grouper. Dengan sistem casemix output pelayanan kesehatan rumah sakit yang sangat beragam bisa lebih disederhanakan. Karena manfaatnya yang besar, system casemix digunakan untuk metode pembayaran pelayanan kesehatan diberbagai negara. Pembayaran pelayanan kesehatan di rumah sakit berdasarkan paket atau grup-grup casemix, bukan lagi per item pelayanan (fee for service). Ulasan materi pembelajaran meliputi konsep dasar casemix, data-data yang dibutuhkan dalam sistem casemix, sistem klasifikasi penyakit dan prosedur pada sistem casemix, sejarah dan kandungan buku ICD X sebagai dasar pengkodean diagnosis penyakit pada sistem casemix, sejarah dan kandungan ICD 9 CM sebagai dasar pengkodean prosedur medis pada sistem casemix, sistem anatomi dasar dan terminologi medis untuk pengkodean prosedur medis pada sistem casemix, teknik pembiayaan pada sistem casemix, pembentukan tarif CBGs berdasarkan sistem casemix, clinical pathways dalam sistem casemix, teknologi informasi dalam sistem casemix, dan perkembangan sistem casemix di Indonesia.

Modul Case-mix, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur praktik, dalam melaksanakan kegiatan praktikum selama Semester Genap di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul praktik ini berisi tentang materi Case-mix.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang asuransi kesehatan.

3. Bahan Kajian

- a. Terminologi medis: dasar pembentukan istilah medis pada sistem genitourinari dan reproduksi.
- b. Praktik klasifikasi dan kodifikasi penyakit dan masalah terkait istilah medis pada sistem genitourinari dan reproduksi (gejala, diagnosis, tindakan medis, singkatan, kasus, penentuan *leadterm*, penentuan kode).
- c. Anatomi, fisiologi, dan patologi terkait istilah medis pada sistem genitourinari dan reproduksi.
- d. Praktik pembentukan istilah medis terkait istilah medis pada sistem genitourinari dan reproduksi.

4. Tujuan Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang anatomi, fisiologi, patologi, terminologi medis, dan praktik pembentukan istilah medis terkait istilah medis pada sistem genitourinari, serta klasifikasi dan kodifikasi terkait sistem istilah medis pada sistem genitourinari.

- a. Peserta didik mampu memahami tentang terminologi medis: konsep dasar pembentukan istilah medis pada istilah medis pada istilah medis pada sistem genitourinari dan reproduksi.
- b. Peserta didik mampu memahami tentang aturan dan tata cara kodifikasi penyakit dan tindakan pada istilah medis pada sistem genitourinari dan reproduksi.
- c. Peserta didik mampu melakukan praktik klasifikasi dan kodifikasi penyakit dan masalah terkait istilah medis pada sistem genitourinari dan reproduksi.
- d. Peserta didik mampu memahami tentang anatomi, fisiologi, dan patologi terkait istilah medis pada sistem genitourinari dan reproduksi.
- e. Peserta didik mampu melakukan praktik pembentukan istilah medis terkait istilah medis pada sistem genitourinari dan reproduksi.

5. Luaran

- a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan konsep terminologi medis: konsep dasar pembentukan istilah medis pada istilah medis pada sistem genitourinari dan reproduksi.

- b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan aturan dan tata cara kodefikasi penyakit dan tindakan pada istilah medis pada sistem genitourinari dan reproduksi.
- c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam melakukan praktik klasifikasi dan kodefikasi penyakit dan masalah terkait istilah medis pada sistem genitourinari dan reproduksi (gejala, diagnosis, tindakan medis, singkatan, kasus, penentuan *leadterm*, penentuan kode).
- d. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan konsep anatomi, fisiologi, dan patologi terkait istilah medis pada sistem genitourinari dan reproduksi.
- e. Peserta didik memiliki kompetensi dalam melakukan praktik pembentukan istilah medis terkait istilah medis pada sistem genitourinari dan reproduksi.

6. Pengertian dan Proses

a. Pengertian

Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) yang diterbitkan oleh WHO serta memberikan kode tindakan/prosedur sesuai dengan ICD-9-CM (International Classification of Diseases Revision Clinical Modification). (PMK 76, 2016) Koding penyakit dan tindakan sangat penting dalam sistem pembiayaan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan baik FKRTL maupun FKTP, yang akan menentukan besar biaya dalam pembayaran pelayanan kesehatan. Aturan dan pedoman koding yang digunakan dalam aplikasi INA-CBG adalah aturan koding morbiditas. Klasifikasi penyakit adalah satu sistem pengelompokan (categories) penyakit, cedera dan kondisi kesehatan serta prosedur yang disusun sesuai kriteria yang telah ditentukan dan disepakati bersama (WHO). ICD adalah klasifikasi penyakit yang disusun oleh para pakar statistik kesehatan masyarakat, patologi-anatomis, spesialis medis, wakil-wakil resmi dari negara-negara anggota WHO (Naga, 2016).

Diagnosis atau serangkaian diagnoses atau ringkasan diagnosis adalah penting bagi analisis kualitas asuhan medis, pelayanan kesehatan masyarakat dan merupakan jumlahrupiah yang harus disediakan fasilitas untuk menyediakan sarana sumber daya yang siap pakai, dan merupakan jumlah biaya yang harus dibayar kembali oleh pengguna jasa pelayanan, individual pasiennya atau pihak ketiga penanggung biaya. Di dalam system pelayanan rumah sakit ini diolah melalui sistem DRGs-Casemix (INA-DRG \diamond INA-CBGs). Kode diagnoses adalah alat komunikasi antartenenaga profesional medis dokter, antardokter dengan pasien, antar-dokter dengan direktur pelayanan operasional, antar-rumah sakit dengan rumah sakit, rumah sakit dengan Dinas Kesehatan setempat, rumah sakit dengan Kementerian Kesehatan, dan antar-rumah sakit dengan pihak ketiga lain-lain (di antaranya: Badan Asuransi Kesehatan). Koding dalam INA-CBG menggunakan ICD-10 revisi Tahun 2010 untuk mengkode

diagnosis utama dan diagnosis sekunder serta menggunakan ICD-9-CM revisi Tahun 2010 untuk mengkode tindakan/prosedur. Sumber data untuk mengkode INA-CBG berasal dari resume medis, yaitu data diagnosis dan tindakan/prosedur, apabila diperlukan dapat dilihat dalam berkas rekam medis. Ketepatan koding diagnosis dan tindakan/prosedur sangat berpengaruh terhadap hasil grouper dalam aplikasi INA-CBG.

Diagnosis utama adalah diagnosis yang ditegakkan oleh dokter pada akhir episode perawatan yang menyebabkan pasien mendapatkan perawatan atau pemeriksaan lebih lanjut. Jika terdapat lebih dari satu diagnosis, maka dipilih yang menggunakan sumber daya paling banyak. Jika tidak terdapat diagnosis yang dapat ditegakkan pada akhir episode perawatan, maka gejala utama, hasil pemeriksaan penunjang yang tidak normal atau masalah lainnya dipilih menjadi diagnosis utama.

Diagnosis Sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode perawatan. Diagnosis sekunder merupakan komorbiditas dan/atau komplikasi. Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi yang sudah ada sebelum pasien masuk rawat dan membutuhkan pelayanan kesehatan setelah masuk maupun selama rawat. Komplikasi adalah penyakit yang timbul dalam masa perawatan dan memerlukan pelayanan tambahan sewaktu episode pelayanan, baik yang disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul akibat dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien (PMK 76, 2016).

b. Proses Koding

Dalam proses koding penyakit pada sarana pelayanan kesehatan, saat ini adalah menggunakan ICD 10 untuk koding penyakit dan ICD-9CM untuk koding tindakan. Untuk melakukan koding tersebut maka koder harus memahami bagaimana proses dalam pengkodean tersebut.

Buku ICD-10 terdiri dari 3 (tiga) jilid yang merupakan volume 1 sampai 3, sebagai berikut:

Volume 1:

berisi daftar tabulasi seluruh sebutan penyakit/kondisi sakit atau gejala, simtoma penyakit dan masalah terkait kesehatan berikut sebab luar cedera, yang dikenal di dunia ini sampai dengan terbitan buku yang diadaptasi secara tahunan. Ejaan sebutan penyakit di Volume 1 ini menggunakan ejaan bahasa Inggris. (Contoh: labour, oesophagus, oedema).

Volume 2:

Adalah manual pengenalan dan instruksi cara menggunakan buku volume 1 dan 3, disertai panduan terkait sertifikasi medis dan rules pengkodean Morbiditas dan Mortalitas beserta pengaturan presentasi statistical.

Di ICD-Vol 2 edisi terkini ada lampiran daftar Diagnoses yang tidak bisa menjadi penyebab timbulnya Diabetes Mellitus.

Volume 3:

adalah daftar indeks alfabetis penyakit serta kondisi sakit, sebab luar penyakit/cedera yang bisa ditemukan pada daftar tabulasi Volume 1 dilengkapi dengan indeks alfabetis nama generik obat dan zat kimia. Ejaan sebutan penyakit di Volume 3 ini menggunakan ejaan bahasa Inggris-Amerika. (Contoh: labor, esophagus, edema)(Naga, 2016)

Aturan penulisan diagnosis adalah sebagai berikut : (PMK 76, 2016)

1. Diagnosis hendaknya ditulis dengan jelas dan informatif agar dapat diklasifikasikan dengan tepat. Contoh penulisan diagnosis:

- Anemia pada kanker lambung
 - Appendisitis kronis eksaserbasi akut
 - Measles complicated by pneumonia
 - Neuropathy Diabetikum, Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus
 - Luka bakar derajat dua telapak kaki kanan
2. Jika tidak terdapat diagnosis yang dapat ditegakkan pada akhir episode perawatan,
maka gejala utama, hasil pemeriksaan penunjang yang tidak normal atau masalah
lainnya dipilih menjadi diagnosis utama (PMK 76, 2016).
3. Diagnosis untuk kondisi multipel seperti cedera multipel, gejala sisa (sekuele) multiple dari penyakit atau cedera sebelumnya, atau kondisi multipel yang terjadi pada penyakit human immunodeficiencyvirus (HIV), jika salah satu kondisi yang jelas lebih berat dan lebih banyak menggunakan sumber daya dibandingkan dengan yang lain dicatat sebagai diagnosis utama dan yang lainnya sebagai diagnosis sekunder. Jika tidak ada satu kondisi yang menonjol, maka digunakan ‘fraktur multipel’ atau ‘penyakit HIV yang menyebabkan infeksi multipel sebagai diagnosis utama dan kondisi lainnya sebagai diagnosis sekunder (PMK 76, 2016).
- Jika suatu episode perawatan ditujukan untuk pengobatan atau pemeriksaan
gejala sisa (sekuele) suatu penyakit lama yang sudah tidak diderita lagi, maka diagnosis sekuele harus ditulis dengan asal-usulnya.
- Contoh :
- Septum hidung bengkok karena fraktur hidung di masa kanak-kanak
 - Kontraktur tendon Achilles karena efek jangka panjang dari cedera tendon
4. Jika terjadi sekuele multipel yang pengobatan atau pemeriksaannya tidak difokuskan pada salah satu dari kondisi sekuele mutipel tersebut, maka bisa ditegakkan diagnosis sekuele multipel. Contoh: “sekuele cerebrovaskuler accident (CVA)” atau “sekuele fraktur multipel” (PMK 76, 2016).

Untuk melakukan pengkodean penyakit dan tindakan tersebut, Runtunan Tindakan

Analisis Kualitatif yang terkait dengan Data Diagnosis adalah:

- a. Kaji lembar pertama RM terkait kelengkapan dan akurasi. Apakah kondisi utama tertera di halaman pertama (Front sheet) dan bertanda tangan dokter yang melayani/merawat, di kolom/tempat yang disediakan.
- b. Baca discharge summary (ringkasan pulang pasien) terkait informasi diagnosis pasien dan tindakan yang telah dilakukan terhadapnya.
- c. Cek bahwa pernyataan diagnosisnya ditunjang bukti di dalam rekam medis pasien.

Sebagai contoh : di antaranya :

Apa ada laporan hasil PA, laboratorium khusus, laboratorium kimia dsb.

Apa ada hasil X-ray yang terlampir dan apakah ada hasil MRI atau metode

pemeriksaan lain yang telah dilaksanakan kepada pasien terkait?

- d. Kaji kembali catatan tentang kemajuan pasien (Progress Note).
- e. Cek Rekam Medis untuk menentukan item-item apa saja yang harus dikode.
- f. Apabila diatur bahwa hanya 1 (satu) kondisi utama yang dikode, pengkode harus mencari nomor kode sesuai manual pengkodean ICD-10, volume 2, dan tulis kodenya pada kolom yang tersedia di lembar pertama (Front sheet) dari Rekam Medis yang berlaku.
Penentuan kode diagnosis tidak bisa melalui jalan pintas, tanpa menelusuri melalui buku ICD, langsung menghafal kode penyakit yang telah dikenal melalui format laporan. Ini berarti data sekunder bukan data primer.
- g. Apabila rumah sakit atau negara telah menentukan harus mendata external cause (sebab luar) cedera atau gangguan lain, maka pengkode harus tahu kasus yang mana yang benar terjadi akibat suatu

sebab luar, dan kepada kondisi tersebut diberi kode sesuai peraturan ICD-10 (V, W, X, atau Y) dan dilengkapi dengan peraturan setempat terkait cara pemanfaatan nomor kode sebab luar.

- h. Apabila tindakan operasi (pembedahan) harus diberi kode, gunakan ICPM atau sistem klasifikasi tindakan lain yang diharuskan (di antaranya: ICD-9-CM volume 3). Ikutilah manual cara penggunaan buku-buku sistem klasifikasi tindakan yang dimaksud, dengan tertib, presisi tinggi dan akurat, serta tepat. Catatan: sudah semenjak tahun 2007-2020 Kementerian Kesehatan di Indonesia mengharuskan penggunaan ICD-9-CM volume 3 untuk mengkode tindakan bagi kepentingan pelayanan Asuransi Kesehatan Masyarakat yang mulai dikembangkan.
- i. Apabila semua diagnoses per pasien harus dikode (multiple coding), pengkode harus mengikuti semua prosedur dengan menentukan: mana yang utama, mana yang tambahan (additional), mana yang co-morbid dan diagnoses mana yang merupakan komplikasi dari kondisi utama, kerjakan sesuai aturan, konvensi pengkodean ICD-10, WHO (Baca di ICD-10 Vol. 2).

Langkah – langkah koding menggunakan ICD 10 : (PMK 76,2016)

- Identifikasi tipe pernyataan yang akan dikode dan lihat di buku ICD volume 3 (Alphabetical Index). Jika pernyataannya adalah penyakit atau cedera atau lainnya diklasifikasikan dalam bab 1-19 dan 20-21 (Section Volume 3). Jika pernyataannya adalah penyebab luar atau cedera diklasifikasikan pada bab 20 (Section II Volume 3)
- 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.
- Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk di bawah kata kunci.

- Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan indentasi di bawah lead term (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum.
- Ikuti setiap petunjuk rujukan silang (“see” dan “see also”) yang ditemukan dalam index
- 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

Baca setiap inclusion atau exclusion dibawah kode yang dipilih, di bawah bab, di bawah blok atau di bawah judul kategori

Contoh :

- E10 Insulin-dependent diabetes mellitus

Includes : diabetes (mellitus)

- Brittle
- juvenile-onset
- ketosis-prone
- type 1

Excludes : diabetes mellitus (in) :

- malnutrition-related (*E12.-*)
- neonatal (*P70.2*)
- pregnancy, childbirth and the puerperium (*O24.-*)

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).

Jika koder tidak berhasil melakukan klarifikasi kepada DPJP, maka koder

menggunakan Rule MB1 sampai MB5 untuk memilih kembali kode diagnosis utama ('re-seleksi') (BPPSDM, 2018)

7. Penugasan

1. Sebutkan kepanjangan dari ICD-10 ...
 - a. The International Classification of Diseases
 - b. The International Classification of Death causes
 - c. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem
 - d. The International Classification of Diseases, Injury and Health Problem
 - e. The International Statistical Causes of Death
2. Berikut ini merupakan tujuan dari koding / sistem klasifikasi penyakit..
 - a. Untuk menyingkat istilah diagnostic
 - b. Agar lebih mudah dipahami dan tidak salah baca
 - c. Untuk mengkategorikan penyakit ke dalam berbagai kategori spesifik
 - d. Mempermudah perekaman sistematis untuk analisis, interpretasi dan komparasi data morbiditas dan mortalitas
 - e. Untuk menyimpan data dengan lebih ringkas
3. Berikut ini adalah pemanfaatan koding ICD-10, kecuali...
 - a. Epidemiologi
 - b. Riset Kesehatan
 - c. Resource Allocation
 - d. Administratif
 - e. Reimbursement
4. Yang merupakan konvensi tanda baca yang hanya ada pada Volume 3, Indeks Alfabetik adalah...
 - a. Parentheses ()
 - b. Square-bracket []
 - c. See also
 - d. Includes
 - e. Excludes
5. Dalam ICD-10 terdapat perbedaan makna "and" dan "with" sebagai kategori. Manakah kriteria "with" yang benar.

- a. Kata "with" menunjukkan kedua kondisi yang terkait harus ada secara bersama-sama
 - b. Kata "and" menunjukkan kedua kondisi yang terkait harus ada secara bersama-sama
 - c. Kata "with" menunjukkan bahwa bisa terdapat hanya salah satu, atau keduanya
 - d. Kata "and" dan "with" hanya terdapat pada buku indeks alfabetik di Volume 3
 - e. Kata "and" dan "with" mengacu pada dua diagnosis yang digabung menjadi satu kode
6. Apa yang dimaksud dengan Kode Kombinasi?
- a. Dua diagnosis terkait cukup diode dengan satu kode gabungan
 - b. Dua diagnosis dikode sebagai diagnosis primer dan diagnosis sekunder
 - c. Satu diagnosis dengan kode ganda
 - d. Satu diagnosis dengan kode gabungan
 - e. Dua diagnosis dengan kode ganda
7. Apa yang dimaksud dengan ode Ganda Dagger dan Asterisk?
- a. Dua diagnosis terkait cukup dikode dengan satu kode gabungan
 - b. Dua diagnosis diode sebagai diagnosis primer dan diagnosis sekunder
 - c. Satu diagnosis dengan kode ganda
 - d. Satu diagnosis dengan kode gabungan
 - e. Dua diagnosis dengan kode ganda
8. Pada Bab berapakah dalam ICD-10 yang terdapat Glossary Description?
- a. Bab XV Penyakit pada Kehamilan. Persalinan dan Nifas
 - b. Bab X Penyakit Sistem Respiratory
 - c. Bab IX Penyakit Sistem Sirkulasi
 - d. Bab V Penyakit Mental dan Perilaku
 - e. Bab VI Penyakit Sistem Saraf
9. -Lead Term" adalah kata kunci untuk turunan kata-kata di bawahnya. Lead Term dapat berupa hal-hal berikut ini, kecuali..
- a. Cedera

- b. Condition
 - c. Disease
 - d. Site anatomic
 - e. Eponym
10. Jika dokter menuliskan diagnosis " Pneumothorax due to operative injury of chest wall". Mekanah yang merupakan lead term yang paling tepat?
- a. Pneumothorax
 - b. Operative
 - c. Injury
 - d. Chest wall
 - e. Due to

Penilaian:

Dinilai secara kualitatif dengan *range* nilai dari 0 sampai 100

8. Referensi

BPPSDM, P. (2018, Agustus). Retrieved from http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2018/09/Manajemen-Informasi-Kesehatan-V_SC.pdf.

9. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				
2				
3				

Nilai Akhir: _____

Pengampu,



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL 7

INA CBG'S

Mata Kuliah: Case-mix (Manajemen Asuransi Kesehatan)



**Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia .**

Case – mix : INA – CBG's
(Asuransi
Kesehatan)
Kode Mata Kuliah : RMIK401
Tanggal Mulai : 18 Januari 2022

INA – CBG's

Modul: 9



Niko Tesni Saputro
Alfian Eka Pradana

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Case – mix (Asuransi Kesehatan) dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang sistem genitourinari dan reproduksi, pada mata kuliah Case – mix (Asuransi Kesehatan). Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Kata Pengantar	2
Daftar Isi	3
1. Pengantar	4
2. Capaian Pembelajaran	4
3. Bahan Kajian	4
4. Tujuan Pembelajaran.....	5
5. Luaran	5
6. INA – CBG's	6
A. Pengertian INA – CBG's.....	6
B. Manfaat penggunaan INA – CBG's	6
C. Tarif INA – CBG's Dalam Jaminan Kesehatan Nasional	8
D. Klasifikasi, kodefikasi Penyakit dan Tindakan (koding) Dalam Casemix INA – CBG's	10
7. Penugasan.....	13
8. Referensi.....	14
9. Lembar Catatan Pembelajaran	15

1. Pengantar

Mata kuliah ini memberikan pengetahuan mengenai konsep casemix sebagai dasar INACBGs dalam era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Mata kuliah ini sangat bermanfaat terutama bagi mahasiswa yang berminat pada lapangan pekerjaan terkait asuransi kesehatan dapat lebih memahami konsep casemix sebagai dasar INA-CBGs. Dilihat dari segi capaian pembelajaran, mata kuliah ini sangat mendukung dalam capaian kurikulum program studi. Dimana aspek yang dinilai tidak hanya capaian pembelajaran namun juga penilaian proses. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai kompetensi sebagai clinical coder berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020).

Modul Case-mix (asuransi kesehatan), Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur praktik, dalam melaksanakan kegiatan praktikum selama Semester Genap di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul praktik ini berisi tentang materi Pengertian INA –CBG's, Manfaat penggunaan INA – CBG's, Tarif INA – CBG's Dalam Jaminan Kesehatan Nasional Klasifikasi, kodefikasi Penyakit dan Tindakan (koding) Dalam Casemix INA – CBG's , dan soal latihan terkait INA – CBG's

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang case mix

3. Bahan Kajian

- a. Pengertian INA –CBG's
- b. Manfaat penggunaan INA – CBG's
- c. Tarif INA – CBG's Dalam Jaminan Kesehatan Nasional
- d. Klasifikasi, kodefikasi Penyakit dan Tindakan (koding) Dalam Casemix INA – CBG's

4. Tujuan Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang pengertian sistem casemix, komponen dari casemix, dan manfaat dari sistem casemix.

- a. Peserta didik mampu memahami tentang pengertian INA – CBG's.
- b. Peserta didik mampu memahami manfaat dari INA – CBG's
- c. Peserta didik mampu memahami tentang Tarif INA – CBG's Dalam Jaminan Kesehatan Nasional

5. Luaran

- a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan pengertian INA – CBG's
- b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan manfaat dari INA – CBG's
- c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan tentang Tarif INA – CBG's Dalam Jaminan Kesehatan Nasional

6. INA – CBG's

A. Pengertian INA – CBG's

INA-CBG'S adalah kependekan dari Indonesia Case Base Group's. Sistem INA-CBG'S adalah aplikasi yang digunakan sebagai aplikasi pengajuan klaim Rumah Sakit, Puskesmas dan semua Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) bagi masyarakat miskin Indonesia.

Sistem *Casemix INA-CBG'S* adalah suatu pengklasifikasian dari episode perawatan pasien yang dirancang untuk menciptakan kelas-kelas yang relatif homogen dalam hal sumber daya yang digunakan dan berisikan pasien-pasien dengan karakteristik klinik yang sejenis (George Palmer, Beth Reid). *Case Base Groups* (CBG's), 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 untuk suatu kelompok diagnosis.

Dalam pembayaran menggunakan SISTEM INA-CBG'S, baik Rumah Sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis keluar pasien dan kode DRG (Disease Related Group). Besarnya 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.

INA-CBG'S merupakan kelanjutan dari aplikasi INA-DRG yang lisensinya berakhir pada tanggal 30 September 2010 lalu. INA-CBG'S menggantikan fungsi dari aplikasi INA-DRG. SISTEM INA-CBG'S adalah ciptaan anak bangsa dengan tetap mengadopsi sistem DRG.

Aplikasi INA-CBG'S, lebih real dibandingkan dengan INA-DRG karena menekankan pendekatan prosedur dibanding diagnosa, sementara aplikasi INA-CBG'S lebih mengedepankan diagnosa dibandingkan prosedur.

B. Manfaat penggunaan INA – CBG's

1) Manfaat penggunaan INA-CBG'S 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.
- c. Mengurangi pemeriksaan dan penggunaan alat medis yang berlebihan oleh tenaga medis sehingga mengurangi resiko yang dihadapi pasien.

2) Manfaat penggunaan INA-CBG'S bagi rumah sakit

- a. Rumah Sakit mendapat pembiayaan berdasarkan kepada beban kerja sebenarnya.
- b. Dapat meningkatkan mutu & efisiensi pelayanan Rumah Sakit.
- c. Dokter atau klinisi dapat memberikan pengobatan yang tepat untuk kualitas pelayanan lebih baik berdasarkan derajat keparahan, meningkatkan komunikasi antar spesialisasi atau multidisiplin ilmu agar perawatan dapat secara komprehensif serta dapat memonitor QA dengan cara yang lebih objektif.
- d. Perencanaan budget anggaran pembiayaan dan belanja yang lebih akurat.
- e. Dapat untuk mengevaluasi kualitas pelayanan yang diberikan oleh masing-masing klinisi.
- f. keadilan (*equity*) yang lebih baik dalam pengalokasian budget anggaran.
- g. Mendukung sistem perawatan pasien dengan menerapkan *Clinical Pathway*.

3) Manfaat penggunaan INA-CBG'S bagi penyandang dana pemerintah (*provider*)

- a. Dapat meningkatkan efisiensi dalam pengalokasian anggaran pembiayaan kesehatan.
- b. Dengan anggaran pembiayaan yang efisien, *equity* terhadap masyarakat luas akan akan terjangkau.

Secara kualitas pelayanan yang diberikan akan lebih baik sehingga meningkatkan kepuasan pasien dan *provider*/Pemerintah. Penghitungan tarif

pelayanan lebih objektif dan berdasarkan kepada biaya yang sebenarnya. Dalam pelaksanaan *Case Mix* INA-CBGs, peran koding sangat menentukan, dimana logic software yang digunakan untuk menentukan tarif adalah dengan pedoman ICD 10 untuk menentukan diagnosis dan ICD 9 CM untuk tindakan atau prosedur. Besar kecilnya tarif yang muncul dalam software INA-CBGs ditentukan oleh Diagnosis dan Prosedur. Kesalahan penulisan diagnosis akan mempengaruhi tarif. Tarif bisa menjadi lebih besar atau lebih kecil. Diagnosis dalam kaidah CBGs, harus ditentukan diagnosa utama dan diagnosa penyerta. Diagnosa penyerta terdiri dari Komplikasi dan Komorbiditas.

Diagnosis penyerta juga dapat mempengaruhi besar kecilnya tarif, karena akan mempengaruhi level severity (tingkat keparahan) yang diderita oleh pasien. Logikanya pasien yang dirawat terjadi komplikasi, maka akan mempengaruhi lama perawatan di rumah sakit. Jika lama perawatan bertambah lama dibanding tidak terjadi komplikasi, maka akan menambah jumlah pembiayaan dalam perawatan.

Jika terdapat lebih dari satu diagnosis maka dipilih satu diagnosis yang paling banyak menggunakan resources (SDM, bahan pakai habis, peralatan medik, tes pemeriksaan dan lainnya).

C. Tarif INA – CBG's Dalam Jaminan Kesehatan Nasional

Tarif INA-CBGs yang digunakan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) per 1 Januari 2014 diberlakukan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan, dengan beberapa prinsip sebagai berikut:

- 1) Pengelompokan Tarif 7 kluster rumah sakit, yaitu:
 - a. Tarif Rumah Sakit Kelas A
 - b. Tarif Rumah Sakit Kelas B
 - c. Tarif Rumah Sakit Kelas B Pendidikan
 - d. Tarif Rumah Sakit Kelas C
 - e. Tarif Rumah Sakit Kelas D
 - f. Tarif Rumah Sakit Khusus Rujukan Nasional
 - g. Tarif Rumah Sakit Umum Rujukan Nasional

Pengelompokan tarif berdasarkan penyesuaian setelah melihat besaran Hospital Base Rate (HBR) sakit yang didapatkan dari perhitungan total biaya pengeluaran rumah sakit. Apabila dalam satu kelompok terdapat lebih dari satu rumah sakit, maka digunakan Mean Base Rate.

- 2) Regionalisasi, tarif terbagi atas 5 Regional yang didasarkan pada Indeks Harga Konsumen (IHK) dan telah disepakati bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan

Tabel 5
Daftar regionalisasi tarif INA-CBGs

REGIONALISASI				
I	II	III	IV	IV
Banten	Sumatera Barat	NAD	Kalimantan Selatan	Bangka Belitung
DKI Jakarta	Riau	Sumatera Utara	Kalimantan Tengah	NTT
Jawa Barat	Sumatera Selatan	Jambi		Kalimantan Timur
Jawa Tengah	Lampung	Bengkulu		Kalimantan Utara
DI Yogyakarta	Bali	Kepulauan Riau		Maluku
Jawa Timur	NTB	Kalimantan Barat		Maluku Utara
		Sulawesi Utara		Papua
		Sulawesi Tengah		Papua Barat
		Sulawesi Tenggara		
		Gorontalo		
		Sulawesi Barat		
		Sulawesi Selatan		

- 3) Terdapat pembayaran tambahan (*Top Up*) dalam sistem INA-CBGs versi 4.0 untuk kasus – kasus tertentu yang masuk dalam special casemix main group (CMG) ,meliputi:

a. *Special Prosedure*

b. *Special Drugs*

c. *Special Investigation*

d. *Special Prosthesis*

e. *Special Groups Subacute* dan *Kronis Top up* pada special CMG tidak diberikan untuk seluruh kasus atau kondisi, tetapi hanya diberikan pada kasus dan kondisi tertentu. Khususnya pada beberapa kasus atau kondisi dimana rasio antara tarif INA-CBGs yang sudah dibuat berbeda cukup besar dengan tarif RS. Penjelasan lebih rinci tentang Top Up dapat dilihat pada poin D.

- 4) Tidak ada perbedaan tarif antara rumah sakit umum dan khusus, disesuaikan dengan penetapan kelas yang dimiliki untuk semua pelayanan di rumah sakit berdasarkan surat keputusan penetapan kelas yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI.
- 5) Tarif INA-CBGs merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis. Untuk Rumah Sakit yang belum memiliki penetapan kelas, maka tarif INA-CBGs yang digunakan setara dengan Tarif Rumah Sakit Kelas D sesuai regionalisasi masing-masing. Penghitungan tarif INA CBGs berbasis pada data costing dan data koding rumah sakit. Data costing didapatkan dari rumah sakit terpilih (rumah sakit sampel) representasi dari kelas rumah sakit, jenis rumah sakit maupun kepemilikan rumah sakit (rumah sakit swasta dan pemerintah), meliputi seluruh data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit, tidak termasuk obat yang sumber pembiayaannya dari program pemerintah (HIV, TB, dan lainnya). Data koding diperoleh dari data koding rumah sakit PPK Jamkesmas. Untuk penyusunan tarif JKN digunakan data costing 137 rumah sakit pemerintah dan swasta serta 6 juta data koding (kasus).

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013, mengamanatkan tarif ditinjau sekurang-kurangnya setiap 2 (dua) tahun. Upaya peninjauan tarif dimaksudkan untuk mendorong agar tarif makin merefleksikan actual cost dari pelayanan yang telah diberikan rumah sakit. Selain itu untuk meningkatkan keberlangsungan sistem pentarifan yang berlaku, mampu mendukung kebutuhan medis yang diperlukan dan dapat memberikan reward terhadap rumah sakit yang memberikan pelayanan dengan outcome yang baik. Untuk itu keterlibatan rumah sakit dalam pengumpulan data koding dan data costing yang lengkap dan akurat sangat diperlukan dalam proses updating tarif.

D. Klasifikasi, kodifikasi Penyakit dan Tindakan (koding) Dalam Casemix INA – CBG's

Dalam pelaksanaan Case Mix INA-CBGs, peran coding sangat menentukan, dimana logic software yang digunakan untuk menentukan tarif adalah dengan pedoman ICD 10 untuk menentukan diagnosis dan ICD 9 CM untuk tindakan atau prosedur. Besar kecilnya tarif yang muncul dalam software INA-CBGs ditentukan oleh Diagnosis dan Prosedur. Kesalahan penulisan diagnosis akan mempengaruhi tarif. Tarif bisa menjadi lebih besar atau lebih kecil. Diagnosis dalam kaidah CBGs, harus ditentukan diagnosa utama dan diagnosa penyerta. Diagnosa penyerta terdiri dari Komplikasi dan Komorbiditas.

Diagnosis penyerta juga dapat mempengaruhi besar kecilnya tarif, karena akan mempengaruhi level severity (tingkat keparahan) yang diderita oleh pasien. Logikanya pasien yang dirawat terjadi komplikasi, maka akan mempengaruhi lama perawatan di rumah sakit. Jika lama perawatan bertambah lama dibanding tidak terjadi komplikasi, maka akan menambah jumlah pembiayaan dalam perawatan. Dalam logic software INA-CBGs penambahan tarif dari paket yang sebenarnya, jika terjadi level severity tingkat 2 dan level severity tingkat 3. Jika dalam akhir masa perawatan terjadi lebih dari satu diagnosis, koder harus bisa menentukan mana yang menjadi diagnosa utama maupun sekunder. Beberapa istilah yang perlu diketahui:

- 1) Diagnosa Utama (Principal Diagnosis) adalah diagnosa akhir/final yang dipilih dokter pada hari terakhir perawatan dengan criteria paling banyak menggunakan sumber daya atau yang menyebabkan hari rawatan paling lama. Diagnosis utama selalu ditetapkan pada akhir perawatan seorang pasien. (established at the end of the episode of health care). Jika terdapat lebih dari satu diagnosis maka dipilih satu diagnosis yang paling banyak menggunakan resources (SDM, bahan pakai habis, peralatan medik, tes pemeriksaan dan lain-lain)
- 2) Diagnosis sekunder adalah diagnosis selain dari diagnosis utama (Komplikasi + Ko-morbiditi)

- 3) KOMPLIKASI: Kondisi/diagnosa sekunder yang muncul selama masa perawatan dan dianggap meningkatkan Length of Stay (LOS) setidaknya satu hari rawat pada kira-kira 75 %
- 4) KONDISI KO-MORBID: kondisi yang telah ada saat admisi & dianggap dapat meningkatkan Length of Stay (LOS) setidaknya 3/4 hari rawat pada kira-kira 75 %
- 5) Prosedur Utama (Principal Procedure) adalah prosedur tindakan yang paling banyak menghabiskan sumber daya atau yang menyebabkan hari rawatan paling lama dan biasanya berhubungan erat dengan diagnosa utama.
- 6) Prosedur Sekunder

Dalam proses Case Mix Ina DRG, tidak semua prosedur atau tindakan harus di input dalam software Ina DRG. Beberapa tindakan-tindakan yang tidak perlu di input adalah:

- Prosedur/tindakan yang berhubungan dengan keperawatan
- Prosedur/tindakan yang rutin dilakukan
- Prosedur/tindakan yang tidak memerlukan staf khusus
- Prosedur/tindakan yang tidak memerlukan peralatan khusus

7. Penugasan

a. Tugas 1

- 1) Mahasiswa mengerjakan soal essay di bawah ini dengan cara menjawab pada pilihan yang telah disediakan.
- 2) Pengampu dan mahasiswa mendiskusikan bersama untuk membahas dan mendapatkan jawaban yang benar dan tepat.

Soal Essay

1. Jelaskan pengertian dari sistem casemix...
2. Sebutkan komponen apa saja yang ada pada casemix...
3. Sebutkan manfaat casemix bagi pasien...
4. Sebutkan manfaat casemix bagi rumah sakit.....
5. Sebutkan manfaat bagi provider...

Penilaian:

Dinilai secara kualitatif dengan *range* nilai dari 0 sampai 100.

8. Referensi

Permenkes RI No. 76 Tahun 2016 tentang Pedoman INA-CBGs pada Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.

Permenkes RI No. 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case BaseGroups (INA CBG's).

Petunjuk Teknis E-Klaim INA-CBG 5.2, Kementerian Kesehatan, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, National Casemix Center, 2017.

Naga, dr. Mayang Anggraini. (2013). Buku Kerja Praktik Pengkodean Klinis Berdasarkan Rules dan Konvensi ICD-10, WHO.

World Health Organization. (2014). *ICD-10. World Health Organization, ICD-10, Volume 2 : Instruction Manual, Geneva.*

9. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				
2				
3				

Nilai Akhir: _____

Pengampu,



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL 8

APLIKASI INA CBG'S

Mata Kuliah: Case-mix (Manajemen Asuransi Kesehatan)



**Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia .**

Case – mix : Case - mix
(Asuransi Kesehatan)
Kode Mata Kuliah : RMIK401
Tanggal Mulai : 18 Januari 2022

Pengaplikasian INA – CBG's

Modul: 10



Niko Tesni Saputro
Alfian Eka Pradana

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Case – mix (Asuransi Kesehatan) dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang sistem genitourinari dan reproduksi, pada mata kuliah Case – mix (Asuransi Kesehatan). Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Kata Pengantar	2
Daftar Isi	3
1. Pengantar	4
2. Capaian Pembelajaran	4
3. Bahan Kajian	4
4. Tujuan Pembelajaran.....	4
5. Luaran	5
6. Konsep INA – CBG’s	6
A. Struktur Kode INA – CBG’s	6
B. Tahapan Pengaplikasian INA – CBG’s	9
7. Penugasan.....	17
8. Referensi.....	20
9. Lembar Catatan Pembelajaran	21

1. Pengantar

Mata kuliah ini memberikan pengetahuan mengenai konsep casemix sebagai dasar INACBGs dalam era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Mata kuliah ini sangat bermanfaat terutama bagi mahasiswa yang berminat pada lapangan pekerjaan terkait asuransi kesehatan dapat lebih memahami konsep casemix sebagai dasar INA-CBGs. Dilihat dari segi capaian pembelajaran, mata kuliah ini sangat mendukung dalam capaian kurikulum program studi. Dimana aspek yang dinilai tidak hanya capaian pembelajaran namun juga penilaian proses. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai kompetensi sebagai clinical coder berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020).

Modul Case-mix (asuransi kesehatan), Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur praktik, dalam melaksanakan kegiatan praktikum selama Semester Genap di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul praktik ini berisi tentang materi konsep INA – CNG's (struktur kode INA – CBG's, tahapan pengaplikasian INA –CBG'S), dan soal latihan terkait konsep INA – CBG's

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang case mix

3. Bahan Kajian

- a. konsep INA – CNG's (struktur kode INA – CBG's
- b. Tahapan pengaplikasian INA –CBG's

4. Tujuan Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang pengertian sistem casemix, komponen dari casemix, dan manfaat dari sistem casemix.

- a. Peserta didik mampu memahami tentang konsep INA – CNG's (struktur kode INA – CBG's

b. Peserta didik mampu memahami tentang Tahapan pengaplikasian INA –CBG's

5. Luaran

a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan konsep INA – CNG's
(struktur kode INA – CBG's

b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan Tahapan pengaplikasian
INA –CBG's

6. Konsep INA – CBG's

A. Struktur Kode INA – CBG's

Dasar pengelompokan dalam INA-CBGs menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1.077 Group/Kelompok Kasus yang terdiri dari 789 kelompok kasus rawat inap dan 288 kelompok kasus rawat jalan. Setiap group dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik dengan contoh sebagai berikut :

Keterangan :

1. Digit ke-1 merupakan CMG (Casemix Main Groups)
2. Digit ke-2 merupakan tipe kasus
3. Digit ke-3 merupakan spesifik CBG kasus
4. Digit ke-4 berupa angka romawi merupakan severity level

Struktur Kode INA-CBGs terdiri atas :

1. Case-Mix Main Groups (CMGs)
 - a. Adalah klasifikasi tahap pertama
 - b. Dilabelkan dengan huruf Alphabet (A to Z)
 - c. Berhubungan dengan sistem organ tubuh
 - d. Pemberian Label Huruf disesuaikan dengan yang ada pada ICD 10 untuk setiap sistem organ
 - e. Terdapat 30 CMGs dalam UNU Grouper (22 Acute Care CMGs, 2 Ambulatory CMGs, 1 Subacute CMGs, 1 Chronic CMGs, 4 Special CMGs dan 1 Error CMGs)
 - f. Total CBGs sampai saat ini sebanyak 1220.
 - g. CMGs yang ada dalam INA-CBGs terdiri dari :

No	Case – mix Main Groups (CMG)	CMG Codes
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	Deliveries 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	Ambulatory Groups-Episodic	Q
24	Ambulatory Groups-Package	QP
25	Sub-Acute Groups	SA
26	Special Procedures	DD
27	Special Drugs	YY

28	Special InvestigationsI	II
29	Special InvestigationsII	IJ
30	Special Prosthesis	RR
31	Chronic Groups	CD
32	Errors CMGs	X

2. Case-Based Groups (CBG's)

- a. Prosedur rawat inap (Group-1)
- b. Prosedur Besar Rawat Jalan (Group-2)
- c. Prosedur Signifikan Rawat Jalan (Group-3)
- d. Rawat Inap Bukan Prosedur (Group-4)
- e. Rawat Jalan Bukan Prosedur (Group-5)
- f. Rawat Inap Kebidanan (Group-6)
- g. Rawat Jalan kebidanan (Group-7)
- h. Rawat Inap Neonatal (Group-8)
- i. Rawat Jalan Neonatal (Group-9)
- j. Error (Group-0)

3. Kode CBG's

Sub-group ketiga menunjukkan spesifik CBGs yang dilambangkan dengan numerik mulai dari 01 sampai dengan 99.

4. Severity Level

Sub-group keempat merupakan resource intensity level yang menunjukkan tingkat keparahan kasus yang dipengaruhi adanya komorbiditas ataupun komplikasi dalam masa perawatan. Keparahan kasus dalam INA-CBG terbagi menjadi :

- a. "0" Untuk Rawat jalan
- b. "I - Ringan" untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 1 (tanpa komplikasi maupun komorbiditi)
- c. "II - Sedang" Untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 2 (dengan mild komplikasi dan komorbiditi)

d. “III - Berat” Untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 3 (dengan major komplikasi dan komorbiditi)

B. Tahapan Pengaplikasian INA – CBG’s

Aplikasi INA-CBGs merupakan salah satu perangkat entri data pasien yang digunakan untuk melakukan grouping tarif berdasarkan data yang berasal dari resume medis. Aplikasi INA-CBGs sudah terinstall dirumah sakit yang melayani peserta JKN, yang digunakan untuk JKN adalah INA-CBGs 4.0

Untuk menggunakan aplikasi INA-CBGs , rumah sakit sudah harus memiliki kode registrasi rumah sakit yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, selanjutnya akan dilakukan aktifasi software INA-CBGs setiap rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit serta regionalisasinya. Bagi rumah sakit yang ingin melakukan aktifasi aplikasi INA-CBGs dapat mengunduh database rumah sakit sesuai dengan data rumah sakit di website buk.depkes.go.id.

Proses entri data pasien ke dalam aplikasi INA-CBGs dilakukan setelah pasien selesai mendapat pelayanan di rumah sakit (setelah pasien pulang dari rumah sakit), data yang diperlukan berasal dari resume medis.

Untuk menggunakan aplikasi INA CBG, rumah sakit harus memiliki kode registrasi rumah sakit yang dikeluarkan oleh direktorat jenderal bina upaya kesehatan, dan melakukan aktifasi aplikasi ina-cbg sesuai dengan kelas rumah sakit serta regionalisasinya. File aktifasi aplikasi ina-cbg dapat diunduh pada website buk.depkes.go.id

Aplikasi INA-CBG pertama kali dikembangkan dengan versi 1.5 yang berkembang sampai dengan saat ini menjadi versi 5.2 dengan pengembangan pada beberapa hal diantaranya:

1. Interface
2. Fitur
3. Grouper
4. Penambahan variable
5. Tarif INA-CBG
6. Modul Protokol Integrasi dengan SIMRS serta BPJS

7. Rancang bangun Pengumpulan data dari rumah sakit Data Center

Kementerian Kesehatan RI Aplikasi E-Klaim v5 yang dimiliki oleh rumah sakit hanya bisa diakses oleh rumah sakit yang bersangkutan dan pihak lain tidak dapat mengakses untuk tujuan privasi dan keamanan data rumah sakit.

Pada Aplikasi ini yang akan digunakan pada tahun 2016 telah mengalami perubahan yang cukup signifikan baik dari segi interface maupun rancang bangun alur pengiriman data. Aplikasi INA-CBG sampai saat ini telah digunakan oleh rumah sakit dan klinik yang melayani peserta Jaminan Kesehatan Nasional

Tatacara input INA CBG's v 5

- 1) Setelah instalasi selesai, aktifkan xampp dengan cara klik kanan icon xampp, mohon module service tidak di checklist karena akan mengakibatkan grouper tidak berhasil.
- 2) Kemudian buka Browser yang ada di computer dan diketik pada alamat url : localhost/eclaim , kemudian akan muncul tampilan seperti gambar dan masukkan username : inacbg , password : inacbg.



Username :

Password:

Login

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
E-KLAJIM INACBG © 2016

- 3) Klik Menu Coding/Grouping, masukkan nomor Rekam Medik/Nomor SEP/ Nama apabila pasien lama, atau klik pasien baru bagi pasien yang baru pertama kali datang



- 4) Untuk Pasien baru, silahkan memasukkan data sesuai variable yang diminta sampai dengan proses grouping



Pada update 5.2 apabila saat input pasien terdapat notifikasi seperti di atas, akan Terdeteksi duplikasi nomer rekam medik, dengan keterangan sebagai berikut :

1. Ya, apabila pasien tersebut akan digabung dengan nomor rekam medik yang telah ada, artinya pasien tersebut akan menggunakan nomor rekam medik pasien yang Sudah ada, pada gambar di atas berarti akan menggunakan nomor rekam medik dari 'TEST PASIEN'
2. Tidak, berarti petugas harus mengganti nomor rekam medik yang baru untuk pasien tersebut yang artinya akan terpisah. Adapun pada contoh ini pasien yang akan di input akan terpisah dengan pasien

5) Klaim baru

Tanggal Masuk	Tanggal Pulang	Jaminan	No. SEP	Tipe	C.BG	Status	Petugas
12 Nov 2016	12 Nov 2016	JKN		RJ	-	-	INACBG

Klik Klaim “baru”

Silakan diisi sesuai dengan permintaan, mohon perhatikan beberapa penambahan variabel seperti :

- a. Pada Rawat Jalan akan ada penambahan opsi “ reguler” atau “eksekutif” hal ini untuk RS yg ada melayani rawat jalan pilih eksekutif
- b. Pada Rawat inap terdapat penambahan variabel “ ada rawat intensif” dan juga keterangan mengenai “hari di perawatan intensif dan “ jam menggunakan ventilator” variabel ini saat ini tidak akan berpengaruh terhadap tarif yang dihasilkan, variabel bertujuan dalam pengumpulan data kasus intensif untuk proses updating selanjutnya.
- c. Pada Kasus Kronis terdapat penginputan nilai ADL pada fase “subakut” dan “Kronis

- 6) Pada Kasus Kronis terdapat penginputan nilai ADL pada fase “subakut” dan “Kronis”

E-Klaim INACBG NATIONAL CASEMIX CENTER
KELAS A PEMERINTAH / REGIONAL 1

Home Coding / Grouping Laporan Rincih Klaim AKUN

ee345 / 123456dr344 TN. A -- LAKI -- 12 NOV 1980

KLAIM Klaim Baru

Tanggal Masuk	Tanggal Pulang	Jaminan	No. SEP	Tipe	CBG	Status	Petugas
12 Nov 2016	12 Nov 2016	JKN		RI	-	-	INACBG

Jaminan / Cara Bayar: JKN No. Peserta: 123456dr344 Nomor Surat Eligibilitas Peserta (SEP):

Jenis Rawat: Jalan Rawat Adm Rawat Intensif Kelas Rawat: Kelas 1 Kelas 2 Kelas 3

Tanggal Rawat: Masuk: 12 Nov 2016 Pulang: 12 Nov 2016 Umur: 36 tahun

Rawat Intensif (hari): 3 Ventilator (jam): 92

LOS (hari): 1 Berat Lahir (gram): -

ADL Score: Sub Acute: - Chronic: - Cara Pulang: Atas Persetujuan Dokter

DPJP: Tarif Rumah Sakit: 0 Rp 0

Jenis Tarif: TARIF RS KELAS A PEMERINTAH

- 7) Pada tarif rumah sakit diminta untuk memberikan detail dari tarif rumah sakit sesuai dengan gambar berikut :

Jamnan / Cara Bayar	No. Peserta	Nomor Surat Eligibilitas Peserta (SEP)	COB
JKN			
Jenis Rawat	<input checked="" type="radio"/> Jalan <input type="radio"/> Inap		Kelas Rawat
			<input checked="" type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Eksekutif
Tanggal Rawat	Masuk : 27 Des 2017 11:58	Pulang : 27 Des 2017 11:58	Umur
			37 tahun
LOS (hari)	1		Berat Lahir (gram)
			-
ADL Score	Sub Acute : -	Chronic : -	Cara Pulang
			Atas Persetujuan Dokter
DPJP	AFAN		Jenis Tarif
			TARIF RS KELAS A PEMERINTAH

Tarif Rumah Sakit : Rp 0

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>

Diagnosa (ICD-10):

Prosedur (ICD-9-CM):

- 8) Setelah grouping selesai dilakukan, dapat dilihat pada keterangan Spesial CMG apabila pada kasus yang mendapat special CMG dapat diklik pada menu seperti gambar dan silakan dipilih

Hasil Grouper - Final				
Info	INACBG @ 30 Nov 2016 20:53 •• Kelas A •• Tarif : TARIF RS KELAS A PEMERINTAH			
Jenis Rawat	Rawat Jalan Regular			
Group	PENYAKIT AKUT KECIL LAIN-LAIN	Q-5-42-0	Rp	332,900
Sub Acute	-	-	Rp	0
Chronic	-	-	Rp	0
Special Procedure	-	-	Rp	0
Special Prosthesis	-	-	Rp	0
Special Investigation	-	-	Rp	0
Special Drug	-	-	Rp	0
<input type="text" value="0"/> Status Data Klaim	Terkirim			
[debug]				Total Rp 332,900

Cetak Klaim Edit Ulang Klaim

- 9) Setelah dilakukan pemilihan pada menu special CMG maka total tarif akan berubah sesuai dengan nilai special CMG yg didapatkan, setelah dinilai data sudah valid kemudian diklik “final klaim”

Hasil Grouper				
Info	INACBG @ 2 Nov 2016 09:59 ** Kelas A ** Tarif : TARIF RS KELAS A PEMERINTAH			
Jenis Rawat	Rawat Jalan Regular			
Group	PROSEDUR OPERASI KATARAK	H-2-36-0	Rp	4,630,500
Sub Acute	-	-	Rp	0
Chronic	-	-	Rp	0
Special Procedure	None	-	Rp	0
Special Prosthesis	Phacoemulsification	-	Rp	0
Special Investigation	None	-	Rp	0
Special Drug	None	-	Rp	0
[debug]				Total Rp 4,630,500

- 10) Setelah di klik final klaim, maka akan tampilan sebagai berikut

Hasil Grouper - Final				
Info	INACBG @ 30 Nov 2016 20:53 ** Kelas A ** Tarif : TARIF RS KELAS A PEMERINTAH			
Jenis Rawat	Rawat Jalan Regular			
Group	PENYAKIT AKUT KECIL LAIN-LAIN	Q-5-42-0	Rp	332,900
Sub Acute	-	-	Rp	0
Chronic	-	-	Rp	0
Special Procedure	-	-	Rp	0
Special Prosthesis	-	-	Rp	0
Special Investigation	-	-	Rp	0
Special Drug	-	-	Rp	0
[?] Status Data Klaim	Klaim belum terkirim ke Pusat Data Kementerian Kesehatan			
[debug]				Total Rp 332,900

- 11) Setelah final terdapat pilihan untuk langsung mengirimkan data ke pusat data kementerian kesehatan dengan klik tombol kirim klaim online

Hasil Grouper - Final				
Info	INACBG @ 30 Nov 2016 20:53 •• Kelas A •• Tarif : TARIF RS KELAS A PEMERINTAH			
Jenis Rawat	Rawat Jalan Regular			
Group	PENYAKIT AKUT KECIL LAIN-LAIN	Q-5-42-0	Rp	332,900
Sub Acute	-	-	Rp	0
Chronic	-	-	Rp	0
Special Procedure	-	-	Rp	0
Special Prosthesis	-	-	Rp	0
Special Investigation	-	-	Rp	0
Special Drug	-	-	Rp	0
? Status Data Klaim	Ter kirim			
[debug]	Total Rp			332,900

Cetak Klaim

Edit Ulang Klaim

Apabila berhasil akan terdapat keterangan pada status data klaim **terkirim**.

Special Drug	-
? Status Data Klaim	Klaim belum terkirim ke Pusat Data Kementerian Kesehatan
[d	Setiap klaim wajib dikirimkan ke Pusat Data Kementerian Kesehatan secara online. Silakan klik tombol Kirim Klaim Online dibawah ini atau gunakan menu Kirim Data Online untuk melakukan pengiriman data klaim.
Cetak Klaim	Kirim Klaim Online

Beberapa Tambahan keterangan kode error :

1. X-0-94-X : GAGAL : DATA TIDAK LENGKAP

Terjadi karena ada beberapa data input yang tidak memenuhi syarat seperti pengisian tarif rumah sakit dimana dibuat minimal adalah 15.000 (pada aplikasi versi 5)

2. X-0-97-X : GAGAL : FAILED : LISENSI EXPIRED

3. X-0-98-X : GAGAL : FAILED : INVALID PARAMETER

12) Untuk mengirimkan data klaim secara online ke pusat data kementerian kesehatan silahkan klik “kirim data online” Pilih per tanggal keluar yang akan dikirim kemudian klik “kirim klaim(online)”

7. Penugasan

a. Tugas 1

- 1) Mahasiswa mengerjakan soal essay di bawah ini dengan cara menjawab pada pilihan yang telah disediakan.
- 2) Pengampu dan mahasiswa mendiskusikan bersama untuk membahas dan mendapatkan jawaban yang benar dan tepat.

Soal Pilihan Ganda

1. Dasar pengelompokkan dalam INA CBG's menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosa akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan yang dibagi dalam 4 group. Menunjukkan apakah sub-group ke-4 dalam kode INA CBG's ?
 - A. Casemix Main Groups (CMG)
 - B. Severity Level
 - C. Spesifik CMG
 - D. Spesifik CBG
 - E. Tipe kasus
2. Contoh kasus pasien dengan masuk rawat inap karena jatuh di kamar mandi, setelah dilakukan pemeriksaan CT Scant pasien didiagnosa

cerebral hemorrhage. Pasien diketahui memiliki riwayat hipertensi dan tidak rutin minum obat. Selama di RS dilakukan operasi craniotomy.

Sub group kedua dalam program INA CBG's menunjukkan tipe kasus, maka pada kasus Pasien ini dikategorikan sebagai tipe kasus....

- A. Prosedur Rawat Inap
 - B. Rawat Inap Bukan Prosedur
 - C. Rawat Jalan Bukan Prosedur
 - D. Prosedur Besar Rawat Jalan
 - E. Prosedur Signifikan Rawat Jalan
3. Struktur kode dalam INA CBG's terdiri dari 4 kode. Severity of illness adalah menunjukkan tingkat keparahan penyakit pasien.
Digit yang menunjukkan spesifik CBG kasus adalah....
- A. Digit I
 - B. Digit II
 - C. Digit III
 - D. Digit IV
 - E. Digit V
4. Untuk menggunakan aplikasi INA-CBGs , rumah sakit sudah harus memiliki kode rumah sakit yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, selanjutnya akan dilakukan aktifasi software INA-CBGs setiap rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit serta regionalisasinya.
Kode yang dimaksud adalah....
- A. INA CBG's
 - B. Registrasi
 - C. Akreditasi
 - D. Verifikasi
 - E. SEP

5. Aplikasi INA CBG's mulai dari versi 4.0 sampai saat ini telah beberapa kali melalui proses pembaharuan dan perubahan.

Versi INA CBG's yang saat ini digunakan adalah....

A. Versi 4.1.

B. Versi 4.2.

C. Versi 5.0.

D. Versi 5.1.

E. Versi 5.2.

Penilaian:

Dinilai secara kualitatif dengan *range* nilai dari 0 sampai 100.

8. Referensi

Permenkes RI No. 76 Tahun 2016 tentang Pedoman INA-CBGs pada Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.

Permenkes RI No. 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case BaseGroups (INA CBG's).

Petunjuk Teknis E-Klaim INA-CBG 5.2, Kementerian Kesehatan, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, National Casemix Center, 2017.

Naga, dr. Mayang Anggraini. (2013). Buku Kerja Praktik Pengkodean Klinis Berdasarkan Rules dan Konvensi ICD-10, WHO.

World Health Organization. (2014). *ICD-10. World Health Organization, ICD-10, Volume 2 : Instruction Manual, Geneva.*

9. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				
2				
3				

Nilai Akhir: _____

Pengampu,



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL 1

ASURANSI KESEHATAN

Mata Kuliah: Case-mix (Manajemen Asuransi Kesehatan)



**Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia .**

Case – mix : Asuransi kesehatan
(Asuransi Kesehatan)
Kode Mata Kuliah : RMIK401
Tanggal Mulai : 18 Januari 2022

ASURANSI KESEHATAN

Modul: 1



Niko Tesni Saputro
Alfian Eka Pradana

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Case – mix (Asuransi Kesehatan) dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang sistem genitourinari dan reproduksi, pada mata kuliah Case – mix (Asuransi Kesehatan). Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Kata Pengantar	2
Daftar Isi	3
1. Pengantar	4
2. Capaian Pembelajaran	4
3. Bahan Kajian.....	4
4. Tujuan Pembelajaran	4
5. Luaran	5
6. Asuransi kesehatan	6
A. Definisi Asuransi.....	6
B. Jenis – Jenis Asuransi Kesehatan.....	9
C. Prosedur Klaim Asuransi	12
7. Penugasan.....	16
8. Referensi.....	18
9. Lembar Catatan Pembelajaran	19

1. Pengantar

Mata kuliah ini memberikan pengetahuan mengenai konsep casemix sebagai dasar INACBGs dalam era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Mata kuliah ini sangat bermanfaat terutama bagi mahasiswa yang berminat pada lapangan pekerjaan terkait asuransi kesehatan dapat lebih memahami konsep casemix sebagai dasar INA-CBGs. Dilihat dari segi capaian pembelajaran, mata kuliah ini sangat mendukung dalam capaian kurikulum program studi. Dimana aspek yang dinilai tidak hanya capaian pembelajaran namun juga penilaian proses. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai kompetensi sebagai clinical coder berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020).

Modul Case-mix (asuransi kesehatan), Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur praktik, dalam melaksanakan kegiatan praktikum selama Semester Genap di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul praktik ini berisi tentang materi definisi asuransi, jenis – jenis asuransi, prosedur klaim asuransi , dan soal latihan terkait asuransi kesehatan

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang Asuransi Kesehatan

3. Bahan Kajian

- a. Pengertian Asuransi Kesehatan
- b. Jenis – jenis Asuransi Kesehatan
- c. Prosedur klaim Asuransi Kesehatan

4. Tujuan Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang Pengertian Asuransi Kesehatan, Jenis – jenis Asuransi Kesehatan, Prosedur klaim Asuransi Kesehatan.

- a. Peserta didik mampu memahami tentang Pengertian Asuransi Kesehatan

- b. Peserta didik mampu memahami tentang Jenis – jenis Asuransi Kesehatan
- c. Peserta didik mampu memahami tentang Prosedur klaim Asuransi Kesehatan.

4. Luaran

- a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan Pengertian Asuransi Kesehatan
- b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan Jenis – jenis Asuransi Kesehatan
- c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan Prosedur klaim Asuransi Kesehatan.

6. Asuransi kesehatan

A. Definisi Asuransi

Asuransi yang akan kita bahas adalah asuransi kesehatan, asuransi kesehatan merupakan asuransi jiwa yang obyeknya jiwa. Tujuan asuransi kesehatan adalah memeralihkan risiko sakit dari tertanggung kepada penanggung. Sehingga kewajiban penanggung adalah memberikan pelayanan (biaya) perawatan kesehatan kepada tertanggung apabila sakit. Adapun sstem asuransi kesehatan bertujuan untuk melindungi masyarakat dalam kesulitan ekonomi dalam pembiayaan pelayanan kesehatan. Untuk itu perlu kita jelaskan pengertian asuransi dari berbagai sumber, yaitu:

1. Menurut Undang – Undang

- a. Pasal 1 butir 1 Undang-undang Nomor 2 Tahun 1992 Pasal 1 butir 1 Undang-undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian merumuskan bahwa asuransi merupakan :

“Perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri pada Tertanggung, dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada Tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan atau tanggung jawab hukum pihak ketiga yang mungkin akan diderita Tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan.”

- b. Pasal 246 Kitab Undang-undang Hukum Dagang (KUHD)

Sedangkan dalam pasal 246 Kitab Undang-undang Hukum Dagang (KUHD) pengertian asuransi adalah : “Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian dengan mana seorang penanggung mengikatkan diri kepada seorang Tertanggung, dengan

menerima suatu premi, untuk penggantian kepadanya karena suatu kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan yang mungkin akan dideritanya karena suatu peristiwa yang tidak tentu.”

Berdasarkan definisi tersebut, maka dalam asuransi terkandung 4 unsur, yaitu :

- Pihak tertanggung (insured) yang berjanji untuk membayar uang premi kepada pihak penanggung, sekaligus atau secara berangsur-angsur.
- Pihak penanggung (insure) yang berjanji akan membayar sejumlah uang (santunan) kepada pihak tertanggung, sekaligus atau secara berangsur-angsur apabila terjadi sesuatu yang mengandung unsur tak tertentu.
- Suatu peristiwa (accident) yang tak tertentu (tidak diketahui sebelumnya).
- Kepentingan (interest) yang mungkin akan mengalami kerugian karena peristiwa yang tak tertentu

2. Menurut Para Ahli

a. Prof. Wiryono Prodjodikoro, S.H.

Prof. Wiryono Prodjodikoro, S.H. berpendapat bahwa Asuransi merupakan suatu persetujuan oleh pihak yang menjamin berjanji kepada pihak yang dijamin, untuk menerima sejumlah uang sebagai pengganti kerugian yang mungkin diderita oleh yang dijamin, karena akibat dari suatu peristiwa yang belum jelas.

b. Prof. Mehr Dan Cammack

Prof. Mehr Dan Cammack menyatakan bahwa Asuransi adalah suatu alat untuk mengurangi risiko keuangan, dengan cara pengumpulan unit-unit exposure dalam jumlah yang memadai, untuk membuat agar kerugian individu dapat diperkirakan. Kemudian kerugian yang dapat diramalkan itu dipikul merata oleh mereka yang tergabung.

c. Arthur William Jr Dan Richard M. Heins

Arthur William Jr Dan Richard M. Heins menyatakan definisi asuransi ke dalam dua hal yakni:

- Asuransi adalah suatu pengaman terhadap kerugian finansial yang dilakukan oleh seorang penanggung.
- Asuransi adalah suatu persetujuan dengan mana dua atau lebih orang atau badan mengumpulkan dana untuk menanggulangi kerugian finansial.

d. Prof. Mark R. Green

Menurut Prof. Mark R. Green Asuransi adalah suatu lembaga ekonomi yang bertujuan untuk mengurangi suatu risiko, dengan jalan mengkombinasikan dalam suatu pengelolaan sejumlah objek yang cukup besar jumlahnya, yang sehingga kerugian tersebut secara menyeluruh bisa diramalkan dalam batas-batas tertentu.

Berdasarkan definisi-definisi tersebut di atas definisi asuransi yang dapat mencakup semua sudut pandang : "Asuransi adalah suatu alat untuk mengurangi risiko yang melekat pada perekonomian, dengan cara menggabungkan sejumlah unit-unit yang terkena risiko yang sama atau hampir sama, dalam jumlah yang cukup besar, agar probabilitas kerugiannya dapat diramalkan dan bila kerugian yang diramalkan terjadi akan dibagi secara proposional oleh semua pihak dalam gabungan itu".

Pengertian Asuransi bila ditinjau dari segi hukum adalah: "Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara 2 (dua) pihak atau lebih dimana pihak tertanggung mengikat diri kepada penanggung, dengan menerima premi-premi Asuransi untuk memberi penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang di harapkan atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung karena suatu

peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberi pembayaran atas meninggal atau hidupnya seseorang yang di pertanggungkan."

Asuransi kesehatan merupakan satu jenis produk asuransi yang secara khusus menjamin biaya kesehatan atau perawatan nasabah asuransi tersebut apabila mengalami gangguan kesehatan atau kecelakaan. Jenis perawatan yang ditawarkan perusahaan-perusahaan asuransi, yaitu rawat jalan dan rawat inap seperti biaya dokter, lab, obat dll. Besar biaya yang ditanggung biasanya ditentukan oleh limit maksimum untuk masing-masing komponen per kunjungan/per tahun dan frekuensi maksimum kunjungan dalam satu tahun. Pembatasan juga diberlakukan dengan mewajibkan rujukan dokter umum sebelum ke dokter spesialis, atau pertanggungangan hanya diberikan bila pelayanan kesehatan dilakukan oleh penyedia layanan yang terdaftar. Asuransi rawat jalan hanya merupakan manfaat tambahan dari asuransi rawat inap.

B. Jenis – Jenis Asuransi Kesehatan

Jenis asuransi menurut Muhammad Idris, 2010 dapat dilihat dari pengelola dana, dari keikutsertaan anggota, dari jumlah dana yang ditanggung, dari jumlah peserta yang ditanggung dan dari cara penggantian perusahaan.

1. Dilihat dari Pengelola Dana

a. Pemerintah

Pengelola asuransi dilakukan oleh pemerintah sehingga pemberian keuntungan biaya kesehatan lebih mudah diawasi. Misalnya saat ini seluruh warna Indonesia baik yang mampu maupun yang tidak mampu ikut dalam JKN (aminan Kesehatan Nasional) yang penyelenggaraannya dilakukan oleh BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial).

b. Swasta

Pengelola dana (premi) dilakukan oleh swasta, kekurangannya sulit mengawasi biaya kesehatan. Asuransi kesehatan swasta atau privatehealthcare, adalah asuransi yang disediakan oleh institusi swasta non-pemerintah. Anda tentu sudah akrab mendengar nama seperti Axa Mandiri, Sinarmas, Allianz, Manulife, Prudential, Cigna, dan lain sebagainya (Gambar 1.1). Perusahaan-perusahaan asuransi swasta yang banyak menyediakan produk asuransi kesehatan swasta dan bekerja sama dengan rumah sakit sebagai provider pelayanan kesehatan.



Gambar 1.1 Contoh asuransi kesehatan swasta yang dilayani di rumah sakit

2. Dilihat dari keikutsertaan anggota

a. Wajib

Individu diwajibkan untuk membeli polis asuransi kesehatan. Para karyawan dalam sebuah perusahaan harus mengikuti aturan perusahaan untuk membeli polis asuransi kesehatan, biaya premi akan diambil dari gaji setiap bulan.

b. Sukarela

Setiap orang memiliki kebebasan untuk memilih membeli atau tidak membeli asuransi kesehatan tersebut.

3. Dilihat dari jumlah dana yang ditanggung

a. Seluruh biaya kesehatan di anggun

Perusahaan asuransi akan menanggung semua biaya perawatan nasabah tersebut mulai dari rawat jalan, rawat inap, melahirkan atau perawatan untuk mata.

b. Biaya kesehatan yang ditanggung hanya yang tinggi saja

Perusahaan asuransi kesehatan hanya akan memberikan ganti rugi jika biaya perawatan yang dikeluarkan nasabah dalam jumlah besar. Biaya kecil tidak menjadi tanggungan biaya perusahaan melainkan nasabah sendiri.

4. Dilihat dari yang ditanggung

a. Personal

Perusahaan asuransi akan memberikan perlindungan kesehatan untuk personal dengan syarat orang tersebut merupakan warganegara indonesia

b. Kelompok

Pengertian dari kelompok dapat dari perusahaan, yaitu perusahaan akan meminta data dari karyawannya atau dari keluarga akan meminta jumlah keluarga yang ditanggung asuransinya.

5. Dilihat dari cara penggantian

a. Cashless

Adalah cara penggantian ganti rugi dengan langsung member kartu anggota asuransi pada rumah sakit rekanan perusahaan asuransi tersebut.

b. Reimbursement

Adalah cara pengajuan ganti rugi dengan cara nasabah membayar seluruh biaya perawatan dirumah sakit terlebih dahulu,

setelah dirawat pasien mengurus ke asuransi, melengkapi dokumen yang diperlukan dan mengajukan ke perusahaan asuransi untuk meminta ganti rugi pembayaran rumah sakit.

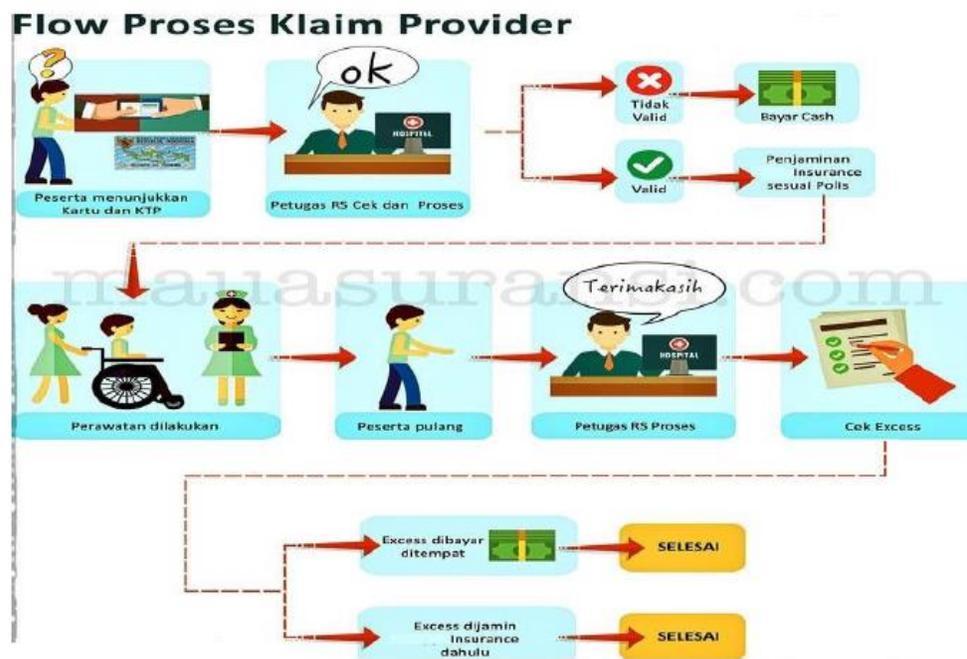
C. Prosedur Klaim Asuransi

Sakit merupakan kondisi manusiawi yang bisa dialami siapa saja, waktunya tidak bisa diprediksi, perlu menyiapkan solusi atas risiko ini. Lebih penting lagi untuk diketahui bahwa biaya kesehatan sering seolah “tidak terbatas” alias mahal sehingga proteksi dalam bentuk asuransi kesehatan lebih tepat dibandingkan sekadar dana cadangan.

Jumlah produk asuransi kesehatan sangatlah beragam dan memiliki premi, cara klaim serta sistem pembayaran yang berbeda-beda. Sistem pembayaran klaim asuransi, sudah dijelaskan di pendahuluan Bab ini, ada sistem reimbursement, sistem cashless (gesek kartu) dan sistem santunan. Pemegang polis harus memahami sistem pembayaran yang digunakan oleh asuransinya, begitu juga rumah sakit sebagai provider atau penyedia layanan kesehatan harus memahami MoU (Memorandum of Understanding) berkaitan dengan pelayanan asuransi tersebut, dalam hal ini yang sangat perlu mamahami aturan kerja sama adalah bagian pendaftaran yang merupakan satu kegiatan yang ada di Unit Rekam Medis. Bagian Pendaftaran sebagai pintu gerbang utama harus memahami aturan asuransi yang bekerjasama dengan rumah sakit, manfaat layanan kesehatan yang bisa didapat pasien sampai persyaratan administrasi pasien yang perlu dilengkapi untuk klaim asuransi. Selain bagian pendaftaran, pemberi pelayanan kesehatan seperti dokter, perawat, fisioterapis, apoteker, tenaga kesehatannya juga harus memahami kelengkapan dokumen klaim yang diperlukan.

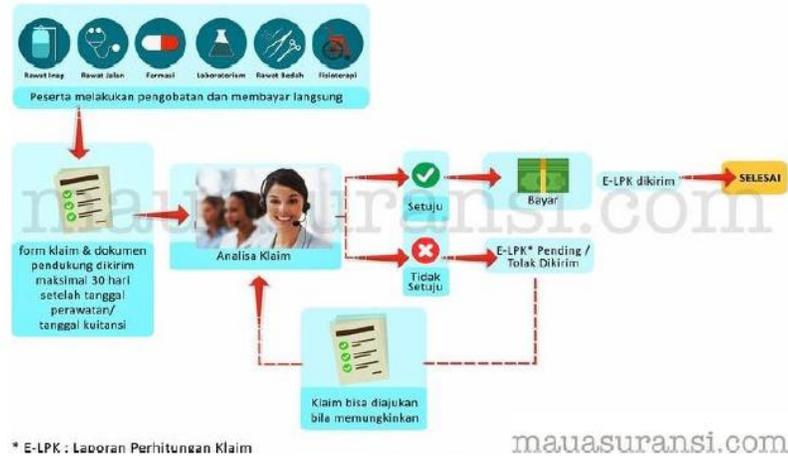
Alur proses klaim provider/rumah sakit dimulai saat peserta asuransi kesehatan melakukan registarsi, petugas registrasi/ pendaftaran rumah sakit akan melakukan verifikasi antara lain data peserta dengan identitas/kartu asuransi, masa berlaku kartu asuransi, manfaat yang tertera dalam kartu

asuransi atau MoU dengan provider/rumah sakit, kemudian bila tidak divalid peserta akan membayar tunai/ cash, bila valid maka petugas memproses registrasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan pasien, selanjutnya peserta asuransi akan diberikan perawatan, setelah selesai perawatan peserta asuransi akan memproses pulang rawat ke petugas rumah sakit/ billing, petugas akan mengecek excess/kelebihan biaya perawatan bila ada excess akan dibayar langsung, bila tidak excess dijamin asuransi, kemudian peserta asuransi pulang dari perawatan rumah sakit (gambar 2.5).



Gambar 1.2 Flow proses klaim provider

Flow Proses Klaim Reimbursement



Gambar 1.3 Flow proses klaim reimbursement

Proses Klaim Reimbursement, peserta asuransi maupun provider/rumah sakit perlu melengkapi dokumen berikut :

1. Lengkapi formulir pengajuan klaim

Isi formulir dengan lengkap pengajuan klaim yang sesuai pada klaim apa yang hendak diajukan (rawat jalan atau rawat inap/ pembedahan). Semua detail yang berkaitan pada pemegang polis, misalnya: nomor ID atau nomor paspor, nomor polis atau nomor anggota, nama pemegang polis, dan lain sebagainya, harus diisi dengan lengkap. Untuk asuransi yang bekerja sama dengan provider/ rumah sakit, formulir klaim diisi saat pasien melakukan registrasi, setiap asuransi kesehatan punya formulir pengajuan klaim, beberapa contoh formulir klaim dapat dilihat pada gambar 2.5.

Yang perlu diperhatikan dalam formulir selain data identitas peserta tersebut :

- Data informasi medis yang ditulis oleh dokter yang memeriksa baik dokter umum maupun dokter spesialis, berupa keluhan, diagnose,

terapi/ obat-obat yang diberikan, pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan, dan tindaklanjut perawatan pasien.

- Nama, tanda tangan dokter yang memeriksa serta stempel rumah sakit

2. Sediakan dokumen asli, rekam medis (catatan medis) dan tagihan

Sesuai dengan klaim yang diajukan, jika klaim tersebut berhubungan dengan rawat jalan, rawat inap atau perawatan medis, sertakan seluruh dokumen asli bersama dengan tagihan atau kuitansi, catatan medis asli atau fotokopi, serta dokumendokumen pendukung yang lain:

- nama dan harga obat-obatan yang diberikan selama perawatan,
- perincian nama / jenis dan harga alat-alat medis yang dipakai selama perawatan,
- perincian nama/jenis dan harga pemeriksaan laboratorium, X-ray, dan lain-lain pemeriksaan yang dilakukan selama perawatan,
- perincian jenis dan biaya lain-lain yang terdapat dalam kuitansi sehingga jumlah keseluruhannya sesuai dengan jumlah biaya yang tercantum dalam kuitansi yang diserahkan kepada perusahaan asuransi kesehatan (asli/fotokopi legalisir),
- hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, X-ray, CT scan, USG, dan lain-lain pemeriksaan) yang dilakukan oleh nasabah selama perawatan.

3. Sertakan seluruh dokumen yang diminta bersamaan formulir pengajuan klaim Saat formulir pengajuan klaim telah diisi lengkap dan segala dokumen yang dibutuhkan sudah lengkap, berikan pada perusahaan asuransi melalui email atau pos.

7. Penugasan
a. Tugas 1

- 1) Mahasiswa mengerjakan soal pilihan ganda di bawah ini dengan cara menandai dengan diberi tanda silang pada pilihan yang telah disediakan.
- 2) Pengampu dan mahasiswa mendiskusikan bersama untuk membahas dan mendapatkan jawaban yang benar dan tepat.

Soal pilihan ganda

1. Pengertian Asuransi terdapat dalam undang – undang
 - a. Permenkes 269 tahun 2008
 - b. UU nomor 36 tahun 2014
 - c. UU nomor 36 tahun 2009
 - d. UU nomor 44 tahun 2009
 - e. UU nomor 2 tahun 1992
2. Berdasarkan definisi dari pasal 246 kitab Undang – undang hukum dagang, maka dalam asuransi terkandung 4 unsur dibawah ini kecuali

 - a. Pihak tertanggung
 - b. Pihak penanggung
 - c. Suatu peristiwa
 - d. Tidak berkepentingan
 - e. Kepentingan

3. Asuransi adalah suatu pengaman terhadap kerugian finansial yang dilakukan oleh seorang penanggung, merupakan pendapat dari
 - a. Prof. Wiryono Prodjodikoro, S.H.
 - b. Prof. Mehr Dan Cammack
 - c. Arthur William Jr Dan Richard M.
 - d. Prof. Mark R. Green
 - e. Muhammad Idris
4. Asuransi adalah suatu alat untuk mengurangi risiko keuangan, dengan cara pengumpulan unit-unit exposure dalam jumlah yang memadai, untuk

membuat agar kerugian individu dapat diperkirakan, merupakan pendapat dari

- a. Prof. Wiryono Prodjodikoro, S.H.
 - b. Prof. Mehr Dan Cammack
 - c. Arthur William Jr Dan Richard M.
 - d. Prof. Mark R. Green
 - e. Muhammad Idris
5. Data informasi medis yang ditulis oleh dokter yang memeriksa yaitu berisi data
- a. Diagnosa
 - b. Tagihan
 - c. Obat
 - d. Keluhan
 - e. Terapi

Penilaian:

Dinilai secara kualitatif dengan *range* nilai dari 0 sampai 100.

8. Referensi

Permenkes RI No. 76 Tahun 2016 tentang Pedoman INA-CBGs pada Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.

Permenkes RI No. 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case BaseGroups (INA CBG's).

Petunjuk Teknis E-Klaim INA-CBG 5.2, Kementerian Kesehatan, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, National Casemix Center, 2017.

Naga, dr. Mayang Anggraini. (2013). Buku Kerja Praktik Pengkodean Klinis Berdasarkan Rules dan Konvensi ICD-10, WHO.

World Health Organization. (2014). *ICD-10. World Health Organization, ICD-10, Volume 2 : Instruction Manual, Geneva.*

9. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				
2				
3				

Nilai Akhir: _____

Pengampu,



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL 2

SISTEM PEMBIAYAAN ASURANSI KESEHATAN 2

Mata Kuliah: Case-mix (Manajemen Asuransi Kesehatan)



**Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia .**

**HANYA UNTUK
PENGGUNAAN INTERNAL**

Case-mix : Sistem Pembiayaan Asuransi
Kesehatan
Kode Mata Kuliah : RMIK401
Tanggal Mulai : 18 Januari 2022

Case-mix

Modul: Sistem Pembiayaan Asuransi Kesehatan



Niko Tesni Saputro
Alfian Eka Pradana

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat **Modul Praktik Kodefikasi terkait Sistem Genitourinari dan Reproduksi** dalam rangka mendukung hal tersebut.

Commented [1]: Diganti dengan nama modul

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang sistem genitourinari dan reproduksi, pada mata kuliah **Kodefikasi terkait Sistem Genitourinari dan Reproduksi**. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Commented [2]: Diganti dengan nama modul

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Kata Pengantar	2
Daftar Isi	3
1. Pengantar	4
2. Capaian Pembelajaran	4
3. Bahan Kajian	4
4. Tujuan Pembelajaran	5
5. Luaran	5
6. Anatomi dan Fisiologi	7
a. Sistem Genitourinari	7
b. Ginjal	7
c. Ureter	9
d. Kandung Kemih	10
e. Uretra	11
7. Penugasan	12
a. Tugas 1	12
b. Tugas 2	14
c. Tugas 3	19
8. Referensi	21
9. Lembar Catatan Pembelajaran	22

1. Pengantar

Mata kuliah ini memuat materi tentang system pembayaran pelayanan kesehatan secara pake (casemix) system asuransi dan BPJS Kesehatan dalam pengimplementasiannya di tempat pelayanan kesehatan khususnya di Rumah Sakit. Casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan grouper. Dengan sistem casemix output pelayanan kesehatan rumah sakit yang sangat beragam bisa lebih disederhanakan. Karena manfaatnya yang besar, system casemix digunakan untuk metode pembayaran pelayanan kesehatan diberbagai negara. Pembayaran pelayanan kesehatan di rumah sakit berdasarkan paket atau grup-grup casemix, bukan lagi per item pelayanan (fee for service). Ulasan materi pembelajaran meliputi konsep dasar casemix, data-data yang dibutuhkan dalam sistem casemix, sistem klasifikasi penyakit dan prosedur pada sistem casemix, sejarah dan kandungan buku ICD X sebagai dasar pengkodean diagnosis penyakit pada sistem casemix, sejarah dan kandungan ICD 9 CM sebagai dasar pengkodean prosedur medis pada sistem casemix, sistem anatomi dasar dan terminologi medis untuk pengkodean prosedur medis pada sistem casemix, teknik pembiayaan pada sistem casemix, pembentukan tarif CBGs berdasarkan sistem casemix, clinical pathways dalam sistem casemix, teknologi informasi dalam sistem casemix, dan perkembangan sistem casemix di Indonesia.

Modul Case-mix, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur praktik, dalam melaksanakan kegiatan praktikum selama Semester Genap di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul praktik ini berisi tentang materi Case-mix.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang Case-mix

3. Bahan Kajian

a. Pengertian Sistem Pembiayaan

- b.** Sumber Biaya Pelayanan Kesehatan
- c.** Jenis – jenis Pembiayaan Pelayanan Kesehatan
- d.** Syarat Pokok dan Fungsi Pembiayaan Kesehatan
- e.** Masalah Pokok Pembiayaan Kesehatan dan Penyelesaiannya

4. Tujuan Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang anatomi, fisiologi, patologi, terminologi medis, dan praktik pembentukan istilah medis terkait istilah medis pada sistem genitourinari, serta klasifikasi dan kodefikasi terkait sistem istilah medis pada sistem genitourinari.

- a. Peserta didik mampu memahami tentang pengertian pembiayaan kesehatan.
- b. Peserta didik mampu memahami tentang sumber biaya pelayanan kesehatan.
- c. Peserta didik mampu memahami jenis – jenis pembiayaan pelayanan kesehatan.
- d. Peserta didik mampu memahami tentang syarat pokok dan fungsi pembiayaan kesehatan.
- e. Peserta didik mampu memahami masalah pokok pembiayaan kesehatan dan penyelesaiannya.

5. Luaran

- a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan konsep pembiayaan kesehatan.
- b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan sumber biaya pelayanan kesehatan.
- c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam klaim pembiayaan kesehatan.
- d. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan jenis – jenis pembiayaan pelayanan kesehatan.
- e. Peserta didik memiliki kompetensi dalam melakukan praktik adanya masalah pokok pembiayaan dan penyelesaiannya.

6. Sistem Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

a. Pengertian Sistem Pembiayaan

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia, Biaya diartikan sebagai uang yang dikeluarkan untuk mengadakan (mendirikan, melakukan, dan sebagainya) sesuatu; ongkos; belanja; pengeluaran. Pembiayaan diartikan sebagai segala sesuatu yang berhubungan dengan biaya. Sehingga dapat dijabarkan bahwa sistem pembiayaan merupakan sistem yang mengatur tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan biaya pada pelayanan kesehatan.

Pembiayaan kesehatan merupakan suatu cara yang memungkinkan seseorang memenuhi kebutuhan medisnya. Pada dasarnya setiap orang bertanggungjawab untuk mendanai sendiri pelayanan kesehatannya untuk bisa hidup sehat dan produktif. Namun karena sifat pelayanan kesehatan yang tidak pasti waktu dan besarnya, maka kebanyakan orang tidak mampu mengeluarkan dana untuk memenuhi kebutuhan medisnya. Bila seseorang menderita sakit ringan seperti flu atau sakit kepala ringan, umumnya orang mampu membeli obat sendiri ke warung, toko obat, apotik, atau ke puskesmas yang tidak memerlukan biaya tinggi. Namun bila menderita sakit yang berat seperti kanker atau perlu tindakan operasi, tidak semua orang mampu untuk mendanai sendiri pengobatannya. Kejadian sakit tidak pernah pasti kapan datangnya dan tidak pasti besaran biaya yang dibutuhkannya, sehingga kebanyakan orang tidak memiliki tabungan khusus untuk pengobatan sakitnya. Umumnya, orang yang memerlukan biaya pengobatan yang besar akan meminjam dari keluarga, teman, atau majikannya walaupun mungkin belum tentu ada. Karena kegagalan pembiayaan pendanaan kesehatan perorangan tersebut, maka umumnya di beberapa Negara di dunia memberlakukan secara nasional model asuransi kesehatan social yang didanai oleh pemerintah melalui pajak. Hal ini dimaksudkan agar setiap warganegara dapat terpenuhi biaya pengobatannya ketika terjadi sakit dan masyarakatnya dapat terus hidup produktif.

Biaya kesehatan adalah masukan finansial yang diperlukan dalam rangka memproduksi pelayanan kesehatan baik itu promotif-preventif maupun

kuratif-rehabilitatif. Semua kegiatan tersebut merupakan suatu kesinambungan yang perlu dilaksanakan guna mencapai tujuan kesehatan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Masukan finansial, berupa dana dari pemerintah maupun dari masyarakat kemudian dihitung per unit pelayanan. Jumlah uang yang dibelanjakan untuk memproduksi satu unit atau kelompok unit pelayanan merupakan biaya produksi pelayanan kesehatan. Fasilitas kesehatan kemudian menagih atau meminta pasien membayar (baik langsung dari kantong pasien sendiri maupun dari pihak penjaminnya) sejumlah uang yang biasanya lebih besar dari biaya produksi. Tagihan ini disebut harga pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan. Harga pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan merupakan biaya bagi pembayar. Sebagai contoh, tagihan RS sebesar Rp 5.000.000 kepada seorang pasien peserta asuransi merupakan harga atau tarif (bukan biaya) bagi RS. Akan tetapi, tagihan tersebut menjadi biaya bagi asuransi karena besarnya uang yang harus dibayarkan merupakan beban biaya yang harus dikeluarkan dalam rangka produksi system asuransi yang dikelolanya. Dalam bab ini, fokus pembahasan adalah biaya kesehatan yang diperlukan dalam memproduksi satu unit pelayanan kesehatan. Berbagai faktor seperti biaya hidup pegawai fasilitas kesehatan,

tuntutan dokter, harga obat-obatan, harga dan kelengkapan peralatan medis, biaya listrik, biaya kebersihan, biaya perizinan dan sebagainya menentukan biaya pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan.

Pelayanan medis, khususnya di rumah sakit, mempunyai dilema yang tidak dimiliki oleh pelayanan lain seperti pada pelayanan hotel, bengkel mobil, maupun restoran. Pelayanan medis di rumah sakit bersifat tidak pasti (uncertain). Karena sifat pelayanan yang tidak pasti, maka tidak setiap orang siap dengan uang yang dibutuhkan untuk membiayai pelayanan kesehatannya. Di lain pihak, rumah sakit yang tidak mendapat pendanaan sepenuhnya dari pemerintah mengalami dilema harus menutupi biaya-biaya yang dikeluarkan seperti jasa dokter, bahan medis habis pakai, sewa alat medis, biaya listrik, biaya pemeliharaan gedung, dan biaya-biaya modal atau investasi lainnya. Dalam pelayanan rumah sakit, sering terdapat bad debt, yaitu biaya rumah sakit yang

tidak bisa ditagih kepada pasien atau penjaminnya. Agar rumah sakit bisa terus menyediakan pelayanan kesehatannya, maka besarnya *bad debt* harus dikompensasi dengan penerimaan lain, yang seringkali dibebankan, baik secara eksplisit maupun diperhitungkan dalam rencana perhitungan tarif, kepada pasien lain yang mampu membayar atau yang dibayar oleh penjamin atau oleh perusahaan asuransi.

b. Sumber Biaya Pelayanan Kesehatan

Sumber pembiayaan untuk penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan melibatkan dua pihak utama yaitu pemerintah (public) dan swasta (private). Sumber biaya kesehatan tidaklah sama antara satu negara dengan negara lainnya. Namun secara umum biaya kesehatan bersumber dari :

1. Anggaran Pemerintah

Negara yang pembiayaan kesehatannya bersumber dari pemerintah, pelayanan kesehatan sepenuhnya menjadi tanggungan pemerintah dan diberikan secara cuma-cuma sehingga penyelenggaraan pelayanan kesehatan sangat jarang disediakan oleh pihak swasta. Di Indonesia pembiayaan alokasi belanja kesehatan pemerintah pusat sangat rendah. Namun sejak pascakrisis ekonomi tahun 1998/1999 terjadi peningkatan proporsi alokasi belanja pembangunan untuk kesehatan disebabkan pinjaman luar negeri untuk membiayai Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK) guna membantu penduduk miskin memperoleh pelayanan kesehatan gratis di fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta. Alokasi dana yang berasal dari pemerintah untuk upaya kesehatan dilakukan melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja, baik Pusat maupun daerah, sekurang-kurangnya 5% dari PDB atau 15% dari total anggaran pendapatan dan belanja setiap tahunnya. Pembiayaan kesehatan untuk orang miskin dan tidak mampu merupakan tanggung jawab pemerintah.

2. Anggaran Masyarakat

Anggaran ini dapat berasal dari individu ataupun perusahaan. Sistem ini mengharapkan agar masyarakat (swasta) berperan aktif secara

mandiri dalam penyelenggaraan maupun pemanfaatannya. Hal ini memberikan dampak adanya 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 system asuransi.

3. Bantuan biaya dari dalam dan luar negeri

Sumber pembiayaan kesehatan, khususnya untuk penatalaksanaan penyakit-penyakit tertentu cukup sering diperoleh dari bantuan biaya pihak lain, misalnya dari organisasi social ataupun pemerintah negara lain. Misalnya bantuan dana dari luar negeri untuk penanganan HIV dan virus H5N1 yang diberikan oleh WHO kepada negara-negara berkembang (termasuk Indonesia).

4. Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat

Sistem ini banyak diadopsi oleh negara-negara di dunia karena dapat mengakomodasi kelemahan-kelemahan yang timbul pada sumber pembiayaan kesehatan sebelumnya. Tingginya biaya kesehatan yang dibutuhkan ditanggung sebagian oleh pemerintah dengan menyediakan layanan kesehatan bersubsidi. Sistem ini juga menuntut peran serta masyarakat dalam memenuhi biaya kesehatan yang dibutuhkan dengan mengeluarkan biaya tambahan.

c. Jenis-Jenis Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Biaya kesehatan banyak macamnya karena semuanya tergantung dari jenis dan kompleksitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan atau dimanfaatkan. Hanya saja disesuaikan dengan pembagian pelayanan kesehatan, maka biaya kesehatan tersebut secara umum dapat dibedakan atas dua macam yakni :

1. Biaya pelayanan kedokteran

Biaya yang dimaksudkan di sini adalah biaya yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kedokteran, yakni

yang tujuan utamanya untuk mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan penderita.

2. Biaya pelayanan kesehatan masyarakat

Biaya yang dimaksudkan di sini adalah biaya yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan masyarakat. Tujuan utamanya adalah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta untuk mencegah penyakit. Sama halnya dengan biaya kesehatan secara keseluruhan, maka masing-masing biaya kesehatan ini dapat pula ditinjau dari dua sudut yakni :

a. Penyedia Pelayanan Kesehatan (*health provider*)

Ditinjau dari sudut penyedia pelayanan kesehatan, maka pembiayaan kesehatan

merupakan besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan.

b. Pemakai Jasa Pelayanan Kesehatan (*health consumer*)

Ditinjau dari sudut penyedia pelayanan kesehatan, maka pembiayaan kesehatan

merupakan besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan.

Dari sudut pandang yang berbeda, dapat dikatakan bahwa besarnya dana yang dihitung sebagai biaya kesehatan tidaklah sama antara pemakai jasa pelayanan dengan penyedia layanan kesehatan. Besarnya dana bagi penyedia layanan kesehatan merujuk pada biaya operasional (*operasional cost*) yang harus disiapkan untuk menyelenggarakan layanan kesehatan. Bagi pemakai jasa layanan kesehatan, biaya kesehatan merujuk pada jumlah uang yang harus dikeluarkan (*out of pocket*) untuk mendapatkan suatu layanan kesehatan.

Bila pemasukan dana yang didapat (*income*) lebih besar daripada yang dikeluarkan untuk membiayai layanan kesehatan (*expences*) maka penyedia layanan kesehatan mengalami keuntungan (*profit*). Bila terjadi sebaliknya, maka penyedia layanan kesehatan mengalami kerugian (*loss*). Lain lagi

dengan penyediaan layanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah, dimana biaya kesehatan pada sektor pemerintah tidak dihitung dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemakai jasa.

d. Syarat Pokok Dan Fungsi Pembiayaan Kesehatan

Suatu biaya kesehatan yang baik haruslah memenuhi beberapa syarat pokok yakni:

1. Jumlah

Syarat utama dari biaya kesehatan haruslah tersedia dalam jumlah yang cukup. Yang dimaksud cukup adalah dapat membiayai penyelenggaraan semua upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang ingin memanfaatkannya.

2. Penyebaran

Berupa penyebaran dana yang harus sesuai dengan kebutuhan. Jika dana yang tersedia tidak dapat dialokasikan dengan baik, niscaya akan menyulitkan penyelenggaraan setiap upaya kesehatan.

3. Pemanfaatan

Sekalipun jumlah dan penyebaran dana baik, tetapi jika pemanfaatannya tidak mendapat pengaturan yang optimal, niscaya akan banyak menimbulkan masalah, yang jika berkelanjutan akan menyulitkan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan.

Untuk dapat melaksanakan syarat-syarat pokok tersebut maka perlu dilakukan beberapa hal, yakni:

1. Peningkatan Efektifitas

Peningkatan efektifitas dilakukan dengan mengubah penyebaran atau alokasi penggunaan sumber dana. Berdasarkan pengalaman yang dimiliki, maka alokasi tersebut lebih diutamakan pada upaya kesehatan yang menghasilkan dampak yang lebih besar, misalnya mengutamakan upaya pencegahan, bukan pengobatan penyakit.

2. Peningkatan Efisiensi

Peningkatan efisiensi dilakukan dengan memperkenalkan berbagai mekanisme pengawasan dan pengendalian. Mekanisme yang dimaksud untuk peningkatan efisiensi antara lain:

a. Standar minimal pelayanan. Tujuannya adalah menghindari pemborosan. Pada dasarnya ada dua macam standar minimal yang sering dipergunakan yakni:

- 1) Standar minimal sarana, misalnya standar minimal rumah sakit dan standar minimal laboratorium.
- 2) standar minimal tindakan, misalnya tata cara pengobatan dan perawatan penderita, dan daftar obat-obat esensial.

Dengan adanya standard minimal pelayanan ini, pemborosan dapat dihindari dan efisiensi dapat ditingkatkan, tetapi sekaligus dapat dipakai sebagai pedoman dalam menilai mutu pelayanan.

b. Kerjasama. Bentuk lain yang diperkenalkan untuk meningkatkan efisiensi ialah memperkenalkan konsep kerjasama antar berbagai sarana pelayanan kesehatan.

Terdapat dua bentuk kerjasama yang dapat dilakukan yakni:

- 1) Kerjasama institusi, misalnya sepakat secara bersama-sama membeli peralatan kedokteran yang mahal dan jarang dipergunakan. Dengan pembelian dan pemakaian bersama ini dapat dihematkan dana yang tersedia serta dapat pula dihindari penggunaan peralatan yang rendah. Dengan demikian efisiensi juga akan meningkat.
- 2) Kerjasama sistem, misalnya sistem rujukan, yakni adanya hubungan kerjasama timbal balik antara satu sarana kesehatan dengan sarana kesehatan lainnya.

Fungsi pembiayaan kesehatan antara lain:

a. Penggalan dana

- 1) Penggalan dana untuk Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)
Sumber dana untuk UKM terutama berasal dari pemerintah baik pusat maupun

daerah, melalui pajak umum, pajak khusus, bantuan dan pinjaman serta berbagai sumber lainnya. Sumber dana lain untuk upaya kesehatan masyarakat adalah swasta serta masyarakat. Sumber dari swasta dihimpun dengan menerapkan prinsip *public-private partnership* yang didukung dengan pemberian insentif, misalnya keringanan pajak untuk setiap dana yang disumbangkan. Sumber dana dari masyarakat dihimpun secara aktif oleh masyarakat sendiri guna membiayai upaya kesehatan masyarakat, misalnya dalam bentuk dana sehat atau dilakukan secara pasif yakni menambahkan aspek kesehatan dalam rencana pengeluaran dari dana yang sudah terkumpul di masyarakat, contohnya dana sosial keagamaan.

- 2) Penggalian dana untuk Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). Sumber dana berasal dari masing-masing individu dalam satu kesatuan keluarga. Bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin, sumber dananya berasal dari pemerintah melalui mekanisme jaminan pemeliharaan kesehatan wajib.

b. Pengalokasian dana

- 1) Alokasi dana dari pemerintah yakni alokasi dana yang berasal dari pemerintah untuk UKM dan UKP dilakukan melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja baik pusat maupun daerah sekurang-kurangnya 5% dari PDB atau 15% dari total anggaran pendapatan dan belanja setiap tahunnya.
- 2) Alokasi dana dari masyarakat yakni alokasi dana dari masyarakat untuk UKM dilaksanakan berdasarkan asas gotong royong sesuai dengan kemampuan. Sedangkan untuk UKP dilakukan melalui kepesertaan dalam program jaminan pemeliharaan kesehatan wajib dan atau sukarela.

c. Pembelanjaan

- 1) Pembiayaan kesehatan dari pemerintah dan *public-private patnership* digunakan untuk membiayai UKM.
- 2) Pembiayaan kesehatan yang terkumpul dari Dana Sehat dan Dana Sosial Keagamaan digunakan untuk membiayai UKM dan UKP.
- 3) Pembelajaran untuk pemeliharaan kesehatan masyarakat rentan dan kesehatan keluarga miskin dilaksanakan melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan wajib.

e. Masalah Pokok Pembiayaan Kesehatan dan Upaya Penyelesaiannya

Jika diperhatikan, untuk memenuhi syarat pokok pembiayaan kesehatan bukanlah hal yang mudah. Semakin meningkat kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan semakin canggihnya peralatan kesehatan, pelayanan kesehatan semakin bertambah kompleks. Kesemuanya ini disatu pihak memang mendatangkan banyak keuntungan yakni makin meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, namun di pihak lain juga mendatangkan banyak masalah. Adapun berbagai masalah tersebut jika ditinjau dari sudut pembiayaan kesehatan secara sederhana dapat disimpulkan sebagai berikut:

1) Kurangnya dana yang tersedia

Di banyak negara terutama di negara yang sedang berkembang, dana yang disediakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan tidaklah memadai. Rendahnya alokasi anggaran ini kait berkaitan dengan masih kurangnya kesadaran pengambil keputusan akan pentingnya arti kesehatan. Kebanyakan dari pengambilan keputusan menganggap pelayanan kesehatan tidak bersifat produktif melainkan bersifat konsumtif dan karena itu kurang diprioritaskan. Kita dapat mengambil contoh di Indonesia misalnya, jumlah dana yang disediakan hanya berkisar antara 2 – 3% dari total anggaran belanja dalam setahun.

