

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Salah satu upaya pemerintah untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat Indonesia secara adil dan merata yaitu dengan membentuk badan hukum yang bertujuan untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional. Adapun badan hukum tersebut kemudian disebut dengan BPJS Kesehatan. Melalui sistem Jaminan Sosial Nasional yang mengamankan pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan transformasi kelembagaan PT Askes (Persero), PT Jamsostek (Persero), PT TASPEN (Persero), dan PT ASABRI (Persero) menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. BPJS Kesehatan juga menjalankan fungsi pemerintahan (*governing function*) di bidang pelayanan umum (*public services*) yang sebelumnya sebagian dijalankan oleh badan usaha milik negara dan sebagian lainnya oleh lembaga pemerintahan (Megawati, 2016).

Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Adapun manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan akan dikenakan urun biaya. Peserta yang mendapatkan manfaat di fasilitas kesehatan milik pemerintah atau swasta yang sudah bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Peserta yang membutuhkan rawat inap di rumah sakit, maka kelas pelayanan di rumah sakit diberikan berdasarkan kelas standar (Perpres No 19 Tahun 2016)

Salah satu upaya pemerintah supaya pembayaran ke pihak rumah sakit tidak memberatkan peserta yaitu peralihan dari pembayaran retrospektif beralih ke pembayaran prospektif. Menurut Ketua National Casemix Center (NCC), Bambang Wibowo, *fee for service* merupakan metode pembayaran rumah sakit berjenis retrospektif, dimana pembayaran ditetapkan setelah pelayanan kesehatan diberikan. Dengan sistem tarif ini, pihak provider, atau penyedia layanan kesehatan seperti rumah sakit, dapat memperoleh *income* yang tidak terbatas. Sebab, provider dapat menawarkan segala macam pelayanan kesehatan kepada pasien, bahkan termasuk pelayanan kesehatan yang sebenarnya tidak diperlukan sekalipun. Sehingga, pemerintah merubah regulasi pembayaran menjadi metode pembayaran prospektif, dimana tarif pelayanan kesehatan telah ditetapkan sebelum pelayanan kesehatan diberikan kepada pasien. Dengan sistem ini, pasien memperoleh pelayanan kesehatan sesuai

dengan kebutuhannya tanpa ada pengurangan kualitas. Bagi pembayar, keuntungan sistem tarif INA CBGs adalah terdapat pembagian resiko keuangan dengan provider, biaya administrasi lebih rendah, serta dapat mendorong peningkatan sistem informasi (Menkes No 440/MENKES/SK/XII/2012).

Di Indonesia jenis pembiayaan CBG dikembakangkan dengan istilah Indonesia Case Group (INA CBG). Dalam jenis sistem pembiayaan tersebut rumah sakit harus mengajukan klaim untuk mendapatkan biaya pelayanan yang telah diberikan kepada pasien Jaminan Kesehatan Nasional. Klaim adalah suatu permintaan salah satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan agar haknya terpenuhi. Proses pengajuan klaim dari rumah sakit ke BPJS Kesehatan memiliki tahap administrasi kepersertaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi kelengkapan berkas. Menurut Depkes (2008) tentang petunjuk teknis administrasi klaim dan verifikasi program Jaminan Kesehatan Nasional masyarakat, bahwa kelengkapan dokumen untuk pengajuan klaim yaitu surat rujukan, pemeriksaan, pelayanan penunjang diagnostik dan tindakan medik yang telah disahkan oleh dokter yang bertanggung jawab berdasarkan Permenkes RI nomor 903/Menkes/Per/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Masyarakat, Apabila salah satu persyaratan tidak ada atau item-item tidak diisi dengan lengkap akan berakibat pada keberhasilan proses klaim. Berdasarkan petunjuk teknis Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan diajukan kepada kantor cabang/kantor operasional kabupaten/kota BPJS kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum antara lain terdapat 9 berkas yang harus disertakan dalam proses pengajuan klaim yaitu laporan individual pasien, resume medis, laporan penunjang, SEP, rekap biaya, formulir verifikasi JKN, surat keterangan, fotokopi KTP, fotokopi kartu BPJS. Jika berkas tersebut tidak lengkap, maka berakibat pengembalian berkas klaim yang pada akhirnya menghambat proses pembayaran.

Pengembalian berkas klaim memiliki dampak besar bagi rumah sakit karena dapat memperlambat proses pembayaran klaim (Irma Wati, 2016). Berdasarkan penelitian oleh Linda Megawati bahwa keterlambatan klaim disebabkan karena tidak lengkapnya berkas klaim. Dalam penelitiannya menyebutkan bahwa berkas yang tidak lengkap yaitu laporan individual pasien, laporan penunjang, dan fotocopy kartu BPJS. Menurut penelitian dari Irma Wati penyebab pengembalian berkas klaim yaitu tidak adanya laporan operasi, berkas penunjang pasien, resume medis yang ditandatangani DPJP, bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur yang disertai tandatangan DPJP, SEP dan pendukung

lain, SEP dengan data INA CBGs, ketentuan yang tidak sesuai yaitu kesesuaian diagnosis dan prosedur, protokol terapi dan regimen obat.

Berdasarkan studi pendahuluan di RSUD Universitas Muhammadiyah Malang berkas klaim periode bulan juli 2018 sampai bulan juni 2019 berupaya secara konsisten meningkatkan *clinical pathway* agar menjalankan operasional pelayanan yang efektif dan efisien tanpa menguarangi kualitas pelayanan sesuai dengan INA-CBG. *Clinical pathway* adalah dokumen perencanaan pelayanan kesehatan terpadu yang merangkum setiap langkah yang dilakukan pada pasien mulai masuk rumah sakit sampai dengan keluar rumah sakit, berdasarkan standar pelayanan medis, standar asuhan keperawatan, dan standar pelayanan kesehatan lainnya yang berbasis bukti yang dapat diukur. Dengan penerapan *clinical pathway* yang mengacu pada pembiayaan INA-CBG, maka dengan mudah dapat diketahui kualitas pelayanan kesehatan, apabila pelayanan kesehatan pada sebuah rumah sakit berkualitas baik, maka dengan sendirinya rumah sakit akan untung, karena bersaran klaim BPJS tergantung dari jenis penyakit yang di rawat oleh dokter penanggung jawab pasien, begitu pula sebaliknya. (Menkes No 440/MENKES/SK/XII/2012).

Menurut pernyataan staff Rumah Sakit bahwa dalam menjalankan operasional pelayanan pasien BPJS Kesehatan di RSUD Universitas Muhammadiyah Malang, terkadang para dokter tidak melakukan pengisian diagnosis atau tindakan pada rekam medis. Kondisi ini terjadi pada kasus rawat inap. Sehingga ketidaklengkapan berkas klaim BPJS tersebut akan mengambat proses verifikasi data pasien BPJS kesehatan. Proses verifikasi yang membutuhkan waktu yang lama akan mengakibatkan mundurnya pengajuan klaim. Dampak dari keterlambatan pengajuan klaim BPJS akan mempengaruhi *cash flow* rumah sakit. Untuk pengajuan klaim di rumah sakit umum muhammadiyah malang sudah tidak mengirim berkas hardfile tetapi sudah menggunakan softfile ini membuat pihak rumah sakit maupun pihak BPJS Kesehatan tidak mengalami keterlambatan dari segi pengiriman maupun pembayarannya.

Peneliti menemukan masalah dibagian casemix BPJS Kesehatan terkait berkas pengajuan klaim asuransi BPJS Kesehatan pasien rawat inap sejumlah 213 berkas klaim yang mengalami kendala. Berkas klaim dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan dikarenakan ada persyaratan yang belum lengkap atau terdapat item yang belum diisi. Hal tersebut dikhawatirkan akan mempengaruhi kegiatan pelayanan asuransi dan pembiayaan di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang.

Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian mengenai ” Faktor Faktor yang menyebabkan pengembalian persyaratan berkas klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang.

1.2 Rumusan Masalah

Apa faktor-faktor yang menyebabkan pengembalian berkas klaim rawat inap di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang?

1.3 Tujuan Masalah

Berdasarkan rumusan masalah, maka tujuan dari peneliti yaitu:

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor yang menyebabkan pengembalian berkas klaim rawat inap di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang.

2. Tujuan Khusus

Untuk mengetahui faktor terbanyak yang menyebabkan pengembalian berkas klaim pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Secara Teoritis

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi landasan dalam pengembangan pembelajaran. Selain itu juga menjadi sebuah nilai tambah pengetahuan ilmiah dalam bidang pendidikan di Poltekkes Kemenkes Malang.

2. Secara Praktisi

a. Bagi Rumah Sakit

Dengan penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang tentang hal-hal yang perlu diperhatikan dalam mengajukan berkas klaim pasien rawat inap ke pihak BPJS Kesehatan.

b. Bagi Poltekkes

Dapat menambah bahan referensi dalam perkuliahan pada mahasiswa prodi Asuransi Kesehatan khususnya mengenai pengajuan berkas klaim ke BPJS Kesehatan.

c. Bagi Peneliti

Mendapat pengalaman berharga untuk mengetahui syarat dokumen pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan. Menambah wawasan terhadap administrasi data pengajuan klaim.