

BAB 1 : PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Di Indonesia dalam meningkatkan Hak Azasi Manusia (HAM) telah ditetapkan dalam Undang-Undang Indonesia No 44 Tahun 2009 terkait pelayanan kesehatan, merupakan hak setiap orang yang harus di wujudkan dengan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sesuai amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. BPJS Kesehatan sebagai Badan Penyelenggara merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi seluruh rakyat Indonesia, diamanatkan untuk mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu dan kendali biaya, serta sistem pembayaran pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif guna tercapainya sustainability program JKN (BPJS Kesehatan, 2018).

Salah satu upaya yang telah disepakati seluruh pemangku kepentingan untuk dijalankan oleh BPJS Kesehatan adalah melakukan penerapan model pembayaran prospektif, dimana metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Amanah ini secara eksplisit tertera dalam Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diatur pola pembayaran klaim kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan atau rumah sakit adalah dengan INACBGs sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 (BPJS Kesehatan, 2014).

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan,

dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (UU RI No. 44, 2009).

Klaim yaitu tagihan atau tuntutan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Dalam hal ini klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan rumah sakit melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lainnya kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau di rawat di rumah sakit. Pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnosa dari ICD 10 dan ICD 9 CM. (EP, 2018).

Dalam Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan No 7 tahun 2018 tentang pengelolaan administrasi klaim fasilitas kesehatan disebutkan penyelenggaraan jaminan kesehatan meliputi administrasi umum pengajuan, administrasi kepesertaan dan administrasi pelayanan. Kemudian berkas klaim akan di verifikasi oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, apabila hasil verifikasi klaim belum sesuai dan memerlukan konfirmasi, maka berkas klaim dikembalikan ke rumah sakit asal untuk mendapatkan konfirmasi. Berkas klaim yang dikembalikan dapat diajukan kembali pada pengajuan klaim bulan berikutnya (BPJS Kesehatan, 2007).

Hingga tahun 2021 BPJS Kesehatan Kantor Cabang Padang telah bekerjasama dengan 33 Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKRTL) dengan rincian 1 (satu) Klinik Utama Khusus Mata, 2 (dua) Rumah Sakit Khusus Mata, 4 (empat) Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak, 2 (dua) Rumah Sakit Khusus Bedah, 1 (satu) Rumah sakit Khusus Jiwa, 2 (dua) Balai Kesehatan Khusus Mata dan 21 (dua puluh satu) Rumah Sakit Umum. RSIA Mutiara Bunda merupakan Rumah Sakit termuda yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan yaitu pada tahun 2020, sehingga sangat dimungkinkan terjadi kendala dalam manajemen penagihan klaim Rumah Sakit (PKS RS, 2021).

Berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara nasional terutama pada proses klaim INA-CBG di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), masih terdapat perbedaan pendapat untuk beberapa kasus antara pihak Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) dengan BPJS Kesehatan yang menyebabkan terjadinya penundaan ataupun pemasalahan dalam pembayaran klaim INA-CBG (Menteri Kesehatan, 2021).

Berdasarkan survei awal yang dilakukan terhadap sampel dokumen klaim yang dikembalikan di RSIA Mutiara Bunda, ditemukan adanya masalah ketidaklengkapan dan ketidaksesuaian dokumen berkas klaim serta belum lengkapnya SOP Rumah Sakit. Berdasarkan data awal dari empat Rumah Sakit Ibu dan Anak yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan KC Padang ditemukan bahwa persentase kasus pending dibandingkan dari seluruh klaim yang ditagihkan tahun 2021 di Rumah Sakit Ibu dan Anak tersebut antara lain RSIA Siti Hawa sebanyak 1%, RSIA Cicik sebanyak 1,1%, RSIA Restu Ibu sebanyak 1.9%, dan RSIA Mutiara Bunda sebanyak 2%. Berdasarkan data awal tersebut, diperoleh persentase kasus pending RSIA Mutiara Bunda lebih tinggi dibandingkan dengan tiga Rumah Sakit Ibu dan Anak lainnya. Permasalahan diatas akan berakibat pada menurunnya jumlah klaim yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan ke RSIA Mutiara Bunda pada bulan penagihan klaim tersebut dan mengakibatkan aliran kas rumah sakit terganggu, sehingga dapat mempengaruhi kegiatan operasional rumah sakit mengingat RSIA Mutiara Bunda merupakan RS Khusus Ibu Anak kelas C swasta dimana sumber pembiayaan berasal dari Rumah Sakit.

