

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kesehatan adalah merupakan hak yang fundamental bagi setiap penduduk, sebagaimana dinyatakan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 pada pasal 28 h ayat 1. Selanjutnya ditegaskan lagi dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, 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.

Untuk mewujudkan hal tersebut diatas, dibentuklah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS. BPJS merupakan lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia sesuai Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Jaminan Sosial Nasional dan Undang-undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. BPJS menggantikan sejumlah lembaga jaminan sosial yang ada di Indonesia menjadi BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan jaminan kesehatan sedangkan BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan jaminan kecelakaan kerja, hari tua, pensiun, dan kematian.

Dalam pelaksanaan jaminan kesehatan, klaim pembayaran tidak dibayarkan oleh pemerintah, tetapi diserahkan pada pihak BPJS Kesehatan. Dokumen klaim akan diverifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan. Apabila pihak verifikator BPJS Kesehatan menyetujui maka klaim akan diganti oleh pihak BPJS

Kesehatan, jika tidak disetujui maka klaim akan dikembalikan ke pihak rumah sakit (Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan, 2014).

Salah satu sarana kesehatan yang membutuhkan pembiayaan adalah rumah sakit. Dalam menyelenggarakan kegiatan, rumah sakit tetap memperhatikan fungsi sosial yaitu setiap sarana kesehatan baik yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta harus memperhatikan kebutuhan pelayanan kesehatan golongan masyarakat kurang mampu dan tidak semata-mata mencari keuntungan (Undang-Undang Kesehatan No 36 Tahun 2009).

Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, pada tahun 2005 dikeluarkan Peraturan Pemerintah No 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU), dengan memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan berdasarkan prinsip ekonomi dan produktivitas. Jadi rumah sakit dituntut untuk meningkatkan kemandirian dalam mengelola keuangannya sendiri.

Sukmawan dkk (2014) mengatakan bahwa, hambatan proses memenuhi pertanggungjawaban klaim Jamkesmas adalah peserta tidak lengkap membawa persyaratan Jamkesmas, dokter terlambat mengisi resume medis, terlambatnya menyetor resume medis ke unit entry data klaim Jamkesmas, kekeliruan memasukkan kode diagnosa dan tindakan, adanya *software entry* data dan klaim Jamkesmas dan kurang dukungan dari unit-unit terkait. Sedangkan Hidayah dkk (2014) mengatakan bahwa permasalahan yang sering terjadi pada BPJS adanya keterbatasan *Length of Stay* (LOS), obat yang diganti oleh pihak BPJS hanya obat generik saja, rujukan pasien yang pertama dari puskesmas yang berbelit-belit dan

sering terjadinya perbedaan pendapat mengenai klaim verifikasi pengkodean antar BPJS dan pihak rumah sakit sehingga mengakibatkan tertundanya pencairan dana oleh BPJS.

Sesuai hasil *Focus Group Discussion* (FGD) yang di adakan oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) bekerja sama dengan Ikatan Dokter Indonesia dan Harian Pelita dengan tema "Evaluasi Implementasi Tarif Indonesia Case Based Groups (INA-CBGs) Dalam Jaminan Kesehatan Nasional" menyimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi percepatan absensi klaim adalah jumlah kunjungan peserta, jumlah tenaga verifikator dan jumlah tenaga pengkodean serta sarana dan prasarana termasuk jaringan rumah sakit.

