

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam sidang ke 58 tahun 2005 di Jenawa, *World Health Assembly* (WHA) menegaskan bahwa perlunya pengembangan sistem pembiayaan kesehatan yang menjamin tersedianya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan kepada mereka terhadap resiko keuangan. *World Health Assembly* (WHA) ke-58 mengeluarkan resolusi yang menyatakan, pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan melalui *Universal Health Coverage* diselenggarakan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial (WHO dalam Wibowo, 2015).

Universal Health Coverage (UHC) adalah salah satu bentuk kebijakan WHO yang bertujuan untuk menjamin bahwa setiap orang dapat memperoleh pelayanan kesehatan tanpa dihalangi oleh kendala *financial*.

Dalam UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 5 ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial.

Di Indonesia untuk mewujudkan komitmen tersebut pemerintah telah memulai dengan menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan yang dikelola melalui PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero). Terlalu banyak jenis produk dan mekanisme sehingga biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali. Selain itu masih banyak tantangan yang harus dihadapi dengan produk-produk yang ada. Oleh karena itu, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) diharapkan dapat menjadi 'satu program untuk semua' yang menjamin masyarakat untuk dapat memperoleh pelayanan kesehatan secara adil dan merata (Wibowo, 2015).

Untuk mengatasi permasalahan di atas, pada tahun 2004 dikeluarkan Undang-Undang No. 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) ini

mengamankan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). BPJS adalah badan yang ditunjuk untuk menyelenggarakan SJSN, termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai komponennya. SJSN direncanakan untuk berlaku mulai 1 Januari 2014 dan dilaksanakan secara bertahap hingga seluruh warga Negara memperoleh jaminan sosial pada tahun 2019 (Wibowo, 2015).

Salah satu subsistem yang terdapat dalam sistem kesehatan ialah subsistem pembiayaan kesehatan. Untuk itu, dalam rangka memahami dengan jelas dan lengkap sistem kesehatan maka perlulah dipahami pula tentang subsistem pembiayaan kesehatan. Namun dalam kenyataan hal ini masih kurang dimengerti dan dipahami sepenuhnya dimana masih terdapat permasalahan antara pelayanan kesehatan yang diterima dengan tuntutan pengajuan klaim dan rumah sakit, yaitu pengajuan klaim tidak sesuai dengan prosedur dan tarif dalam Perjanjian Kerjasama (PKS) sehingga menimbulkan masalah bagi rumah sakit (Azwar, 2010).

Menurut Syamarta (2014) dalam penelitiannya, permasalahan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terkait pengelolaan klaim rawat jalan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUP dr. Adnaan WD Kota Pyakumbuh yaitu kurangnya ketelitian dari petugas rumah sakit dalam melakukan verifikasi berkas klaim, belum tersedianya petunjuk teknis/SOP yang digunakan oleh pihak rumah sakit sebagai pedoman dalam verifikasi berkas klaim dan penggunaan *software* yang masih baru mengakibatkan petugas masih dalam proses adaptasi.

Penelitian yang dilakukan oleh Kamala (2014) mengenai gambaran manajemen klaim rawat inap BPJS Kesehatan DI RSUD Pasar Rebo membuktikan bahwa masih terdapat kesalahan data dan kurang lengkapnya berkas saat akan diklaim.

Menurut penelitian Kartika (2014), analisis ketepatan waktu penyelesaian klaim rawat inap pasien BPJS di RSUD Dr. Adjidarmoko Kabupaten Lebak menemukan bahwa 85,56 % berkas klaim sudah siap dalam bentuk *txt file (soft copy)*. Namun, merujuk kepada pedoman implementasi JKN ternyata penyelesaian klaim rawat inap di RSUD Dr. Adjidarmo dinyatakan tidak tepat waktu. Penyebabnya adalah kurang SDM tenaga dokter dan verifikator BPJS,

masalah kelengkapan dokumen, tata letak ruang yang belum memadai, SIM-RS yang belum terintegrasi.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Harnaning (2015) mengenai analisis pengelolaan klaim badan penyelenggaraan jaminan sosial (BPJS) dengan pendekatan sistem *business process reengineering* di RSUD Kota Tangerang menemukan adanya dampak pada pendapatan RSUD Kota Tangerang dalam proses pengelolaan klaim BPJS Kesehatan, terlihat dari perbedaan selisih yang terjadi antara tarif perwal yang RSUD Kota Tangerang gunakan dengan tarif INA CBG's yang digunakan oleh BPJS.

