

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sesuai dengan Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah sebuah jaminan yang berguna untuk menjamin peserta mendapatkan manfaat pemeliharaan kesehatan serta perlindungan demi terpenuhinya kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang sudah membayar iuran ataupun iurannya dibayarkan oleh pemerintah.

Di Indonesia pemerintah sudah menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014 yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No.28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan JKN. Fasilitas Kesehatan yang ikut serta dalam pelaksanaan program JKN yaitu terbagi menjadi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang terdiri dari puskesmas, praktek dokter, klinik pratama, dan rumah sakit kelas D pratama serta Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) berupa klinik utama, rumah sakit umum, dan rumah sakit khusus.

Berdasarkan perjanjian yang telah disetujui oleh pihak BPJS Kesehatan dan Pemberi Layanan Kesehatan tentang pelayanan kesehatan tingkat lanjutan peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bahwa pihak BPJS Kesehatan harus membayar tagihan tindakan medis yang diberikan oleh rumah sakit paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima dengan lengkap (Bayu Cakra Adhy Nugraha, dkk. 2016).

Pembayaran klaim kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan bukan menggunakan sistem kapitasi tetapi menggunakan sistem INA-CBGs (Indonesia Case Base Groups). Sistem itulah yang digunakan BPJS Kesehatan untuk mengganti klaim rumah sakit. INA-CBGs adalah sistem pembayaran dengan “paket” berdasarkan penyakit pasien. Mengacu pada kamus istilah BPJS dalam laman webnya menyatakan bahwa rumah sakit akan mendapatkan ganti biaya berdasarkan besaran nominal yang sesuai pada tarif INA-CBGs yang merupakan rata – rata biaya yang dihabiskan oleh suatu kelompok diagnosis (Tim redaksi, 2014).

Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang akan mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan harus melengkapi persyaratan administrasi klaim. Pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap tingkat lanjutan menyerahkan berkas administrasi klaim dan keluaran yang dihasilkan dari proses entry klaim yang berupa softfile kepada petugas verifikator BPJS Kesehatan untuk dilakukan verifikasi. Fasilitas kesehatan mengajukan klaim secara kolektif dan lengkap kepada pihak BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) bulan berikutnya. Kemudian pihak BPJS Kesehatan wajib membayar kepada fasilitas kesehatan atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap. Jika terdapat kekurangan kelengkapan berkas klaim maka pihak BPJS Kesehatan mengembalikan berkas klaim tersebut ke fasilitas kesehatan untuk dilengkapi dengan melampirkan berita acara pengembalian klaim yang nantinya dapat diajukan kembali oleh fasilitas kesehatan pada pengajuan klaim bulan berikutnya (Panduan Administrasi Klaim BPJS Kesehatan, 2014)

Salah satu permasalahan rumah sakit dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah keterlambatan pengajuan klaim. Hal ini terjadi ketika klaim yang diajukan mengalami kesalahan administrasi. Beberapa rumah sakit mengalami gangguan terhadap aliran kas akibat adanya permasalahan dalam pembayaran klaim. Keterlambatan pengajuan klaim dapat mempengaruhi kegiatan operasional seperti penumpukan dokumen klaim yang menambah beban kerja petugas coding dan verifikator. Selain itu, dengan terlambatnya pengajuan klaim oleh rumah sakit menyebabkan pembayaran yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan akan terlambat. Akibatnya penyedia pelayanan kesehatan dapat mengalami masalah yang berkaitan dengan arus pemasukan dan mempengaruhi kegiatan operasional yang ada di rumah sakit.

Faktor yang menyebabkan keterlambatan klaim berasal dari faktor man meliputi petugas verifikator kelengkapan awal, dokter, dan petugas pengkodean. Faktor kedua yaitu machine dikarenakan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) belum terintegrasi dengan INA-CBGs. Yang ketiga adalah method yang dikarenakan implementasi Standart Prosedur Operasional (SPO) yang belum lancer. Yang keempat adalah faktor materials yang disebabkan persyaratan yang kurang bahkan tidak sesuai (Noviatri & Sugeng. 2016).

Berdasarkan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh (Puri & Agus.2015) tentang faktor keterlambatan pengklaiman BPJS di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang. Peneliti melakukan pengamatan terhadap 95 berkas klaim terdapat 6 berkas yang tidak lengkap dan 89 berkas sudah lengkap dan bisa dilakukan verifikasi. Dari 6 berkas tersebut terjadi kesalahan dalam melakukan grouper INA CBGs, terjadi kesalahan kelas perawatan, tanggal keluar rumah sakit

tidak sesuai, ketidaklengkapan pada lembar verifikasi, kurangnya tanda tangan dokter, dan tidak ada diagnosa yang tercantum pada lembar resume. Faktor yang mempengaruhi adalah karena kurangnya Sumber Daya Manusia (SDM) dan petugas klaim tersebut bukan lulusan dari Rekam Medis melainkan lulusan dari Kesehatan Masyarakat. Kemudian sarana dan prasarana juga memiliki peran penting dalam proses pengklaiman dimana pada Rumah Sakit Bhayangkara komputer dan internet terkadang menghambat kerja petugas dikarenakan komputer yang sering error dan koneksi internet yang kurang stabil. Tidak adanya SOP juga sangat mempengaruhi pada proses pengajuan klaim karena tidak ada pedoman untuk petugas dalam melaksanakan pekerjaan rutin sehingga setiap petugas memiliki alur pekerjaan yang berbeda-beda.

Penelitian lain juga dilakukan oleh (Honcy,dkk.2020) tentang faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Soe menyatakan bahwa terdapat kendala dalam proses verifikasi seperti terdapat berkas yang tidak lengkap dari tiap ruang rawat inap. Kendala lain juga terjadi pada proses pemberian coding seperti adanya misscoding atau penempatan kode yang tidak sesuai. Apabila kelengkapan berkas dan pengkodean yang dimasukkan dalam sistem belum sesuai dengan ketentuan maka akan langsung di kembalikan kepada pihak rumah sakit untuk dilakukan pemeriksaan kembali. Jadi kendala – kendala pada proses pengklaiman terletak pada kurangnya ketelitian pada bagian assembling, bagian coding, berkas yang tidak lengkap, minimnya SDM sehingga dapat berpengaruh terhadap keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap Rumah Sakit Umum daerah Soe.

Rumah Sakit DKT merupakan rumah sakit milik TNI AD dan salah satu rumah sakit tipe D di Madiun. Observasi awal yang dilakukan oleh peneliti terkait pengajuan klaim selama 2 (dua) bulan terakhir mengalami keterlambatan berkas sebanyak 115 berkas rawat inap dan rawat jalan. Seharusnya berdasarkan panduan praktis yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan menyatakan bahwa klaim kolektif diajukan oleh fasilitas kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya menggunakan aplikasi INA-CBGs. Keterlambatan pengajuan klaim berdampak pada pembayaran jasa pelayanan di RS DKT Madiun. Berdasarkan permasalahan tersebut peneliti ingin melakukan penelitian terkait “Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit DKT Madiun”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “Faktor apa saja yang menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit DKT Madiun?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor – faktor yang mempengaruhi keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit DKT Tk.IV Madiun

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

1. Mengidentifikasi keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan ditinjau dari faktor persyaratan administrasi klaim
2. Mengidentifikasi keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan ditinjau dari faktor Sumber Daya Manusia (SDM)

3. Mengidentifikasi keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan ditinjau dari faktor prosedur pendaftaran pasien

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi pada pengembangan ilmu manajemen rumah sakit terkait dengan masalah keterlambatan dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit DKT Madiun dan dapat menjadi rujukan bagi penelitian selanjutnya.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Peneliti

Dapat menambah wawasan, mengembangkan pengetahuan, dan mendapatkan pengalaman secara langsung dengan menerapkan teori yang diperoleh dari institusi pendidikan

b. Bagi Rumah Sakit

- a) Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam upaya meminimalisir faktor yang menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim
- b) Sebagai tolak ukur dalam kelengkapan berkas – berkas yang dilampirkan pada proses pengajuan klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

c. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini dapat memberikan bahan tambahan referensi dan bahan kepustakaan bagi mahasiswa dan pihak lain yang ingin melakukan penelitian di bidang klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

d. Bagi Peneliti Lain

Dapat dijadikan sebagai referensi atau masukan untuk pengembangan pada hasil penelitian selanjutnya dan berhubungan dengan materi yang diambil