

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang SJSN yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar Kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran, atau yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program jaminan dalam bentuk perlindungan Kesehatan agar Peserta mendapatkan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah. Skema penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melibatkan tiga pihak pelaksana, yaitu BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan, dan peserta BPJS (Mujiati & Yuniar, 2017)

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto merupakan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut milik Pemerintah Daerah Kota Mojokerto yang secara resmi menjadi Rumah Sakit tipe B dengan predikat paripurna yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dalam upaya memberikan pelayanan Kesehatan seperti pelayanan perawatan rawat inap, rawat jalan, serta gawat darurat. Rumah Sakit yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dapat mengajukan klaim yang selanjutnya dibayarkan oleh BPJS Kesehatan apabila telah dinyatakan layak klaim (Kusumawati, 2020).

Klaim merupakan tagihan pembayaran atas jasa yang diberikan. Klaim rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan merupakan permintaan balas jasa atas pelayanan yang telah diberikan oleh rumah sakit kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit (Artanto, 2018). Klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan harus disertai dengan resume medis dengan diagnosis dan prosedur yang mengacu pada ICD-9 dan ICD-10 (Dumaris, 2015).

Metode pembayaran klaim yang digunakan di Indonesia dikenal dengan casemix Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs) disesuaikan menurut SK Menteri Kesehatan RI Nomor 440/Menkes/SK/XII/2012 (Agiwahyunto et al., 2016). Alur pengajuan klaim harus melalui tahap verifikasi berkas sebelum klaim diajukan pada BPJS Kesehatan, berkas yang diajukan akan diverifikasi terlebih dahulu oleh verifikator BPJS Kesehatan untuk menguji kebenaran administrasi serta pertanggung jawaban atas pelayanan yang telah diberikan pada pasien oleh fasilitas Kesehatan agar dapat menjaga mutu pelayanan dan efisiensi biaya pelayanan Kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan.

Sesuai dengan Buku Pedoman Teknis Verifikasi Klaim tahun 2014, proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit ke BPJS Kesehatan melalui syarat verifikasi administrasi, rekapitulasi pelayanan, serta berkas pendukung seperti Surat Eligibilitas peserta (SEP), Resume medis/laporan status pasien/keterangan diagnose dari dokter yang merawat, Surat perintah rawat inap, serta beberapa bukti penunjang lainnya, misalnya; protocol terapi dan regimen(jadwal pemberian obat), rincian tagihan Rumah Sakit (Billing), dan berkas penunjang lainnya yang diperlukan Apabila ditemukan berkas yang kurang lengkap dalam proses verifikasi, maka berkas akan dikembalikan ke Rumah sakit karena memperlambat proses klaim dan berkas tersebut menjadi pending (Alfiansyah et al., 2019)

Pending klaim adalah klaim yang sudah diverifikasi, namun belum dibayarkan oleh pihak ke-satu dikarenakan ketidaklengkapan administrasi, masih dalam proses konfirmasi. Banyaknya klaim pending yang terjadi akan berdampak pada proses pengembalian klaim, dan berakibat tidak terbayarnya pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Rumah Sakit dan mengakibatkan penurunan pemasukan Rumah Sakit (Damayanti, 2021).

Berdasarkan penelitian Supriadi dan Syifa Rosania (2018) di Rumah Sakit Hermina Ciputat periode Juni sampai Agustus 2018, ditemukan sebanyak 82 berkas klaim pending atau sekitar 0,001% dari total klaim rawat jalan yang diajukan selama 3 bulan. Penulis menjelaskan penyebab klaim pending dikarenakan tidak lolos tahap verifikasi administrasi pelayanan seperti resume medis belum lengkap, tidak dilampirkan hasil penunjang, dan lain lain.

Menurut penelitian (Kusumawati & Pujiyanto, 2018), dilakukan wawancara mendalam kepada satu orang verifikator, satu orang koder, dan satu orang grouper. Didapatkan 40,6% berkas merupakan kesalahan koding dan input, 21,9% kesalahan penempatan diagnosis, dan 37,4% ketidaklengkapan resume medis. Dibutuhkan pembaharuan ilmu aturan dan kaidah koding terbaru untuk koder serta penerapan rekam medis elektronik untuk mempermudah Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dalam melengkapi resume medis yang dibutuhkan. Berkas klaim dapat mengalami pending dikarenakan tidak lengkapnya berkas klaim, ketidaktepatan kode diagnosa karena adanya perbedaan persepsi antara koder dengan verifikator. Oleh karena hal itu terjadi maka pihak verifikator BPJS Kesehatan mengembalikan berkas klaim yang belum bisa diverifikasi ke pihak rumah sakit (Triatmaja, 2020).

Tabel 1 Data Klaim Pending Mei

No	Penyebab Klaim Pending	Jumlah Klaim Pending	Presentase
1	Aspek Administrasi	54	36,48%
2	Aspek Medis	29	19,59%
3	Aspek Koding	65	43,91%

Berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu petugas casemix Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto, pada Mei 2022 pending klaim rawat inap mencapai 148 klaim. jika dilihat dari tabel diatas, pending klaim terbanyak disebabkan dari aspek koding. Menurut hasil wawancara, kesalahan koding dapat terjadi karena kurangnya pengetahuan koder tentang aturan terbaru BPJS Kesehatan dan kurangnya ketelitian koder sehingga menimbulkan kesalahan koding.

Selain dari aspek koding, klaim pending juga disebabkan dari aspek kelengkapan medis dan aspek kelengkapan administratif. Dalam aspek kelengkapan medis, didapatkan bahwa klaim pending terjadi karena ketidaklengkapan resume medis, serta hasil pemeriksaan penunjang. Sedangkan dalam aspek administrasi didapatkan bahwa klaim pending terjadi karena

ketidaklengkapan dokumen administrasi seperti tidak dilampirkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP), tidak melampirkan Billing, dan tidak melampirkan resume medis. Sehingga pihak verifikator BPJS Kesehatan harus mengembalikan berkas klaim tersebut kepada petugas verifikator internal rumah sakit untuk melengkapi dokumen yang kurang sesuai.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Gambaran Klaim Pending Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto.”

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Gambaran Klaim Pending Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto?

1.3 Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui Gambaran Klaim pending Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSUD Dr. Wahidin Sudiro husodo Kota Mojokerto

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui penyebab klaim pending pada Aspek Koding di RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto
- b. Mengetahui penyebab Klaim pending pada Aspek Medis di RSUD Dr. Wahidin sudiro husodo Kota Mojokerto
- c. Mengetahui penyebab Klaim Pending Pada Aspek Administrasi di RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto

1.4 Manfaat

1. Bagi Rumah Sakit

- a. Sebagai bahan masukan bagi pemberi layanan Kesehatan khususnya tenaga verifikator klaim rumah sakit untuk memperhatikan kelengkapan persyaratan pengajuan klaim saat melakukan verifikasi administrasi klaim.

2. Bagi Poltekkes Kemenkes Malang

- a. Sebagai bahan referensi untuk bahan ajar perkuliahan, terutama yang berkaitan dengan cek list berkas untuk pengajuan klaim

3. Bagi Peneliti
 - a. Penelitian ini akan memberikan wawasan dan pengetahuan kepada peneliti mengenai gambaran klaim pending rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto.