

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Berdasarkan Undang–Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan dan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan serta setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan. Menurut WHO (*World Health Organization*), rumah sakit adalah bagian *integral* dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (*komprehensif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*) dan pencegahan penyakit (*preventif*) kepada masyarakat. Rumah Sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Peraturan BPJS Kesehatan No 7, 2018).

Salah satu bentuk upaya pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan, BPJS menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan bagi masyarakat. Dalam penyelenggaraan program BPJS Kesehatan mempunyai metode pembayaran yaitu, pembayaran kapitasi bagi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan pembayaran INA-CBG's untuk pelayanan kesehatan tingkat lanjut. Metode pembayaran kapitasi adalah besaran pembayaran perbulan yang dibayar dimuka kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan (BPK RI, 2007). Metode pembayaran INA-CBG's ini ialah metode pembayaran prospektif yaitu *Casemix* (*Case Based Payment*) yang sudah diterapkan sejak tahun 2008. Sistem *casemix* ialah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama, penggunaan diagnosis biaya perawatan, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan sebuah *software grouper* (Permenkes, 2014).

Penyedia fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dapat mengajukan klaim. Klaim BPJS kesehatan merupakan pengajuan biaya perawatan

pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS kesehatan yang dilakukan secara kolektif setiap bulannya. Fasilitas kesehatan rumah sakit, berkewajiban untuk melengkapi dokumen klaim BPJS sebelum diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan untuk mendapatkan penggantian biaya perawatan sesuai dengan tarif Indonesia Case Base Groups (Valentina & Niat Sehati Halawa, 2019). Kelengkapan dan keakuratan dokumen klaim dalam proses pengajuan klaim kepada Kesehatan melalui syarat verifikasi administrasi dan dokumen pendukung yang terdiri dari Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis, keterangan diagnosa dari dokter yang merawat, dan bukti pelayanan, ketepatan coding, lainnya (BPJS Kesehatan, 2014). Setelah itu BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang memang layak, namun untuk berkas yang tidak layak tidak dapat untuk diklaimkan kembali dan tidak dapat direvisi.

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi klaim tidak layak. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Otifa et al., 2016) yang menyatakan bahwa faktor penyebab klaim tidak layak diantaranya disebabkan oleh penyebab pelayanan medik yaitu satu episode rawat jalan, satu episode rawat inap, dan diagnosos bukan gawat darurat. Selain itu, perbedaan penyebab klaim tidak layak bayar dari BPJS Kesehatan dan data rekam medis yaitu diagnosis gawat darurat dan dua episode rawat jalan atau rawat inap. Tidak adanya standar operasional prosedur dalam menentukan langkah dalam menetapkan klaim tidak layak bayar juga merupakan faktor penyebab terjadinya klaim tidak layak bayar di Layanan Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Prof. DR. Soerojo.

Adapun dalam penelitian (Oktamianiza et al., 2021) penyebab terjadinya klaim tidak layak disebabkan oleh ketidaksesuaian administratif kepesertaan dengan berkas persyaratan klaim administrasi kepesertaan, ketidaksesuaian administratif pelayanan medik, kurang tepatnya diagnosa penyakit dan pemberian kode penyakit masih kurang baik dan penulisan diagnosa dari dokter juga belum jelas.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Rifka, 2020) menunjukkan bahwa penyebab klaim pending dan tidak layak disebabkan oleh perbedaan persepsi dari pihak rumah sakit dan BPJS Kesehatan, dokter tidak menuliskan indikasi medis

dengan jelas, petugas kurang teliti dalam pemrosesan klaim, berkas persyaratan klaim kurang lengkap, dan SOP belum disosialisasikan dengan baik.

Penyebab klaim tidak layak juga dipengaruhi oleh beberapa faktor menurut penelitian (Kurniyawati & Pribadi, 2018) menyebutkan bahwa yang menyebabkan klaim tidak layak antara lain satu episode perawatan, terkait pengkodingan pasien lama tidak menggunakan kode Z, tidak adanya SOP untuk implementasi Jaminan Kesehatan Nasional agar kasus yang sama tidak terulang kembali, dan kurangnya kelengkapan administrasi seperti tidak adanya surat control dan surat rujukan.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh penulis pada saat PKL 2 Bulan Agustus Tahun 2022 di RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang, dirumah sakit ini ditemukan rata-rata berkas klaim tidak layak berkisar 45 berkas klaim pada Tahun 2021. Penyebab klaim tidak layak ini disebabkan oleh faktor administrasi, koding dan medis. Penelitian yang dilakukan oleh (Herbayuanto, 2018) menunjukkan bahwa rata-rata jumlah klaim yang diajukan pasien rawat inap di RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang sebanyak 10.000 klaim. Dari berkas klaim yang diajukan tersebut terdapat klaim tidak layak yang akan berdampak pada *cashlow* biaya operasional RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang dan dengan adanya klaim tidak layak ini maka akan menimbulkan kerugian karena tidak adanya ganti rugi atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan rumah sakit sebelumnya kepada pasien.

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Analisis Klaim Tidak Layak Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang”.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana Analisis Klaim tidak Layak Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang?

1.3. Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui Analisis Klaim Tidak Layak Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui faktor administrasi penyebab klaim tidak layak rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang.
2. Mengetahui faktor koding penyebab klaim tidak layak rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang.
3. Mengetahui faktor medis penyebab klaim tidak layak rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini akan memberikan wawasan dan pengetahuan terhadap peneliti mengenai analisis klaim tidak layak pada pasien rawat inap BPJS Kesehatan.

1.4.2 Manfaat Bagi RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang

Sebagai bahan masukan bagi pemberi pelayanan kesehatan khususnya tenaga verifikator klaim rumah sakit untuk memperhatikan kelengkapan persyaratan pengajuan klaim saat melakukan verifikasi klaim agar tidak terdapat klaim tidak layak.

1.4.3 Manfaat Bagi Poltekkes Kemenkes Malang

Sebagai bahan referensi untuk bahan ajar perkuliahan, terutama yang berkaitan dengan ceklist dokumen untuk pengajuan klaim.