

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Dalam mewujudkan tujuan dari sistem jaminan sosial nasional yaitu memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iuranya dibayar oleh Pemerintah, negara membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau yang disingkat BPJS yang berbentuk badan hukum berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib dan dana Amanah (Republik Indonesia, 2011). BPJS Kesehatan memberikan pelayanan kesehatan kepada Masyarakat dengan menggunakan sistem pembayaran secara prospektif. Proses klaim sangat penting bagi Rumah Sakit karena sebagai penggantian biaya pasien asuransi yang telah berobat. Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) berfungsi sebagai pengajuan biaya perawatan pasien peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) oleh pihak Rumah Sakit kepada pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (Ardhitya & Perry, 2015).

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS Kesehatan yang dilakukan secara kolektif ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Safa Maulida & Djunawan, 2022). Klaim sangat berpengaruh pada pengembangan sistem pelayanan kesehatan, sistem pembayaran pelayanan kesehatan dan sistem mutu pelayanan kesehatan dalam meningkatkan efektifitas dan efisiensi (Amalia et al., 2023). BPJS Kesehatan memiliki sebuah sistem yang digunakan untuk mempermudah pengajuan klaim yaitu sistem dengan pola pembayaran Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) (Amalia et al., 2023). Sistem casemix atau INA-CBGs adalah pengelompok menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 versi tahun 2010 untuk diagnosis dan ICD-9-CM

versi tahun 2010 untuk tindakan/prosedur (Kementerian Kesehatan, 2021). Setelah melalui proses entri dan pengkodean, tahapan terakhir dalam proses pengajuan klaim adalah verifikasi, verifikasi dokumen klaim bertujuan untuk memastikan bahwa biaya program Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan dimanfaatkan secara tepat jumlah, waktu, dan tepat sasaran.

Verifikasi dokumen klaim dilakukan oleh verifikator BPJS Kesehatan, verifikator memverifikasi dokumen klaim yang masuk dan menentukan jumlah klaim yang akan dibayarkan dan selanjutnya akan dibuatkan laporan penagihan oleh pihak rumah sakit. Dari hasil verifikasi adalah status klaim. Terdapat tiga tipe status klaim yang berbeda di Rumah Sakit yaitu klaim layak, klaim tidak layak dan klaim pending. Menurut Peraturan BPJS Nomor 7 tahun 2018 yang dimaksud Klaim Pending yaitu berkas klaim yang telah dilakukan verifikasi oleh BPJS Kesehatan belum sesuai dan memerlukan konfirmasi, dimana belum ada kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan FKRTL terkait kaidah coding maupun medis (*dispute klaim*), penyelesaian dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (BPJS Kesehatan, 2018).

Menurut penelitian sebelumnya (Safa Maulida & Djunawan, 2022) terdapat beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya pending klaim seperti berkas tidak lengkap, tidak lengkapnya berkas dapat dikarenakan tidak dilampirkannya berkas sesuai diagnosis dan prosedur atau yang disebut rekam medis. Berkas rekam medis ini menunjukkan kepada akurasi pemberian jaminan oleh BPJS Kesehatan yang nantinya dapat memberikan pembiayaan dengan tepat dan sesuai dengan spesifikasi jenis-jenis perawatan. Faktor penyebab klaim pending lainnya adalah kurang tepatnya Coding, verifikator BPJS dapat melakukan terkait tidak sesuai kode penyakit dan tindakan yang diberikan oleh koder untuk memperoleh bukti terhadap klaim yang ditagihkan (Ardhitya & Perry, 2015). Kurangnya pemeriksaan penunjang, laporan penunjang merupakan laporan hasil pelayanan tambahan untuk pasien yang dilakukan atas indikasi tertentu guna memperoleh keterangan yang lebih lengkap, apabila laporan penunjang

tidak lengkap maka verifikator BPJS akan mengembalikan klaim untuk dilengkapi atau dilampirkan (Megawati & Pratiwi, 2016).

Masalah klaim pending banyak terjadi di berbagai rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, seperti contoh Di rumah sakit X oleh penelitian Frieska 2022 ditemukan pending klaim sebanyak 362 kasus pada bulan September 2022 dan di rumah sakit Unair ditemukan 88 klaim pending rawat inap di bulan Desember 2021 (Safa Maulida & Djunawan, 2022). Dampak dari klaim pending ini adalah keterlambatan pembayaran klaim BPJS Kesehatan yang mempengaruhi arus kas rumah sakit. Arus kas rumah sakit yang terganggu ditandai dengan kewajiban membayar tagihan rekanan tidak tercapai dan ketidakstabilan keuangan rumah sakit yang akan mempengaruhi kualitas mutu pelayanan di Rumah Sakit tersebut (Public Health Journal et al., 2020). Berdasarkan studi pendahuluan terhadap Unit Casemix RSUD Gambiran Kota Kediri ditemukan beberapa klaim pasien JKN yang dikembalikan atau klaim pending oleh BPJS Kesehatan. Pada pengajuan klaim bulan pelayanan Mei sampai dengan Agustus tahun 2023 sebanyak 43.874 kasus, telah ditemukan 733 jumlah berkas klaim pending. Berdasarkan jumlah data klaim pending tersebut permasalahan pengajuan klaim di Rumah Sakit Umum Daerah Gambiran kasus yang paling tinggi terdapat pada klaim Rawat Jalan.

Berdasarkan uraian diatas maka dibuat judul penelitian yaitu Faktor penyebab berkas klaim pending BPJS Kesehatan pada Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Gambiran.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas didapatkan rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu, apa saja Faktor-faktor penyebab berkas klaim pending BPJS Kesehatan pada pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Gambiran?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui apa saja Faktor-faktor penyebab berkas klaim pending BPJS Kesehatan pada pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Gambiran

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengetahui gambaran penyebab klaim klaim pending pada pasien BPJS Kesehatan rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Gambiran Kota Kediri berdasarkan faktor koding.
2. Mengetahui gambaran penyebab klaim pending pada pasien BPJS Kesehatan rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Gambiran Kota Kediri berdasarkan faktor administrasi.
3. Mengetahui gambaran penyebab klaim pending pada pasien BPJS Kesehatan rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Gambiran Kota Kediri berdasarkan faktor medis.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Bagi Penulis**

Manfaat yang didapatkan penulis adalah mengembangkan kemampuan, menambah pengalaman dan wawasan tentang Klaim Pending BPJS Kesehatan dan pengaplikasian ilmu yang diperoleh selama menempuh perrkuliahan.

### **1.4.2 Manfaat Bagi Rumah Sakit**

Penelitian ini bermanfaat untuk Rumah Sakit Umum Daerah Gambiran guna membuat perencanaan dan strategi agar tidak terjadi pengajuan klaim pending.

### **1.4.3 Manfaat Bagi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang**

Penelitian ini dapat memberikan bahan referensi tambahan dan bahan Pustaka bagi mahasiswa dan pihak lain, terutama yang berkaitan dengan pengajuan klaim BPJS Kesehatan.

#### **1.4.4 Manfaat bagi BPJS Kesehatan**

Penelitian ini bermanfaat untuk BPJS Kesehatan guna meminimalisir klaim pending dan menjadi bahan perbandingan persepsi antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit.