

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

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 2005).

Undang-Undang RI No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah salah satu bukti bahwa pemerintah memiliki komitmen dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Upaya pemerintah dalam mempercepat terselenggaranya sistem jaminan nasional secara menyeluruh bagi rakyat Indonesia adalah dengan dibentuknya suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dengan Undang-Undang RI No. 24 tahun 2011, dimana BPJS merupakan badan yang ditugaskan untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia (Undang-Undang RI, 2004).

BPJS Kesehatan bekerjasama dengan rumah sakit yang ada, baik milik pemerintah maupun swasta untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan membuat Perjanjian Kerja Sama (PKS). Perjanjian Kerja Sama antara pihak adalah suatu hubungan hukum yang resmi dan sah, yang mencakup hak dan kewajiban para pihak yang harus dipatuhi selama masa perjanjian (Ilyas, 2016)

Rumah sakit berperan sebagai Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) rujukan atau tingkat lanjutan pada masa Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjelaskan bahwa rumah sakit berhak menerima pembayaran klaim atas pelayanan yang diberikan kepada peserta, dan BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran klaim kepada faskes atau PPK. (Kemenkes RI, 2014).

Definisi klaim secara umum adalah permintaan peserta, ahli warisnya atau pihak lain yang terlibat perjanjian dengan perusahaan asuransi atas terjadinya kerugian sebagaimana yang telah dijanjikan (Anwar, 2007).

Proses klaim rumah sakit dimulai dari melengkapi berkas dokumen sebagai syarat pengajuan klaim oleh petugas coding rumah sakit, lalu berkas klaim diverifikasi oleh verifikator di BPJS Center. Verifikasi adalah meneliti, memeriksa kelengkapan, keabsahan dan kelayakan klaim yang diajukan. Setelah dilakukan verifikasi, berkas klaim dikirim ke Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan. Berkas klaim yang sampai di Kantor Cabang BPJS Kesehatan disetujui oleh Kepala Unit Manajemen Pelayanan Kesehatan Rujukan (MPKR) untuk diserahkan ke unit keuangan. Kemudian staf unit keuangan membuat Surat Perintah Membayar (SPM) yang ditandatangani oleh Kepala Unit Keuangan dan Kepala Cabang. Setelah berkas klaim dan SPM disetujui oleh Kepala Cabang, barulah SPM diserahkan ke bank yang bekerjasama untuk dilakukan pembayaran ke rekening faskes (Panduan BPJS Kesehatan, 2014)

Kelengkapan berkas dokumen menjadi bagian penting dalam proses klaim. Apabila pihak rumah sakit dapat memenuhi kelengkapan dokumen, maka kemungkinan semakin cepat proses penggantian biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Ada beberapa syarat yang harus dilengkapi dalam proses klaim, yaitu sebagai berikut: formulir pengajuan klaim, softcopy luaran aplikasi, kwitansi asli bermaterai, bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga, dan kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim (Surbakti, 2014).

Berdasarkan Undang-Undang No.29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran bahwa dokter dan dokter gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang undangan.

SOP merupakan suatu pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja instansi pemerintah berdasarkan indikator indikator teknis administrasi dan procedural sesuai tata kerja, prosedur kerja dan sistem kerja pada unit kerja yang bersangkutan (Atmoko,2012).

Sarana dan prasarana, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi berimbas pada pelayanan kesehatan, khususnya peralatan rumah sakit yang memenuhi standar seiring

dengan tuntutan masyarakat yang mengharapkan pelayan prima yang berorientasikan pada kebutuhan dan kepuasan pelanggan, dimana salah satu faktor penunjangnya adalah ketersediaan sarana yang memadai pada setiap unit rumah sakit (Zulhenry,2008).

Menurut hasil penelitian Syamarta (2014) mengenai pengelolaan klaim rawat jalan pasien jaminan kesehatan nasional RSUP Dr.Adnaan WD Kota Payakumbuh permasalahan Jaminan Kesehatan Nasional 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.

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.

Hasil penelitian Nurdiah (2016) Mengenai Analisis Penyebab *Unclaimed* Berkas Bpjs Rawat Inap Di Rsud Dr.Soekardjo Tasikmalaya yaitu penyebab *unclaimed* berkas BPJS rawat inap di rumah sakit yang antara lain disebabkan oleh pengetahuan dan kedisiplinan petugas kurang, ruangan pengolahan klaim yang sempit, SOP terkait klaim belum tersedia, monitoring berkas klaim belum terlaksana dan ketidaklengkapan hasil penunjang.

Berdasarkan paparan penelitian diatas menunjukkan 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 Anna Medika Bekasi dengan beberapa pertimbangan.

Rumah Sakit Anna Medika adalah rumah sakit kedua dari jaringan rumah sakit dan klinik di bawah naungan Anna Group. Mulai beroperasi pada tanggal 10 Februari 2010, Berkapasitas 140 tempat tidur dilengkapi dengan sarana penunjang yang lengkap terutama untuk perawatan usia dewasa dan anak. Rumah sakit Anna Medika juga memiliki pelayanan khusus pasien ICU, NICU, PICU, Thalasemia dan Hemodialisa sehingga menjadi rumah sakit pilihan di wilayah Bekasi utara dan sekitarnya.

