

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit menjadi salah satu pelayanan kesehatan yang digunakan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Berdasarkan UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara menyeluruh dan bermutu agar dapat melangsungkan hidup yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Dalam mendukung upaya tersebut pemerintah membuat suatu program jaminan sosial guna dapat meringankan biaya serta meningkatkan pelayanan kesehatan yaitu berupa program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Puryanto, 2022).

Berdasarkan Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan JKN menyatakan bahwa dalam rangka meningkatkan kesehatan masyarakat, pemerintah telah menyelenggarakan program JKN oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS) Kesehatan. Program jaminan kesehatan mulai di implementasikan oleh pemerintah pada tanggal 1 Januari 2014 dengan tujuan dapat memberikan perlindungan perawatan kesehatan guna memperoleh manfaat dalam memenuhi kebutuhan dasar hidup yang diberikan kepada setiap peserta yang telah membayar iuran. Iuran yang dimaksud akan dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, pemerintahan atau anggota keluarganya (Kurniawati, 2020).

Menurut undang-undang nomor 24 tahun 2011 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan telah menanggung atas pelayanan kesehatan yang dilaksanakan secara bertahap sesuai kebutuhan medis mulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sampai dengan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) (Puspaningsih, 2022). BPJS Kesehatan telah membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran yang dikeluarkan dengan menyesuaikan pada standar tarif yang telah ditetapkan oleh pemerintah. Pada

pembayaran atau penggantian biaya pelayanan kesehatan peserta BPJS Kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat lanjut yaitu dengan menggunakan system Indonesia *Case Base Group* (INA CBG's) (Kurniawati, 2020).

Permenkes Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesia INA CBG's menyatakan bahwa metode pembayaran prospektif yaitu dimana tarif pada pelayanan kesehatan telah ditetapkan sebelum pelayanan diberikan kepada pasien. Sistem INA CBG's merupakan sistem yang menggunakan pengelompokan diagnosis dan prosedur yang menunjukkan tanda klinis yang sama atau hampir sama dan penggunaan sumber daya atau biaya perawatan yang mirip ataupun sama. Pengelompokan tarif pada INA CBG's didasarkan pada pemberian kode diagnosis di ICD-10 dan kode tindakan pada ICD-9. Dengan sistem INA CBG's ini, maka rumah sakit harus melakukan pengajuan klaim untuk memperoleh penggantian biaya pelayanan kesehatan. Proses verifikasi pengajuan klaim dari rumah sakit kepada BPJS Kesehatan yaitu verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan, verifikasi pelayanan kesehatan (Puspaningsih, 2022).

Berdasarkan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan JKN, klaim merupakan permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Pengajuan biaya perawatan pasien BPJS Kesehatan oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Setelah itu BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang layak, namun untuk berkas yang tidak layak atau *pending* harus dikembalikan ke rumah sakit untuk direvisi dan diperiksa kembali (Maulida et al., 2022). Dalam proses pengklaiman terdapat syarat kelengkapan berkas yang harus dilengkapi seperti Surat Bukti Pelayanan (SBP), riwayat perjalanan penyakit, tanda tangan dokter yang bersangkutan, dan kode tindakan atau kode diagnosis. Sedangkan untuk kelengkapan kartu BPJS hanya memerlukan fotocopy KK atau KTP, rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama serta Surat Eligibilitas Peserta (SEP) (Kurniawati, 2020).

Rumah Sakit Bhirawa Bhakti merupakan rumah sakit yang menjalin hubungan kerja sama dengan pihak BPJS Kesehatan. Dalam kerja sama ini rumah sakit memiliki tanggung jawab dalam memberikan pelayanan yang baik kepada peserta BPJS Kesehatan. Selain itu rumah sakit juga mempunyai hak untuk mendapatkan penggantian terhadap biaya dari BPJS Kesehatan atas pelayanan yang telah diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan. Tetapi saat dilakukan studi pendahuluan pada bulan oktober dalam pelaksanaannya masih terdapat kendala yang ditemukan yaitu masih mendapatkan berkas klaim yang *pending* oleh pihak BPJS Kesehatan pada saat proses pengajuan klaim. Berkas klaim dikatakan *pending* karena berkas belum memenuhi ketentuan yang telah dibuat oleh pihak BPJS Kesehatan yang sudah tertera dalam petunjuk teknis verifikasi klaim. Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit wajib memenuhi ketentuan yang ada agar berkas tidak terjadi *pending* klaim.

Berdasarkan studi pendahuluan di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang pada bulan oktober 2022 peneliti melakukan wawancara dengan salah satu petugas INA CBG's yang menyatakan bahwa masih menemukan berkas yang mengalami *pending* klaim. Dari 134 berkas rawat inap pada bulan agustus untuk diajukan klaim oleh petugas kepada BPJS Kesehatan terdapat 15 berkas atau 11% berkas yang mengalami *pending* klaim dan 119 berkas atau 89% berkas dapat diajukan klaim. Berkas yang mengalami *pending* disebabkan karena ketidaklengkapan dalam pengisian berkas serta kurang tepatnya dalam pengisian kode diagnosis dan tindakan sehingga membuat petugas harus mengecek ulang berkas yang dikembalikan oleh pihak BPJS Kesehatan. Terjadinya berkas *pending* klaim berdampak pada administrasi keuangan rumah sakit serta terhambatnya pembayaran gaji petugas di rumah sakit. Upaya yang dapat dilakukan dalam permasalahan *pending* klaim yaitu mengevaluasi untuk mengurangi timbulnya berkas klaim yang tidak lengkap dengan cara mengkomunikasikan semua permasalahan yang ada agar mutu pelayanan terkait klaim meningkat.

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut peneliti tertarik untuk mengambil judul “Tinjauan *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Studi Kasus di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka dapat disimpulkan rumusan masalah yaitu “Bagaimana Penyebab *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis *pending* klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi prosedur pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang
- b. Mengidentifikasi penyebab *pending* klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang
- c. Mengidentifikasi dampak *pending* klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang
- d. Mengidentifikasi upaya rumah sakit terkait masalah *pending* klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menambah pengetahuan serta wawasan tentang prosedur pelaksanaan proses klaim BPJS Kesehatan terutama dalam faktor yang menyebabkan *pending* klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi serta peningkatan indikator pelayanan kesehatan terhadap pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan.

b. Bagi Institusi

Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai bahan referensi untuk penelitian serta sebagai sumber pembelajaran dalam pengembangan ilmu bidang rekam medis dan informasi kesehatan khususnya terkait pelaksanaan proses klaim BPJS Kesehatan.

c. Bagi Peneliti

Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai bahan untuk menambah wawasan, pengetahuan serta pengalaman dalam bidang rekam medis dan informasi kesehatan khususnya terkait proses klaim BPJS Kesehatan.