2) Penyebaran dana yang tidak sesuai

Masalah lain yang dihadapi ialah penyebaran dana yang tidak sesuai, karena kebanyakan justru beredar di daerah perkotaan. Padahal jika ditinjau dari penyebaran penduduk, terutama di negara yang sedang berkembang, kebanyakan penduduk bertempat tinggal di daerah pedesaan.

3) Pemanfaatan dana yang tidak tepat

Pemanfaatan dana yang tidak tepat juga merupakan salah satu masalah yang dihadapi dalam pembiayaan kesehatan ini. Adalah mengejutkan bahwa di banyak negara ternyata biaya pelayanan kedokterannya jauh lebih tinggi dari pada pelayanan kesehatan masyarakat. Padahal semua pihak telah mengetahui bahwa pelayanan kedokteran dipandang kurang efektif dari pada pelayanan kesehatan masyarakat.

4) Pengelolaan dana yang belum sempurna

Seandainya dana yang tersedia amat terbatas, penyebaran dan pemanfaatannya belum begitu sempurna, namun jika apa yang dimiliki tersebut dapat dikelola dengan baik, dalam batas-batas tertentu tujuan dari pelayanan kesehatan masih dapat dicapai. Sayangnya kehendak yang seperti ini sulit diwujudkan. Penyebab utamanya ialah karena pengelolaannya memang belum sempurna, yang kait berkaitan tidak hanya dengan pengetahuan dan keterampilan yang masih terbatas, tetapi juga ada kaitannya dengan sikap mental para pengelola.

5) Biaya kesehatan yang makin meningkat

Masalah lain yang dihadapi oleh pembiayaan kesehatan ialah makin meningkatnya biaya pelayanan kesehatan itu sendiri. Banyak penyebab yang berperan di sini, beberapa yang terpenting adalah (Cambridge Research Institute, 1976; Sorkin, 1975 dan Feldstein, 1988):

a. Tingkat inflasi.

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat inflasi yang terjadi di masyarakat. Apabila terjadi kenaikan harga di masyarakat, maka secara otomatis biaya investasi dan biaya operasional pelayanan kesehatan masyarakat akan meningkat.

b. Tingkat permintaan.

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat permintaan yang ditemukan di masyarakat. Untuk bidang kesehatan peningkatan permintaan tersebut dipengaruhi setidaknya-tidaknya oleh dua faktor. Pertama, karena meningkatnya kuantitas penduduk yang memerlukan pelayanan

kesehatan, yang karena jumlah orangnya lebih banyak menyebabkan biaya yang harus disediakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan akan lebih banyak pula. Kedua, karena meningkatnya kualitas penduduk, yang karena pendidikan dan penghasilannya lebih baik, membutuhkan pelayanan kesehatan yang lebih baik pula. Kedua keadaan yang seperti ini, tentu akan besar pengaruhnya pada peningkatan biaya kesehatan.

c. Kemajuan ilmu dan teknologi.

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh pemanfaatan berbagai ilmu dan teknologi, yang untuk pelayanan kesehatan ditandai dengan makin banyaknya dipergunakan berbagai peralatan modern dan canggih.

d. Perubahan pola penyakit.

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh terjadinya perubahan pola penyakit di masyarakat. Jika dahulu banyak ditemukan berbagai penyakit yang bersifat akut, maka pada saat ini telah banyak ditemukan berbagai penyakit yang bersifat kronis. Dibandingkan dengan berbagai penyakit akut, perawatan berbagai penyakit kronis ini ternyata lebih lama. Akibatnya biaya yang dikeluarkan untuk perawatan dan penyembuhan penyakit akan lebih banyak pula. Apabila penyakit yang seperti ini banyak ditemukan, tidak mengherankan jika kemudian biaya kesehatan akan meningkat dengan pesat.

e. Perubahan pola pelayanan kesehatan.

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh perubahan pola pelayanan kesehatan. Pada saat ini sebagai akibat dari perkembangan spesialisasi dan subspecialisasi menyebabkan pelayanan kesehatan menjadi terkotak-kotak (*fragmented health services*) dan satu sama lain tidak berhubungan. Akibatnya, tidak mengherankan jika kemudian sering dilakukan pemeriksaan yang sama secara berulang-ulang yang pada akhirnya akan membebani pasien. Lebih dari pada itu, sebagai akibat makin banyak dipergunakannya para spesialis dan subspecialis menyebabkan hari perawatan juga akan meningkat. Penelitian yang dilakukan Olell Feklstein (1971)

menyebutkan jika Rumah Sakit lebih banyak mempergunakan dokter umum, maka Rumah Sakit tersebut akan berhasil menghemat tidak kurang dari US\$ 39.000 per tahun per dokter umum, dibandingkan jika Rumah Sakit tersebut mempergunakan dokter spesialis dan atau subsp

Untuk mengatasi berbagai masalah sebagaimana dikemukakan, telah dilakukan berbagai upaya penyelesaian yang memungkinkan. Berbagai upaya yang dimaksud secara sederhana dapat dibedakan atas beberapa macam yakni:

- 1) Upaya meningkatkan jumlah dana
 - a. Terhadap pemerintah, meningkatkan alokasi biaya kesehatan dalam anggaran pendapatan dan belanja negara
 - b. Terhadap badan-badan lain di luar pemerintah, menghimpun dana dari sumber masyarakat serta bantuan luar negeri.
- 2) Upaya memperbaiki penyebaran, pemanfaatan dan pengelolaan dana
 - a. Penyempurnaan sistem pelayanan, misalnya lebih mengutamakan pelayanan kesehatan masyarakat dan atau melaksanakan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu.
 - b. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan tenaga pengelola.
- 3) Upaya mengendalikan biaya kesehatan
 - a. Memperlakukan peraturan sertifikasi kebutuhan, dimana penambahan sarana atau fasilitas kesehatan hanya dapat dibenarkan jika dibuktikan dengan adanya kebutuhan masyarakat. Dengan diberlakukannya peraturan ini maka dapat dihindari berdiri atau dibelinya berbagai sarana kesehatan secara berlebihan
 - b. Memperlakukan peraturan studi kelayakan, dimana penambahan sarana dan fasilitas yang baru hanya dibenarkan apabila dapat dibuktikan bahwa sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut dapat menyelenggarakan kegiatannya dengan tarif pelayanan yang bersifat social.
 - c. Memperlakukan peraturan pengembangan yang terencana, dimana penambahan sarana dan fasilitas kesehatan hanya dapat dibenarkan apabila

sesuai dengan rencana pengembangan yang sebelumnya telah disetujui pemerintah

- d. Menetapkan standar baku pelayanan, dimana pelayanan kesehatan hanya dibenarkan untuk diselenggarakan jika tidak menyimpang dari standar baku yang telah ditetapkan.
- e. Menyelenggarakan program menjaga mutu.
- f. Menyelenggarakan peraturan tarif pelayanan.
- g. Asuransi kesehatan

f. Model Sistem pembiayaan kesehatan di beberapa negara

Ada tiga model sistem pembiayaan kesehatan di beberapa negara bagi rakyatnya yang diberlakukan secara nasional yakni model asuransi kesehatan social (*Social Health Insurance*), model asuransi kesehatan komersial (*Commercial/Private Health Insurance*), dan model NHS (*National Health Services*). Model *Social Health Insurance* berkembang di beberapa Negara Eropa sejak Jerman dibawah Bismarck pada tahun 1882 kemudian ke Negara-negara Asia lainnya yakni Philipina, Korea, Taiwan. Kelebihan sistem ini memungkinkan cakupan 100 persen penduduk dan relatif rendahnya peningkatan biaya pelayanan kesehatan.

Sedangkan model *Commercial/Private Health Insurance* berkembang di AS. Sistem ini gagal mencapai cakupan 100% penduduk sehingga Bank Dunia merekomendasikan pengembangan model *Regulated Health Insurance*. Amerika Serikat adalah negara dengan pengeluaran untuk kesehatannya paling tinggi (13,7% GNP) pada tahun 1997 sementara Jepang hanya 7% GNP tetapi derajat kesehatan lebih tinggi di Jepang. Indikator umur harapan hidup didapatkan untuk laki-laki 73,8 tahun dan wanita 79,7 tahun di Amerika Serikat sedang di Jepang umur harapan hidup laki-laki 77,6 tahun dan wanita 84,3 tahun. Terakhir model *National Health Services* dirintis pemerintah Inggris sejak usai perang dunia kedua. Model ini juga membuka peluang cakupan 100% penduduk, namun pembiayaan kesehatan yang dijamin melalui anggaran pemerintah akan menjadi beban yang berat.

G. Sistem Pembiayaan kesehatan di Indonesia

Sistem Pembiayaan kesehatan di Indonesia yang berlaku saat ini adalah Jaminan Kesehatan Nasional yang dimulai pada tahun 2014 yang secara bertahap menuju ke Universal Health Coverage. Tujuan Jaminan Kesehatan Nasional secara umum yaitu mempermudah masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Perubahan pembiayaan menuju ke Universal Coverage merupakan hal yang baik namun mempunyai dampak dan risiko sampingan.

Masalah-masalah yang terjadi pada JKN dan penyebabnya.

1. Ketidakterataan ketersediaan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan kondisi geografis, menimbulkan masalah baru berupa ketidakadilan antara kelompok masyarakat.

Penyebab:

Kurangnya fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan sulitnya menjangkau fasilitas kesehatan karena kondisi geografis. Sebagai gambaran di Indonesia timur: Di daerah kawasan timur yang jumlah *provider*nya terbatas dan aksesnya kurang menyebabkan kurangnya *supply* (penyediaan layanan oleh pemerintah dan pihak lain), sehingga akan muncul kesulitan terhadap akses ke fasilitas kesehatan. Hal ini berimbas pada masyarakat di wilayah Indonesia bagian timur yang tidak memiliki banyak pilihan untuk berobat di fasilitas kesehatan. Sementara di wilayah Indonesia bagian barat dimana ketersediaan *provider*nya banyak, diperkirakan pemanfaatan *provider* akan lebih banyak dan *benefit package* yang tidak terbatas. Hal yang mengkhawatirkan adalah tanpa adanya peningkatan *supply* di Indonesia bagian timur, dana BPJS Kesehatan akan banyak dimanfaatkan di daerah-daerah perkotaan dan di wilayah Indonesia Barat. Situasi inilah yang membutuhkan kegiatan monitoring dengan seksama.

2. Buruknya pelayanan yang diberikan

Penyebab:

Salah satu hal utama yang menyebabkan buruknya pelayanan itu adalah mekanisme pembayaran yang digunakan BPJS Kesehatan yaitu INA-CBGs. Mekanisme kendali mutu dan biaya yang diatur lewat Permenkes Tarif JKN itu mengelompokkan tarif pelayanan kesehatan untuk suatu diagnosa penyakit tertentu dengan paket. Sayangnya,

mekanisme pembiayaan yang dikelola Kementerian Kesehatan itu dinilai tidak mampu memberikan pelayanan terbaik bagi peserta BPJS Kesehatan. Sehingga fasilitas kesehatan yang selama ini melayani peserta JPK Jamsostek dan Askes enggan memberikan pelayanan. Serta adanya permenkes tentang Tarif JKN yang intinya mengatur paket biaya dalam INA-CBGs. Lewat sistem itu Kemenkes membatasi biaya pelayanan kesehatan peserta. (BPPSDM, 2018)

7. Penugasan

Latihan 1

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah

Latihan berikut!

- 1) Apakah yang dimaksud dengan sistem pembiayaan pelayanan kesehatan ?
- 2) Dari mana sajakah sumber biaya pelayanan kesehatan?
- 3) Jelaskan pembiayaan kesehatan ditinjau dari sudut penyedia layanan kesehatan !
- 4) Sebutkan dan jelaskan 2 macam pembiayaan pelayanan kesehatan !
- 5) Sebutkan dan 3 syarat pokok pembiayaan kesehatan !

Latihan 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Besarnya dana bagi penyedia layanan kesehatan merujuk pada....
 - A. uang yang harus dikeluarkan
 - B. biaya operasional
 - C. *public good*
 - D. pemerintah
- 2) Pembiayaan kesehatan merupakan besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan. Hal ini dilihat dari sudut pandang...
 - A. penyedia layanan kesehatan
 - B. pengguna layanan kesehatan
 - C. pemerintah
 - D. swasta
- 3) Secara umum, biaya kesehatan bersumber dari
 - A. Anggaran Pemerintah dan Masyarakat
 - B. Bantuan dari dalam dan luar negeri

- C. Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat
 - D. Semua benar
- 4) Biaya yang dibutuhkan untuk memanfaatkan pelayanan kedokteran seperti mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan penderita, disebut
- A. Biaya pelayanan kesehatan masyarakat
 - B. Biaya pelayanan kedokteran
 - C. Biaya penyedia pelayanan kesehatan
 - D. Biaya pemakai pelayanan kesehatan
- 5) Syarat utama dari biaya kesehatan haruslah tersedia dalam jumlah yang cukup. Yang dimaksud cukup adalah....
- A. Dapat membiayai penyelenggaraan semua upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang ingin memanfaatkannya
 - B. Melengkapi semua upaya kesehatan yang dibutuhkan dengan fasilitas yang mewah
 - C. Terjangkai sampai ke pelosok desa
 - D. semua benar
- 6) Syarat utama dari biaya kesehatan haruslah tersedia dalam jumlah yang cukup. Yang dimaksud cukup adalah...
- A. dapat membiayai penyelenggaraan semua upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang ingin memanfaatkannya.
 - B. Penyebaran dana harus sesuai dengan kebutuhan
 - C. pemanfaatannya tidak mendapat pengaturan yang optimal
 - D. Melengkapi semua upaya kesehatan yang dibutuhkan dengan fasilitas yang cukup
- 7) Tujuan Jaminan Kesehatan Nasional secara umum yaitu....
- A. Masyarakat dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan sebebannya
 - B. mempermudah masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu

- C. Meningkatkan pendapatan fasilitas kesehatan milik pemerintah maupun swasta
 - D. Memberikan manfaat bagi asuransi kesehatan swasta
- 8) Pada penggalan dana untuk Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), sumber dana berasal dari masing-masing individu dalam satu kesatuan keluarga. Bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin, sumber dananya berasal dari
- A. Asuransi Swasta
 - B. Badan Sosial
 - C. CSR
 - D. Pemerintah
- 9) Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat inflasi yang terjadi di masyarakat. Apabila terjadi kenaikan harga di masyarakat, maka secara otomatis biaya investasi dan biaya operasional pelayanan kesehatan masyarakat akan
- A. meningkat
 - B. Menurun
 - C. Sama
 - D. Tidak ada perubahan
- 10) Ketidakmerataan ketersediaan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan kondisi geografis, menimbulkan masalah baru berupa ketidakadilan antara kelompok masyarakat. Penyebab adalah...
- A. Fasilitas pelayanan kesehatan tidak memadai
 - B. Biaya pelayanan kesehatan mahal
 - C. mekanisme pembayaran yang digunakan BPJS Kesehatan
 - D. Kurangnya fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan sulitnya menjangkau fasilitas kesehatan karena kondisi geografis

Penilaian:

Dinilai secara kualitatif dengan *range* nilai dari 0 sampai 100.

8. Referensi

BPPSDM, P. (2018, Agustus). Retrieved from http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2018/09/Manajemen-Informasi-Kesehatan-V_SC.pdf.

9. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				
2				
3				

Nilai Akhir: _____

Pengampu,



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL 3

CASEMIX

Mata Kuliah: Case-mix (Manajemen Asuransi Kesehatan)



**Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia .**

Case – mix : Case - mix
(Asuransi
Kesehatan)
Kode Mata Kuliah : RMIK401
Tanggal Mulai : 18 Januari 2022

Case - mix

Modul: 3



Niko Tesni Saputro
Alfian Eka Pradana

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Case – mix (Asuransi Kesehatan) dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang sistem genitourinari dan reproduksi, pada mata kuliah Case – mix (Asuransi Kesehatan). Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Kata Pengantar	2
Daftar Isi	3
1. Pengantar	4
2. Capaian Pembelajaran	4
3. Bahan Kajian	4
4. Tujuan Pembelajaran.....	4
5. Luaran	5
6. Casemix	6
A. Pengertian sistem casemix	6
B. Komponen casemix.....	7
C. Manfaat.....	8
7. Penugasan.....	10
8. Referensi.....	11
9. Lembar Catatan Pembelajaran	12

1. Pengantar

Mata kuliah ini memberikan pengetahuan mengenai konsep casemix sebagai dasar INACBGs dalam era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Mata kuliah ini sangat bermanfaat terutama bagi mahasiswa yang berminat pada lapangan pekerjaan terkait asuransi kesehatan dapat lebih memahami konsep casemix sebagai dasar INA-CBGs. Dilihat dari segi capaian pembelajaran, mata kuliah ini sangat mendukung dalam capaian kurikulum program studi. Dimana aspek yang dinilai tidak hanya capaian pembelajaran namun juga penilaian proses. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai kompetensi sebagai clinical coder berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020).

Modul Case-mix (asuransi kesehatan), Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur praktik, dalam melaksanakan kegiatan praktikum selama Semester Genap di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul praktik ini berisi tentang materi Pengertian sistem casemix Komponen sistem casemix Manfaat sistem casemix (bagi pasien, bagi rumah sakit dan bagi provider), dan soal latihan terkait sistem case – mix.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang case mix

3. Bahan Kajian

- a. Pengertian sistem casemix
- b. Komponen sistem casemix
- c. Manfaat sistem casemix (bagi pasien, bagi rumah sakit dan bagi provider)

4. Tujuan Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang pengertian sistem casemix, komponen dari casemix, dan manfaat dari sistem casemix.

- a. Peserta didik mampu memahami tentang pengertian sistem casemix.

- b. Peserta didik mampu memahami tentang komponen dari casemix
- c. Peserta didik mampu memahami manfaat dari sistem casemix

5. Luaran

- a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan konsep casemix
- b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan komponen casemix
- c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan tentang manfaat casemix

6. Casemix

A. Pengertian sistem casemix

Sistem casemix pertama kali dikembangkan di Indonesia pada tahun 2006 dengan nama INA-DRG (Indonesia- Diagnosis Related Group). Implementasi pembayaran dengan INA-DRG dimulai pada 1 September 2008 pada 15 rumah sakit vertikal, dan pada 1 Januari 2009 diperluas pada seluruh rumah sakit yang bekerja sama untuk program Jamkesmas.

Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG (Indonesia Diagnosis Related Group) menjadi INA-CBG (Indonesia Case Based Group) seiring dengan perubahan grouper dari 3M Grouper ke UNU (United Nation University) Grouper. Dengan demikian, sejak bulan Oktober 2010 sampai Desember 2013, pembayaran kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Lanjutan dalam 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 coding dengan ICD-10 untuk diagnosis serta ICD-9-CM untuk prosedur/tindakan. Pengelompokan kode diagnosis dan prosedur dilakukan dengan menggunakan grouper UNU (UNU Grouper). UNU-Grouper adalah Grouper casemix yang dikembangkan oleh United Nations University (UNU).

Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan grouper. (Juknis INA CBG's:2014). Jika menilik pada pengertian sistem casemix maka diagnosis dan prosedur pasien yang mirip atau sama dikategorikan pada kelompok yang sama. Selain menurut diagnosis dan prosedur, pengelompokkan juga berdasarkan kepada biaya perawatan yang mirip/sama, misalnya perawatan untuk kategori

pasien penyakit Gastritis dan Dispepsia adalah sama, maka grouper dari penyakit tersebut adalah sama.

B. Komponen casemix

Dalam penyelenggaraan BPJS di fasilitas pelayanan kesehatan dengan BPJS kesehatan, terdapat beberapa komponen yang sangat penting dalam mendukung penyelenggaraan BPJS di fasilitas pelayanan kesehatan. Komponen-komponen tersebut adalah:

1. Coding

Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9-CM. Koding sangat menentukan dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke Rumah Sakit. (PMK 27 Juknis INA CBG's:2014)

Koding merupakan salah satu komponen casemix dalam memberikan kode penyakit dan tindakan untuk menentukan pembiayaan dari grouper sistem INA CBG's. Dengan koding yang baik maka akan dihasilkan hasil pengkodean yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

2. Costing

Salah satu komponen penting lainnya adalah costing. Costing diperlukan agar dapat menghasilkan informasi keuangan pasien yang cepat, akurat dan terinci. Sistem keuangan yang baik akan mempermudah fasilitas pelayanan kesehatan dalam mendapatkan rincian keuangan per pasien, per periode dan per item kegiatan pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Sebagaimana diketahui bahwa dalam pengajuan klaim pasien ke BPJS maka setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib melaporkan rincian biaya pasien dari semua pelayanan yang dilakukan kepada pasien selama mendapat pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, costing perlu dikelola dengan baik agar setiap tindakan dan pengobatan yang diberikan kepada pasien terekam dengan baik.

3. *Clinical Pathway*

Clinical Pathway adalah suatu cara untuk menstandarisasikan praktik klinis dan umumnya dilaksanakan di rumah sakit. Pelayanan medis yang terstandarisasi akan memudahkan fasilitas pelayanan kesehatan menyeragamkan pelayanan tenaga medis dengan tetap memperhatikan mutu pelayanan. Dengan adanya clinical pathway fasilitas pelayanan kesehatan dapat melakukan efisiensi pelayanan tanpa mengurangi kualitas yang diberikan kepada pasien karena jenis pemeriksaan, jenis tindakan dan pengobatan yang diberikan telah merujuk kepada panduan klinis yang sesuai dengan standar.

4. Teknologi Informasi

Teknologi informasi merupakan sarana yang sangat penting dalam mendukung penyelenggaraan BPJS (INA CBG's). Pelayanan BPJS adalah pelayanan yang berbasis teknologi informasi mulai sejak pasien mendaftar, kemudian pada pengolahan data dengan INA CBG's sampai pengajuan klaim ke BPJS seluruhnya adalah menggunakan teknologi informasi. Oleh karena itu fasilitas pelayanan kesehatan perlu menyiapkan hardware, software dan jaringan yang mumpuni agar pengelolaan pasien BPJS dapat diselenggarakan dengan mudah, cepat, dan data yang akurat.

C. Manfaat

Manfaat yang dapat diperoleh dari penerapan program kebijakan Casemix INA CBGS secara umum adalah secara Medis dan Ekonomi. Dari segi medis, para klinisi dapat mengembangkan perawatan pasien secara komprehensif, tetapi langsung kepada penanganan penyakit yang diderita oleh pasien. Secara ekonomi, dalam hal ini keuangan (costing) jadi lebih efisien dan efektif dalam penganggaran biaya kesehatan. Sarana pelayanan kesehatan akan mengitung dengan cermat dan teliti dalam penganggarnya. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2012), manfaat program Casemix INA CBGS adalah sebagai berikut:

1. Manfaat Bagi Pasien

- a. Adanya layanan 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.
- c. Pasien menerima kualitas pelayanan kesehatan yang lebih baik.
- d. Mengurangi pemeriksaan dan penggunaan alat medis yang berlebihan oleh tenaga medis sehingga mengurangi risiko yang dihadapi pasien

2. Manfaat Bagi Rumah Sakit

- a. Rumah sakit mendapat pembiayaan berdasarkan kepada beban kerja sebenarnya.
- b. Dapat meningkatkan mutu & efisiensi pelayanan rumah sakit.
- c. Bagi dokter atau klinis dapat memberikan pengobatan yang tepat untuk kualitas pelayanan lebih baik berdasarkan derajat keparahan, meningkatkan komunikasi antar spesialisasi atau multidisiplin ilmu agar perawatan dapat secara komprehensif serta dapat memantau QA (penilaian kualitas) dengan cara yang lebih objektif
- d. Perencanaan anggaran pembiayaan dan belanja yang lebih akurat.
- e. Dapat kualitas pelayanan yang diberikan oleh masing-masing klinisi.
- f. Keadilan yang lebih baik dalam pengalokasian anggaran anggaran.
- g. Dukung sistem perawatan pasien dengan penerapan Clinical Pathway.

3. Manfaat Bagi Penyandang Dana Pemerintah (Provider)

- a. Dapat meningkatkan efisiensi dalam pengalokasian anggaran pembiayaan kesehatan,
- b. Dengan anggaran pembiayaan yang efisien, pemerataan terhadap masyarakat luas akan terjangkau.
- c. secara kualitas pelayanan yang diberikan akan lebih baik sehingga meningkatkan kepuasan pasien dan provider/pemerintah
- d. penghitungan tarif pelayanan lebih objektif dan berdasarkan kepada biaya yang sebenarnya.

7. Penugasan

a. Tugas 1

- 1) Mahasiswa mengerjakan soal essay di bawah ini dengan cara menjawab pada pilihan yang telah disediakan.
- 2) Pengampu dan mahasiswa mendiskusikan bersama untuk membahas dan mendapatkan jawaban yang benar dan tepat.

Soal Essay

1. Jelaskan pengertian dari sistem casemix...
2. Sebutkan komponen apa saja yang ada pada casemix...
3. Sebutkan manfaat casemix bagi pasien...
4. Sebutkan manfaat casemix bagi rumah sakit.....
5. Sebutkan manfaat bagi provider...

Penilaian:

Dinilai secara kualitatif dengan *range* nilai dari 0 sampai 100.

8. Referensi

Permenkes RI No. 76 Tahun 2016 tentang Pedoman INA-CBGs pada Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.

Permenkes RI No. 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case BaseGroups (INA CBG's).

Petunjuk Teknis E-Klaim INA-CBG 5.2, Kementerian Kesehatan, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, National Casemix Center, 2017.

Naga, dr. Mayang Anggraini. (2013). Buku Kerja Praktik Pengkodean Klinis Berdasarkan Rules dan Konvensi ICD-10, WHO.

World Health Organization. (2014). *ICD-10. World Health Organization, ICD-10, Volume 2 : Instruction Manual, Geneva.*

9. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				
2				
3				

Nilai Akhir: _____

Pengampu,



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL 4

KOMPONEN CASEMIX

Mata Kuliah: Case-mix (Manajemen Asuransi Kesehatan)



**Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia .**

Case – mix : Komponan Case - mix
(Asuransi Kesehatan)
Kode Mata Kuliah : RMIK401
Tanggal Mulai : 18 Januari 2022

Komponen Case - mix

Modul: 4



Niko Tesni Saputro
Alfian Eka Pradana

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Case – mix (Asuransi Kesehatan) dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang sistem genitourinari dan reproduksi, pada mata kuliah Case – mix (Asuransi Kesehatan). Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Kata Pengantar	2
Daftar Isi	3
1. Pengantar	4
2. Capaian Pembelajaran	4
3. Bahan Kajian	4
4. Tujuan Pembelajaran.....	4
5. Luaran.....	5
6. Casemix.....	6
A. Pengertian sistem casemix	6
B. Komponen casemix.....	6
7. Penugasan.....	9
8. Referensi.....	10
Lembar Catatan Pembelajaran.....	11

1. Pengantar

Mata kuliah ini memberikan pengetahuan mengenai konsep casemix sebagai dasar INACBGs dalam era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Mata kuliah ini sangat bermanfaat terutama bagi mahasiswa yang berminat pada lapangan pekerjaan terkait asuransi kesehatan dapat lebih memahami konsep casemix sebagai dasar INA-CBGs. Dilihat dari segi capaian pembelajaran, mata kuliah ini sangat mendukung dalam capaian kurikulum program studi. Dimana aspek yang dinilai tidak hanya capaian pembelajaran namun juga penilaian proses. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai kompetensi sebagai clinical coder berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020).

Modul Case-mix (asuransi kesehatan), Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur praktik, dalam melaksanakan kegiatan praktikum selama Semester Genap di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul praktik ini berisi tentang materi Pengertian sistem casemix, Komponen sistem casemix, dan soal latihan terkait sistem case – mix.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang case mix

3. Bahan Kajian

- a. Pengertian sistem casemix
- b. Komponen sistem casemix

4. Tujuan Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang pengertian sistem casemix, komponen dari casemix, dan manfaat dari sistem casemix.

- a. Peserta didik mampu memahami tentang pengertian sistem casemix.
- b. Peserta didik mampu memahami tentang komponen dari casemix

5. Luaran

- a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan konsep casemix
- b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan komponen casemix

6. Casemix

A. Pengertian sistem casemix

Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan grouper. (Juknis INA CBG's:2014). Jika menilik pada pengertian sistem casemix maka diagnosis dan prosedur pasien yang mirip atau sama dikategorikan pada kelompok yang sama. Selain menurut diagnosis dan prosedur, pengelompokkan juga berdasarkan kepada biaya perawatan yang mirip/sama, misalnya perawatan untuk kategori pasien penyakit Gastritis dan Dispepsia adalah sama, maka grouper dari penyakit tersebut adalah sama.

B. Komponen casemix

Dalam penyelenggaraan BPJS di fasilitas pelayanan kesehatan dengan BPJS kesehatan, terdapat beberapa komponen yang sangat penting dalam mendukung penyelenggaraan BPJS di fasilitas pelayanan kesehatan. Komponen-komponen tersebut adalah:

1. Coding

Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9-CM. Koding sangat menentukan dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke Rumah Sakit. (PMK 27 Juknis INA CBG's:2014)

Koding merupakan salah satu komponen casemix dalam memberikan kode penyakit dan tindakan untuk menentukan pembiayaan dari grouper sistem INA CBG's. Dengan koding yang baik maka akan dihasilkan hasil pengkodean yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Tujuan ICD menurut, Wuryanto, (2004:3) ialah untuk menyeragamkan pencatatan dan pengumpulan data penyakit dan masalah terkait kesehatan agar tercipta informasi statistik morbiditas dan mortalitas yang relevan, akurat, tepat waktu, berhasil guna dan berdaya guna untuk local, nasional dan internasional.

Penerapan pengkodean system ICD Menurut Hatta (2008:134) Digunakan untuk :

- a. Mengindeks pencatatan penyakit
- b. Menerjemahkan diagnosis dari kata menjadi kode tertentu
- c. Memudahkan penyimpanan dan pengambilan data
- d. Dasar pelaporan nasional morbiditas dan mortalitas
- e. Tabulasi data pelayanan kesehatan dan evaluasi
- f. Untuk penelitian epidemiologi dan klinis
- g. Analisis pembayaran kesehatan

2. *Costing*

Salah satu komponen penting lainnya adalah costing. Costing diperlukan agar dapat menghasilkan informasi keuangan pasien yang cepat, akurat dan terinci. Sistem keuangan yang baik akan mempermudah fasilitas pelayanan kesehatan dalam mendapatkan rincian keuangan per pasien, per periode dan per item kegiatan pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Sebagaimana diketahui bahwa dalam pengajuan klaim pasien ke BPJS maka setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib melaporkan rincian biaya pasien dari semua pelayanan yang dilakukan kepada pasien selama mendapat pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, costing perlu dikelola dengan baik agar setiap tindakan dan pengobatan yang diberikan kepada pasien terekam dengan baik.

3. *Clinical Pathway*

Clinical Pathway adalah suatu cara untuk menstandarisasikan praktik klinis dan umumnya dilaksanakan di rumah sakit. Pelayanan medis yang terstandarisasi akan memudahkan fasilitas pelayanan kesehatan menyeragamkan pelayanan tenaga medis dengan tetap memperhatikan mutu pelayanan. Dengan adanya clinical pathway fasilitas pelayanan kesehatan dapat melakukan efisiensi pelayanan tanpa mengurangi kualitas

yang diberikan kepada pasien karena jenis pemeriksaan, jenis tindakan dan pengobatan yang diberikan telah merujuk kepada panduan klinis yang sesuai dengan standar.

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.

Clinical Pathway dari segi ekonomi kesehatan dapat melaksanakan efisiensi pembiayaan dengan memanfaatkan seoptimal mungkin hari rawat pasien, mengeliminasi pemeriksaan penunjang/laboratorium/tindakan yang tidak diperlukan, menggunakan obat-obatan (terutama antibiotik) sesuai evidence-based; sehingga pelayanan efektif di samping tidak membedakan latar belakang pasien karena fokus kepada pasien dan penyakitnya

4. Teknologi Informasi

Teknologi informasi merupakan sarana yang sangat penting dalam mendukung penyelenggaraan BPJS (INA CBG's). Pelayanan BPJS adalah pelayanan yang berbasis teknologi informasi mulai sejak pasien mendaftar, kemudian pada pengolahan data dengan INA CBG's sampai pengajuan klaim ke BPJS seluruhnya adalah menggunakan teknologi informasi. Oleh karena itu fasilitas pelayanan kesehatan perlu menyiapkan hardware, software dan jaringan yang mumpuni agar pengelolaan pasien BPJS dapat diselenggarakan dengan mudah, cepat, dan data yang akurat.

7. Penugasan

a. Tugas 1

- 1) Mahasiswa mengerjakan soal essay di bawah ini dengan cara menjawab pada pilihan yang telah disediakan.
- 2) Pengampu dan mahasiswa mendiskusikan bersama untuk membahas dan mendapatkan jawaban yang benar dan tepat.

Soal Essay

1. Jelaskan pengertian dari sistem casemix...
2. Sebutkan komponen apa saja yang ada pada casemix...
3. Jelaskan tujuan dari clinical pathway...
4. Jelaskan tujuan dilakukannya coding
5. Jelaskan pengertian dari costing ...

Penilaian:

Dinilai secara kualitatif dengan *range* nilai dari 0 sampai 100.

8. Referensi

Permenkes RI No. 76 Tahun 2016 tentang Pedoman INA-CBGs pada Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.

Permenkes RI No. 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case BaseGroups (INA CBG's).

Petunjuk Teknis E-Klaim INA-CBG 5.2, Kementerian Kesehatan, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, National Casemix Center, 2017.

Naga, dr. Mayang Anggraini. (2013). Buku Kerja Praktik Pengkodean Klinis Berdasarkan Rules dan Konvensi ICD-10, WHO.

World Health Organization. (2014). *ICD-10. World Health Organization, ICD-10, Volume 2 : Instruction Manual, Geneva.*

Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				
2				
3				

Nilai Akhir: _____

Pengampu,