Selanjutnya menurut Ilyas (2003), salah satu yang menjadi permasalahan adalah terjadinya konflik antara PPK dengan peserta, dan PPK dengan pihak BPJS Kesehatan. PPK akan mengalami konflik dengan BPJS karena klaim pembayaran yang terlambat dan atau tidak dibayar karena masalah administrasi klaim yang tidak komplit.

Berdasarkan paparan penelitian diatas menunjukan masih banyak permasalahan yang terdapat pada proses pengelolaan klaim khususnya di rumah sakit. Oleh karena itu, untuk mengetahui permasalahan tersebut lebih dalam peneliti memilih Rumah Sakit Umum (RSU) Kabupaten Tangerang dengan beberapa pertimbangan.

Rumah Sakit Umum (RSU) Kabupaten Tangerang adalah Rumah Sakit Umum milik Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang yang berlokasi di Wilayah Kota Tangerang, tepatnya Jl. Jenderal A.Yani No.9 Tangerang. Dengan Keputusan Bupati Tangerang No.445/Kep.113-HUK/2008 RSU Kabupaten Tangerang telah ditetapkan sebagai Penyelenggara Pola Pengelola Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) Kabupaten Tangerang dengan status BLUD Penuh. Pada tahun 2013 Rumah Sakit Umum (RSU) Kabupaten Tangerang menjadi rumah sakit Kelas B Pendidikan, dengan fasilitas jumlah tempat tidur sebanyak 440 TT.

Sebagai rumah sakit pemerintah, Rumah Sakit Umum (RSU) Kabupaten Tangerang tentunya berkewajiban bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Berdasarkan data Rumah Sakit Umum (RSU) Kabupaten Tangerang dalam tahun 2016 total kunjungan pasien rawat jalan

sebanyak 170.111 dengan jumlah kunjungan pasien BPJS sebanyak 160.692 dan pasien non BPJS sebanyak 9.419. Sedangkan total kunjungan pasien rawat inap sebanyak 19.278 dengan jumlah kunjungan pasien BPJS sebanyak 15.813 dan pasien non BPJS sebanyak 3.465. Berdasarkan data tersebut dapat dilihat total pasien rawat jalan peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Rumah Sakit Umum (RSU) Kabupaten Tangerang lebih banyak dibandingkan pasien rawat inap.

Dari total 162.933 berkas klaim rawat jalan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tahun 2016 yang diajukan Rumah Sakit Umum (RSU) Kabupaten Tangerang ke pihak BPJS Kesehatan sebanyak 17.786 (11 %) berkas yang dikembalikan ke Rumah Sakit Umum (RSU) Kabupaten Tangerang.

Berdasarkan observasi dan wawancara awal yang dilakukan peneliti pada bulan Februari 2017 masih terdapat kendala dalam proses pengelolaan klaim di Rumah Sakit Umum (RSU) Kabupaten Tangerang, diantaranya tidak tepat waktu dalam pembuatan Surat Eligibilitas Pasien (SEP) yang terkendala pada sistem yang terkadang *offline* dan masih terdapat keterlambatan pengajuan berkas klaim ke pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya yang seharusnya diserahkan pertanggal 10 tiap bulan. Permasalahan lain yaitu terkait kebijakan pemerintah mengenai penyelenggaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang berubah-ubah secara mendadak. Sedangkan kelengkapan berkas dalam proses pengelolaan klaim masih terdapat masalah dengan adanya berkas yang dikembalikan setiap bulan.

Dari paparan informasi diatas peneliti menyimpulkan bahwa Rumah Sakit Umum (RSU) Kabupaten Tangerang masih terdapat permasalahan pada proses pengelolaan klaim khususnya pada pasien rawat jalan dilihat dari lebih banyaknya jumlah pasien rawat jalan dibandingkan pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan. Dilihat dari adanya keterlambatan pengajuan berkas klaim ke pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya dan banyaknya jumlah berkas yang dikembalikan ke Rumah Sakit Umum (RSU) Kabupaten Tangerang.

Dampak pada rumah sakit dari permasalahan tersebut yaitu berkurangnya hasil pendapatan rumah sakit karena tertundanya pencairan klaim atau dikarenakan tertolaknya klaim yang diajukan, sehingga dapat menimbulkan

terhambatnya pelayanan serta terhambatnya pengembangan rumah sakit dan untuk investasi rumah sakit. Oleh karena itu perlu adanya penelitian lebih lanjut mengenai gambaran pengelolaan klaim rawat jalan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Rumah Sakit Umum (RSU) Kabupaten Tangerang Tahun 2017.

1.2 Perumusan Masalah

Rumah Sakit Umum (RSU) Kabupaten Tangerang sebagai salah satu rumah sakit yang menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pada tahun 2016 jumlah pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) rawat jalan lebih banyak dibandingkan dengan pasien rawat inap, terjadi keterlambatan pengajuan berkas klaim ke pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya dan adanya sejumlah berkas klaim rawat jalan yang dikembalikan dari pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yaitu sebanyak 17.786 (11%) berkas dari total 162.933 berkas klaim yang diajukan. Disamping itu permasalahan lain yang didapatkan masih adanya kendala pada sistem yang terkadang *offline*, kebijakan dan kelengkapan berkas klaim. Permasalahan tersebut menimbulkan dampak pada berkurangnya hasil pendapatan rumah sakit karena tertundanya pencairan klaim atau dikarenakan tertolaknya klaim yang diajukan, sehingga dapat menimbulkan terhambatnya pelayanan serta terhambatnya pengembangan rumah sakit dan untuk investasi rumah sakit. Oleh karena itu perlu adanya penelitian lebih lanjut mengenai gambaran pengelolaan klaim rawat jalan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Rumah Sakit Umum (RSU) Kabupaten Tangerang Tahun 2017.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran pengelolaan klaim rawat jalan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSU Kabupaten Tangerang Tahun 2017 ?
2. Bagaimana gambaran input yang terdiri dari SDM, kebijakan, kelengkapan berkas, dan *software* dalam pengelolaan klaim rawat jalan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSU Kabupaten Tangerang Tahun 2017 ?

3. Bagaimana gambaran proses pengumpulan berkas klaim, verifikasi berkas klaim rawat jalan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh pihak rumah sakit, dan verifikasi berkas oleh pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Kabupaten Tangerang Tahun 2017 ?
4. Bagaimana gambaran output dari kecepatan, ketepatan dan kelengkapan berkas dalam pengelolaan klaim rawat jalan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Kabupaten Tangerang Tahun 2017 ?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini secara umum adalah untuk mengetahui gambaran pengelolaan klaim rawat jalan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Kabupaten Tangerang Tahun 2017.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran input yang terdiri dari SDM, kebijakan, kelengkapan berkas, dan *software* dalam pengelolaan klaim rawat jalan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Kabupaten Tangerang Tahun 2017.
2. Mengetahui gambaran proses pengumpulan berkas klaim, verifikasi berkas klaim rawat jalan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh pihak rumah sakit dan verifikasi berkas oleh pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Kabupaten Tangerang Tahun 2017.
3. Mengetahui gambaran output dari kecepatan, ketepatan dan kelengkapan berkas dalam pengelolaan klaim rawat jalan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Kabupaten Tangerang Tahun 2017.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan bacaan dan referensi mahasiswa khususnya mahasiswa Kesehatan Masyarakat Universitas Esa

Unggul untuk melakukan penelitian lebih lanjut dan meningkatkan pengetahuan tentang pengelolaan klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

1.5.2 Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan kepada institusi rumah sakit khususnya RSUD Kabupaten Tangerang dalam menentukan langkah perencanaan, pelaksanaan, dan perbaikan terkait pengelolaan klaim rawat jalan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

1.5.3 Bagi Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan mengenai pengelolaan klaim rawat jalan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian “Gambaran Pengelolaan Klaim Rawat Jalan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)” dilakukan di Rumah Sakit Umum (RSU) Kabupaten Tangerang dilaksanakan tahun 2017. Penelitian ini dilakukan karena banyaknya jumlah kunjungan pasien rawat jalan peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), terjadi keterlambatan pengajuan berkas klaim ke pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya dari tanggal yang sudah ditentukan, serta adanya sejumlah jumlah berkas klaim rawat jalan yang dikembalikan pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan ke rumah sakit. Jenis dari penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif dan desain penelitian observasional. Pengumpulan data menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi. Sedangkan data sekunder menggunakan telaah dokumen didapatkan dari berkas klaim tahun 2017.