Beberapa penelitian terdahulu menunjukkan hasil yang sama dengan permasalahan yang ditemukan di RSIA Mutiara Bunda diantaranya penelitian yang dilakukan oleh Leli Rahayu, Ida Sugiarti yang berjudul Analisis Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit seperti dalam hal prosedur administrasi kepesertaan, faktor resume medis, faktor kodefikasi diagnosis dan faktor kodefikasi tindakan. Faktor yang menyebabkan berkas klaim BPJS

kesehatan dikembalikan yaitu tidak adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) yang mengatur pendaftaran pasien mengenai pengumpulan berkas-berkas persyaratan pendaftaran pasien BPJS. Permasalahan klaim yang terjadi pada RSUD Pariaman menurut penelitian Novia Putri, dkk, yang berjudul Keterlambatan Pembayaran Klaim Rawat Inap RSUD Pariaman oleh BPJS Kesehatan dapat terjadi. Keterlambatan tersebut diyakini karena persyaratan klaim yang diajukan oleh rumah sakit tidak lengkap (Putri, 2021).

Berdasarkan survei dan dokumen awal RSIA Mutiara Bunda terdapat permasalahan pengembalian berkas klaim disebabkan ketidaklengkapan dan ketidaksesuaian dokumen berkas klaim dimana penelitian terdahulu menggunakan pendekatan sistem, tidak langsung meneliti akar permasalahan ketidaklengkapan dan ketidaksesuaian dokumen berkas klaim. Adapun usulan penelitian ini berfokus pada analisis penyebab pengembalian berkas klaim pelayanan kesehatan JKN di RSIA Mutiara Bunda Tahun 2021 pada proses penagihan klaim mulai dari pelayanan administrasi, pengisian resume medis, pengkodean dan entri data, verifikasi berkas klaim serta pengajuan klaim.

Berkaitan dengan beberapa permasalahan tersebut di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “**Analisis Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Pelayanan Kesehatan JKN di RSIA Mutiara Bunda Tahun 2021**”.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka penulis merumuskan pokok permasalahan yaitu Apa penyebab pengembalian berkas klaim pelayanan kesehatan JKN?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Diketuinya informasi mendalam terkait pengembalian berkas klaim pelayanan kesehatan JKN di RSIA Mutiara Bunda Tahun 2021.

1.3.2 Tujuan Khusus

Berangkat dari rumusan masalah yang sudah tersaji penulis membagi tujuan penelitian untuk mengetahui penyebab pengembalian berkas klaim pelayanan kesehatan JKN di RSIA Mutiara Bunda Tahun 2021:

1. Dari sisi pelayanan administrasi pelayanan kesehatan JKN di RSIA Mutiara Bunda.
2. Dari sisi pengisian resume medis klaim pelayanan kesehatan JKN di RSIA Mutiara Bunda.
3. Dari sisi pengkodean dan entri data klaim pelayanan kesehatan JKN di RSIA Mutiara Bunda.
4. Dari sisi verifikasi berkas klaim pelayanan kesehatan JKN di RSIA Mutiara Bunda.
5. Dari sisi pengajuan klaim pelayanan kesehatan JKN di RSIA Mutiara Bunda

1.4 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Menjadi salah satu bahan acuan berkenaan dengan penyebab pengembalian berkas klaim pelayanan kesehatan JKN di Rumah Sakit.
2. Menjadi salah satu kajian untuk penulisan ilmiah berkenaan dengan penyebab pengembalian berkas klaim pelayanan kesehatan JKN di Rumah Sakit.
3. Memberikan masukan bagi RSIA Mutiara Bunda dalam proses penagihan klaim pelayanan kesehatan JKN.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini dibatasi pada analisis proses penagihan klaim pelayanan kesehatan JKN pada bulan Januari sampai Desember 2021 di Rumah Sakit Ibu dan Anak Mutiara Bunda Padang. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan menganalisis penyebab pengembalian berkas klaim pelayanan kesehatan JKN di RSIA Mutiara Bunda

Tahun 2021 pada proses penagihan klaim mulai dari pelayanan administrasi, pengisian resume medis, pengkodean dan entri data, verifikasi berkas klaim serta pengajuan klaim.