Sebagai rumah sakit Swasta, Rumah Sakit Anna Medika tentunya berkewajiban bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

Setelah dilakukan telaah dokumen di dapatkan data Pada Januari – Desember 2016 total pasien rawat inap sebanyak 5.253 pasien dan terdapat 4.747 pasien yang menggunakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dari 4.747 Kunjungan terdapat 721 (15%) berkas yang dikembalikan dimana jika dicairkan didapatkan dana sekitar 2 Milyar. Pada periode Januari – Desember 2017 total pasien rawat inap sebanyak 7.450 dan terdapat 6.470 pasien yang menggunakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dari 6.470 kunjungan terdapat 921 (14%) berkas yang dikembalikan dimana jika dicairkan didapatkan dana sekitar 3 Milyar. Dan pada periode Januari – April 2018 pasien rawat inap sebanyak 4.800 pasien dan terdapat 3.880 pasien yang menggunakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dari 3.880 kunjungan terdapat 650 (17%) berkas yang dikembalikan dimana jika dicairkan didapatkan dana sekitar 1 Milyar.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang dilakukan peneliti pada bulan Agustus 2018 masih terdapat kendala dalam proses pengklaiman berkas klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diantaranya, Masih ada Beberapa dokter yang tidak melengkapi resume medis dan tidak tepat waktu dalam pembuatan Surat Eligibilitas Pasien (SEP) yang terkendala pada sistem. Permasalahan lain yaitu kebijakan pemerintah mengenai penyelenggaraan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang berubah secara mendadak. Sedangkan kelengkapan berkas dalam proses pengelolaan klaim masih terdapat masalah dengan adanya berkas yang dikembalikan setiap bulan.

Hal tersebut akan berdampak pada operasional pelayanan rumah sakit seperti penundaan pembangunan gedung baru, ketersediaan obat-obatan dan kesejahteraan karyawan. Oleh karena itu perlu adanya penelitian lebih lanjut mengenai Analisis penyebab pengembalian Berkas klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Anna Medika Bekasi tahun 2018.

1.2 Perumusan masalah

Rumah Sakit Anna Medika bekerjasama dengan BPJS sejak Januari 2015, dan diketahui sampai saat ini 90% pendapatan Rumah Sakit Anna Medika berasal dari program BPJS kesehatan. Pada tahun 2017 total pasien rawat inap sebanyak 7.450 dan terdapat 6.470 pasien yang menggunakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dari 6.470 kunjungan

terdapat 921 (14%) berkas yang dikembalikan, dan permasalahan lain yaitu kebijakan dan kelengkapan berkas klaim. Permasalahan tersebut menimbulkan dampak 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 Analisis Penyebab pengembalian Berkas klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Anna Medika Bekasi tahun 2018.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran pengelolaan Berkas klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada pasien rawat inap di RS Anna Medika Bekasi tahun 2018 ?
2. Bagaimana gambaran proses meliputi pengumpulan berkas, verifikasi berkas klaim rawat inap pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh pihak rumah sakit, dan verifikasi berkas oleh pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RS Anna Medika Bekasi tahun 2018?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui Penyebab pengembalian Berkas klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Anna Medika Bekasi tahun 2018.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran pengumpulan berkas klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada pasien rawat inap Rumah Sakit Anna Medika Bekasi tahun 2018.
2. Mengetahui gambaran verifikasi berkas klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada pasien rawat inap oleh pihak Rumah Sakit Anna Medika Bekasi tahun 2018.
3. Mengetahui gambaran verifikasi berkas klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada pasien rawat inap oleh pihak BPJS centre di Rumah Sakit Anna Medika Bekasi tahun 2018.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Peneliti

Dapat mengetahui penyebab pengembalian berkas klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Anna Medika Bekasi tahun 2018.

1.5.2 Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan kepada institusi rumah sakit khususnya Rumah Sakit Anna Medika dalam menentukan langkah perencanaan, pelaksanaan, dan perbaikan terkait pengelolaan klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada pasien rawat inap.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian “Analisis penyebab berkas klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembalikan pada pasien rawat inap dilakukan di Rumah Sakit Anna Medika Kabupaten Bekasi dilaksanakan tahun 2018. Penelitian ini dilakukan karena terjadi keterlambatan pengajuan berkas klaim ke pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya dari tanggal yang sudah ditentukan, dimana pada tahun 2016 terdapat 15% berkas , Periode 2017 terdapat 14 % dan periode Januari – April 2018 meningkat jadi 17% berkas klaim rawat inap yang dikembalikan pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan ke rumah sakit. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Anna Medika Bekasi Utara pada bulan Agustus 2018 – Februari 2019. 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 kepada Kepala sub bagian klaim dan observasi. Sedangkan data sekunder menggunakan telaah dokumen didapatkan dari berkas klaim tahun 2018.