

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan suatu hal yang mahal harganya, tidak heran jika manusia berlomba- lomba untuk mendapatkan kualitas pelayanan kesehatan yang terbaik. Hal ini termaktub dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009, yang menyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, serta terjangkau. Berbagai upaya kesehatan dilakukan untuk menghindarkan seseorang pada kondisi tidak sehat, hingga pada tahap penyembuhannya. Salah satu *alternative* pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan adalah rumah sakit. Meninjau biaya pengobatan yang cukup tinggi di rumah sakit, tidak sedikit orang yang mempercayakan jaminan kesehatannya kepada program asuransi kesehatan.

Pemerintah ikut andil dalam hal ini, dengan menciptakan suatu program jaminan sosial yang disebut dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada presiden dan berfungsi menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia. (sumber. UU No. 24 Tahun 2011 Tentang BPJS, Pasal 7 ayat (1), dan ayat (2), Pasal (9) ayat (1), dan UU No. 40 Tahun 2011 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), Pasal 1 ayat 8, Pasal 4, dan Pasal 5 ayat (1)).

Seperti yang tertuang dalam Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 tahun 2009 tentang *Rumah sakit*, adanya sistem baru yang diterapkan di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), menuntut setiap Rumah Sakit untuk menjaga mutu pelayanan serta manajemen keuangan yang baik. Tentunya, keberhasilan ini ditentukan oleh berbagai pihak yang terlibat.

Sistem yang diterapkan merupakan sistem rujukan berjenjang berdasarkan kompetensi. Mulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), meliputi Klinik, Puskesmas, maupun praktik dokter keluarga, hingga Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), meliputi klinik utama atau yang setara, rumah sakit umum, dan rumah sakit khusus.

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Ardhitya, 2015). Proses klaim ini sangat penting bagi rumah sakit sebagai penggantian biaya pengobatan pasien asuransi. Fasilitas kesehatan yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan harus mampu mengajukan klaim setiap bulan secara berkala paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, dengan menyertakan berkas-berkas persyaratan pengajuan klaim yang harus dilengkapi sesuai prosedur verifikasi BPJS Kesehatan.

Pola pembayaran klaim kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) memberlakukan pola pembayaran INA-CBG. *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) merupakan pola pembayaran klaim BPJS Kesehatan kepada rumah sakit atau Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) berdasarkan paket layanan yang mengacu pada kelompok diagnosa penyakit. Tarif yang diberikan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan jenis pelayanan yaitu pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) dan pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) yang terdiri dari kelas perawatan kelas III, Kelas II, dan kelas I yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA CBGs) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.

Terhambatnya proses klaim sangat berpengaruh terhadap kegiatan operasional rumah sakit, sebagai akibat tidak dapat tercukupinya data yang dibutuhkan (Pradani dkk, 2017)

Selain itu, *pending* klaim juga berpengaruh terhadap *cash flow* rumah sakit, karena proses pembayaran hanya dapat dilakukan BPJS Kesehatan setelah proses konfirmasi, sehingga secara tidak langsung akan mempengaruhi pelayanan pasien terkait ketersediaan obat (Kusumawati A. dkk, 2020)

Berdasarkan pada penelitian yang dilakukan oleh Tyas, pada tahun 2015 di Prov. Jawa Tengah, didapatkan bahwa ketidaklengkapan dokumen-dokumen yang akan diajukan dalam klaim kepada verifikator BPJS, seperti tidak adanya surat rujukan, *fotocopy* kartu keluarga, serta diagnosa ketergantungan zat menjadi salah satu faktor tertinggi yang menyebabkan pendingnya suatu klaim. Sedangkan untuk proses verifikasi klaim menggunakan *INA-CBG (Indonesia Case Based Group)* oleh petugas verifikator, dan proses pengecekan terhadap kelayakan data menjadi salah satu faktor penyebab *pending* klaim rawat inap yang tidak terlalu tinggi (Tyas, 2015). Hal ini menjadi permasalahan bagi masyarakat dan rumah sakit, karena dapat menyebabkan arus kas rumah sakit yang terganggu, dan berdampak terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan.

Meninjau dari hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Nuraini, N., Wijayanti, R., Putri, F., Gamasiano, A., dkk di Kota Jember. Didapatkan data pengembalian berkas klaim Rumah sakit Citra Husada Jember Tahun 2017 yang terjadi karena Sumber Daya Manusia (SDM) yaitu petugas kesehatan yang bekerja di rumah sakit tersebut lalai dalam memverifikasi berkas-berkas administrasi klaim pasien yang berdampak pada ketidaksesuaian serta ketidaklengkapan berkas-berkas klaim pasien, yaitu :

Tabel 1.1 Data Pengembalian Berkas Klaim Rumah Sakit Citra Husada Jember

Bulan	Jumlah Berkas klaim Rawat Inap yang dikembalikan	Jumlah Berkas klaim Rawat Jalan yang dikembalikan
Agustus	45 Berkas	24 Berkas
September	34 Berkas	5 Berkas
Oktober	22 Berkas	5 Berkas
November	10 Berkas	7 Berkas
Desember	34 Berkas	10 Berkas

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka telah dirumuskan permasalahan sebagai berikut yaitu, apa saja Faktor Klaim Pending Rawat Inap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor penyebab klaim *pending* rawat inap peserta jaminan kesehatan nasional di rumah sakit.

1.3.2 Tujuan Khusus

Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi klaim *pending* rawat inap pada dokumen administrasi klaim kepesertaan. Yang terdiri dari :

1. SDM (Sumber Daya Manusia)
2. Administrasi (Ketidaklengkapan dan ketidaksesuaian berkas-berkas Administrasi klaim)
3. Teknologi

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

- a. Sebagai pengaplikasian ilmu yang telah didapat di bangku perkuliahan, khususnya pada unit *casemix*.
- b. Sebagai tambahan wawasan peneliti dalam meneliti di bidang asuransi kesehatan khususnya pada unit *casemix* dalam sarana pelayanan kesehatan.

1.4.2 Bagi Instansi

- a. Sebagai referensi pembelajaran mahasiswa khususnya dalam unit *Casemix* yang berhubungan dengan dokumen administrasi pengajuan klaim.
- b. Sebagai sarana evaluasi kualitas pembelajaran dalam praktik di sarana pelayanan kesehatan.

1.4.3 Bagi Rumah Sakit

- a. Sebagai sarana evaluasi terhadap pelaksanaan proses pengecekan dokumen administrasi klaim.
- b. Sebagai sarana evaluasi kinerja unit *Casemix* di rumah sakit terhadap proses validasi kelengkapan dan ketepatan dokumen administrasi klaim sebelum dikirimkan kepada BPJS Kesehatan.