

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Badan Penyelenggara Jaminan sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk

menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan (Perpres RI, 2016).

BPJS adalah badan penyelenggara jaminan sosial yang dibentuk pemerintah untuk memberikan Jaminan Kesehatan untuk masyarakat.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program Kesehatan untuk mewujudkan masyarakat dengan pelayanan Kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada presiden dan berfungsi menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja sejak 01 Januari 2014 di Indonesia (BPJS, 2011).

Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan tonggak sejarah dimulainya reformasi menyeluruh sistem jaminan sosial di Indonesia. Reformasi program jaminan sosial yang berlaku saat ini penting karena peraturan pelaksanaan yang berlaku masih bersifat persial dan tumpang tindih, manfaat program belum optimal dan jangkauan program yang terbatas, serta hanya menyentuh sebagian kecil masyarakat.

Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh BPJS kesehatan dan *stakeholder* tentu perlu mengetahui prosedur dan kebijakan pelayanan dalam memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya. Fasilitas kesehatan mengajukan klaim tiap bulan secara reguler maksimal tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapasitas, tidak perlu diajukan klaim

oleh Fasilitas Kesehatan. BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta maksimal 15 hari kerja sejak dokumen klaim diterima secara lengkap di kantor cabang/kantor Operasional Kabupaten/kota BPJS Kesehatan.

Pada saat pasien peserta BPJS Kesehatan mendaftar di tempat pendaftaran baik itu Rawat Jalan maupun Rawat Inap, surat rujukan dari pelayanan fasilitas tingkat pertama akan selalu ditanyakan dan diminta oleh petugas. Karena surat rujukan tersebut akan digunakan untuk mengetahui jenis pelayanan apa yang akan diberikan kepada pasien sesuai dengan keluhan dan yang telah dirujuk oleh fasilitas pelayanan tingkat pertama (BPJS, 2014).

Klaim rumah sakit dilakukan secara kolektif dan ditagihkan ke BPJS setiap bulan, dengan dilengkapi dokumen verifikasi administrasi yaitu fotocopy kartu BPJS, surat rujukan, Surat Egibilitas Pasien (SEP), surat perintah rawat inap, resume yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), surat pernyataan, biaya yang harus dibayar. Hal-hal yang harus diperhatikan pada verifikasi pelayanan kesehatan yaitu verifikasi wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD-10 dan ICD-9 CM ketentuan coding mengikuti panduan coding yang terdapat dalam juknis INA-CBG. (BPJS, 2014).

Satu di antara kasus yang sering ditangani di rumah sakit adalah kasus pending klaim berdasarkan penelitian Tyas (2015), mengatakan keterlambatan klaim BPJS dikarenakan adanya ketidaklengkapan terhadap dokumen-dokumen yang akan diajukan dalam klaim kepada verifikasi BPJS dan data yang tidak lengkap biasanya disebabkan oleh tidak adanya surat rujukan, pasien tidak menyerahkan *fotocopy* kartu keluarga serta diagnosa pasien yang kurang tepat.

Penelitian Utami (2016) terkait kelancaran klaim BPJS di Rumah Sakit Qadr Tangerang menyatakan klaim yang berjalan lancar sebanyak 31 klaim (62%) dan klaim yang tidak lancar sebanyak 19 klaim (38%). Apabila resume medis tidak lengkap dapat menyebabkan penolakan oleh verifikasi BPJS sehingga berkas klaim harus dikembalikan kepada rumah sakit agar

segera dilengkapi. Dengan demikian proses pengajuan klaim ke BPJS menjadi terhambat dan proses klaim tidak dapat berjalan lancar. Hal ini akan berdampak pada keterlambatan pencairan dana dari BPJS yang dapat mempengaruhi *cash flow* rumah sakit sehingga menghambat operasional rumah sakit seperti keterlambatan pembayaran jasa atas pelayanan yang diberikan, pembelian sarana dan prasarana yang menunjang pelayanan di rumah sakit.

Berdasarkan penelitian diatas mengakibatkan terjadinya *pending claim* yang disebabkan ketidaklengkapan berkas klaim, ketidaksesuaian diagnosa dengan tindakan yang dilakukan terhadap pasien , atau diagnosa dokter yang kurang jelas, dan resume medis yang kurang lengkap. Oleh karena hal itu terjadi maka pihak verifikator BPJS mengembalikan berkas klaim yang belum bisa diverifikasi ke pihak koder. Untuk kelancaran proses pengajuan klaim setiap pasien harus membawa surat rujukan dan persyaratan lainnya. Didasari keingintahuan peneliti untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi *pending claim* dan pelaksanaan klaim BPJS di Rumah Sakit Atma Jaya maka peneliti tertarik untuk mengambil judul “Faktor-faktor yang mempengaruhi kelancaran klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Atma Jaya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah apa saja yang menjadi faktor-faktor yang mempengaruhi kelancaran klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Atma Jaya.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi kelancaran klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Atma Jaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mendeskripsikan gambaran kelengkapan klaim BPJS rawat inap di

- rumah sakit Atma Jaya.
2. Mendeskripsikan gambaran kelancaran klaim BPJS rawat inap di rumah sakit Atma Jaya.
 3. Menganalisis pengaruh faktor verifikasi administrasi kepesertaan terhadap kelancaran klaim pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Atma Jaya.
 4. Menganalisis pengaruh faktor verifikasi administrasi pelayanan terhadap kelancaran klaim pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Atma Jaya.
 5. Menganalisis pengaruh faktor verifikasi pelayanan terhadap kelancaran klaim pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Atma Jaya.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Rumah Sakit

1. Memberikan gambaran kelengkapan persyaratan klaim BPJS kepada pihak verifikasi dan dapat menjadi tolak ukur dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit.
2. Memberikan saran yang bermanfaat khususnya dalam persyaratan klaim BPJS agar lebih diperhatikan dan lebih ditingkatkan kedisiplinan pengisian sehingga proses klaim semakin lancar.

1.4.2 Bagi Penulis

1. Menambah wawasan dan pengetahuan dalam melakukan proses pengklaiman BPJS Kesehatan di rumah sakit.
2. Mengembangkan keterampilan menulis skripsi dan menerapkan ilmu yang telah diperoleh selama dibangku kuliah.
3. Memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan Program studi Manajemen Informasi Kesehatan.

1.4.3 Bagi Intitusi

Pendidikan memberikan kontribusi dalam pengembangan studi bidang Manajemen Informasi Kesehatan, sekaligus digunakan sebagai bahan referensi atau bacaan bagi peneliti di masa mendatang.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan, dan verifikasi

pelayanan terhadap kelancaran klaim BPJS rawat inap di rumah sakit Atma Jaya pada bulan Maret 2018. Metode yang di gunakan adalah metode kuantitatif terhadap kelancaran klaim BPJS rawat inap. Faktor-faktor yang diteliti oleh peneliti dalam kelancaran klaim BPJS rawat inap meliputi kesesuaian verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan. Populasi penelitian adalah Berkas klaim BPJS rawat inap yang diserahkan kepada pihak verifikator pada bulan Maret sebanyak 835 berkas klaim BPJS rawat inap. Menentukan besar sampel menggunakan teknik *Accidental Sampling*.

Dalam hal ini yang dipilih berkas klaim BPJS rawat inap yang berjumlah 99 berkas klaim BPJS rawat inap . Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *Chi-Square*.