Penelitian yang di lakukan oleh Khariza (2015) menyimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi progam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Menur adalah sumberdaya rumah sakit, struktur birokrasi rumah sakit, komunikasi, disposisi, dukungan kelompok sasaran, derajat perubahan yang diinginkan dan respon objek kebijakan. Struktur birokrasi dan sumberdaya RSJ Menur sangat mempengaruhi dalam pencairan klaim. Dalam struktur birokrasi di RSJ Menur terdapat 3 (tiga) tim yang bertanggungjawab dalam pelaksanaan program JKN tersebut. Tim pertama adalah tim pengelola yang bertugas untuk mengkoordinasikan pelaksanaan progam JKN di RSJ Menur. Tim kedua adalah tim pengendali, tugas dari tim ini adalah melakukan pengawasan dan sebagai penentu jumlah dan durasi pemberian obat kepada pasien. Tim ketiga adalah tim *coding* dan *costing* yang memiliki tugas untuk memasukkan kriteria pasien sesuai didiagnosis yang telah ditentukan pada sistem pembayaran INA-CBGs sehingga kemudian dapat diklaimkan oleh tim

pembiayaan dengan menghitung pembiayaan sebenarnya yang ada (Khariza, 2015).

Penelitian yang dilakukan oleh Molanda dkk (2015) menyimpulkan bahwa hal-hal yang menghambat pengajuan klaim BPJS kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano adalah ketidaklengkapan dokumen klaim yang di serahkan ke rekam medis yang disebabkan tidak terjalinnya koordinasi antara perawat dan petugas rekam medis, berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya belum berdasarkan kriteria sesuai dengan Perjanjian Kerja Sama (PKS). Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dan perawat kurang aktif berperan dalam melengkapi dokumen klaim, pengkodean dan pengentrian data, belum berjalan dengan maksimal semua berkas dokumen klaim rawat inap terlambat diserahkan dan tidak lengkap serta belum adanya *billing system* yang mempermudah pembuatan rincian tagihan pasien. Verifikasi data menjadi tidak optimal karena dokumen klaim yang akan dilakukan verifikasi tidak lengkap dan sering terlambat dalam penyerahan dokumen klaim dari petugas koder dan *entry data* menjadikan dokumen tertumpuk sehingga beban kerja verifikator bertambah. Semua itu menyebabkan pengajuan klaim tidak sesuai dengan tanggal yang di sepakati pada perjanjian kerjasama.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi merupakan Rumah Sakit Pemerintahan Provinsi Sumatera Barat tipe B. Berdasarkan Keputusan Gubernur Sumatera Barat Nomor : 440-509-2009 tentang Penetapan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi untuk melaksanakan penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK - BLUD) secara penuh, sehingga RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dituntut

kemandiriannya dalam mengola keuangannya sendiri. Sebagai rumah sakit yang telah menjadi BLUD maka pengelolaan keuangan dilaksanakan secara mandiri. Sesuai laporan tahunan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2014, Tingkat Kemandirian Keuangan (TKK) RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi sejak tahun 2009-2014 yaitu tahun 2009 sebesar 40,08% meningkat menjadi 54,19% pada tahun 2010 dan 59,76% pada tahun 2011. Namun, mengalami penurunan pada tahun 2012 menjadi 57,76%. Dan mengalami peningkatan yang signifikan pada tahun 2013 menjadi 67,22% dan 79,16% pada tahun 2014.

Hal ini menggambarkan bahwa terjadi peningkatan Tingkat Kemandirian Keuangan (TKK) tiap tahunnya dan telah memiliki kemandirian dalam mengelola keuangannya sendiri. Ini juga berarti bahwa kontribusi pendapatan operasional untuk membiayai seluruh kegiatan rumah sakit baik operasional, investasi dan gaji pegawai meningkat setiap tahunnya (Laporan Tahunan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, 2014).

Dalam pengelolaan keuangan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tersebut, pendapatan juga diperoleh dari klaim peserta BPJS Kesehatan yang mendapatkan pengobatan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Dalam pelaksanaan BPJS Kesehatan selama tahun 2014 diketahui bahwa pihak BPJS belum sepenuhnya melakukan pembayaran klaim. Hal ini diketahui dari piutang BPJS Kesehatan tahun 2014 per 1 Januari tahun 2015 yang harus dibayarkan adalah sebesar Rp. 74.680.332.229,80,-. Sementara yang dibayarkan baru sebesar Rp. 62.498.024.304,80,- (83,68%), sehingga masih terdapat selisih pembayaran/piutang sebesar Rp. 12.181.414.500,00,- (16,32%).

Selain itu, juga sering terjadinya keterlambatan dalam pencairan klaim, ini dapat dilihat dalam daftar klaim BPJS RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2014. Untuk klaim pelayanan bulan Januari 2014, baru diajukan tanggal 28 Maret 2014 dengan beberapa kali tahap pencairan, dengan rincian pencairan sebagai berikut, pencairan tahap pertama tanggal 14 Maret 2014 sebanyak 32,16% dianggap sebagai uang muka klaim, pencairan tahap kedua tanggal 18 Maret 2014 sebanyak 20,76%, pencairan tahap ketiga tanggal 8 April 2014 sebanyak 32,1% dan terakhir pencairan tanggal 18 April 2014 sebanyak 14,64%.

Begitu juga dengan pelayanan bulan Februari 2014, pengajuan klaim dilakukan tanggal 29 April 2014 dengan beberapa tahap pencairan, pencairan tahap pertama dilakukan tanggal 23 April 2014 sebanyak 50,8% sebagai pembayaran uang muka klaim, dan pencairan tahap ke dua pada tanggal 2 Mei 2014 sebanyak 49,14% dan begitu selanjutnya. Hal ini menggambarkan bahwa adanya keterlambatan dalam pembayaran klaim BPJS Kesehatan kepada RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi (Daftar Klaim BPJS RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, 2014).

Adanya keterlambatan ini berpengaruh juga terhadap pembagian jasa medis pada karyawan, sehingga akan mengalami penundaan yang cukup panjang. Hal ini menurut pengamatan peneliti dapat menurunkan semangat kerja. Ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Posuma (2013), Suwardji Dkk (2012), dan Astuti dkk (2013) yang mengatakan bahwa besarnya kompensasi dan ketepatan pembayaran kompensasi pada pegawai sangat mempengaruhi kinerja karyawan. Selain itu, keterlambatan pencairan klaim juga akan menghambat

pembiayaan operasional rumah sakit sehingga rumah sakit mengajukan permintaan uang muka klaim terhadap pihak BPJS Kesehatan.

Berdasarkan wawancara pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti dengan petugas yang menangani klaim BPJS Kesehatan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, kemungkinan penyebab dari keterlambatan dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan antara lain : kurang berperannya Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dan perawat dalam melengkapi dokumen klaim, dan tidak lengkapnya dokumen bukti pelayanan sehingga mengakibatkan lambatnya penyerahan dokumen klaim dari ruang perawatan ke petugas ruang medik dan kepada petugas klaim BPJS Kesehatan.

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Pencairan Klaim BPJS di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2014”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah diatas, maka dirumuskan masalah penelitian adalah bagaimanakah pencairan klaim BPJS di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2014 ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah mengetahui proses pencairan klaim BPJS Kesehatan di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2014.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Diketuainya input (kebijakan, dana, sumber daya manusia, sarana dan prasarana) dalam pencairan klaim BPJS Kesehatan di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2014.
2. Diketuainya proses (ketepatan diagnosa, kelengkapan rekam medis, ketepatan pengkodean, ketepatan verifikasi, lamanya kelengkapan dokumen piutang) dalam pencairan klaim BPJS di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2014.
3. Diketuainya output ketepatan pencairan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2014.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Dapat memberikan manfaat dalam hal pengembangan ilmu asuransi kesehatan dan manajemen rumah sakit mengenai klaim BPJS Kesehatan.

1.4.2. Manfaat Praktis

Sebagai bahan masukan bagi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi untuk mengetahui upaya dalam meningkatkan ketepatan pencairan klaim BPJS Kesehatan.

1.5. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini adalah untuk mengetahui proses pencairan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2014. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif.