

BAB I

PENDAHULUAN

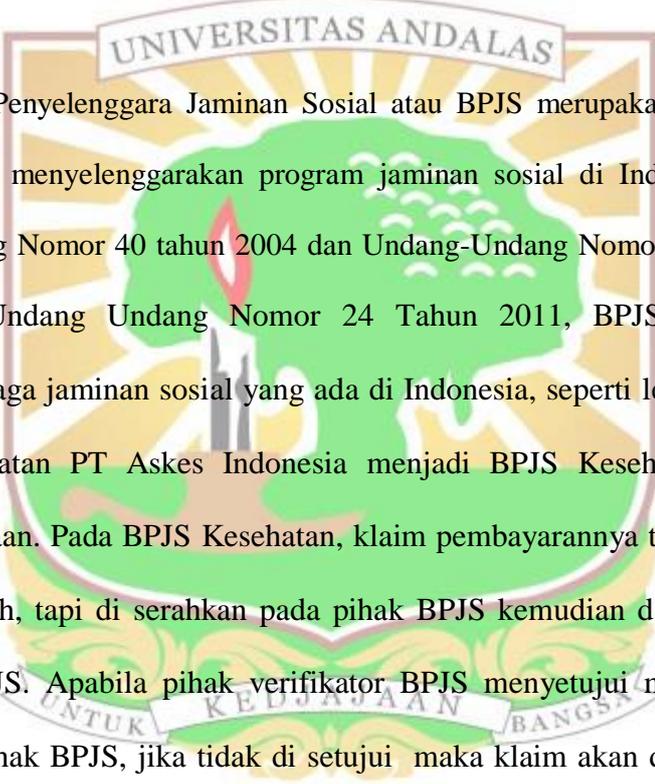
A. Latar Belakang

Rumah sakit adalah salah satu institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara komprehensif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit merupakan rujukan pelayanan kesehatan untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam rangka penyembuhan dan pemulihan. Berdasarkan fungsi dan tugas dan kemampuan yang dimiliki, rumah sakit di Indonesia dibedakan atas lima macam yaitu RS tipe A, B, C, D dan E. (UU No 44 tahun 2009).

Perkembangan pengelolaan rumah sakit ditentukan oleh aspek manajemen maupun keuangan dan operasional yang sangat dipengaruhi oleh berbagai tuntutan dari lingkungan, mulai dari mutu, efisiensi, modal, kebijakan, sedangkan rumah sakit memiliki sumber daya yang terbatas untuk memenuhi semua tuntutan itu. Rumah sakit pemerintah yang terdapat di tingkat pusat maupun daerah tidak lepas dari pengaruh perkembangan tuntutan tersebut. Oleh karena itu rumah sakit bukan hanya harus bersikap responsif melainkan harus mampu proaktif dalam meningkatkan pelayanan kesehatannya (Supriyanto, 2010).

Rumah sakit bersifat padat karya dan padat modal, pada umumnya membutuhkan biaya operasional yang besar, antara lain untuk obat-obatan dan bahan-bahan medis habis pakai. Pada dasarnya sistem pengelolaan keuangan di rumah sakit pemerintah terdiri dari Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN) dan Badan Layanan Umum (BLU). Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan

kepada masyarakat, pada tahun 2005 dikeluarkan PP No 23 tahun 2005 tentang pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum (BLU), dengan memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan berdasarkan prinsip ekonomi dan produktivitas. Dalam hal ini rumah sakit dituntut untuk meningkatkan kemandirian dalam mengelola keuangannya sendiri. Salah satu pengelolaan keuangan dari BLU memiliki sumber pendapatan dari kerjasama yang terselenggara dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (Nilasari, 2014).

The logo of Universitas Andalas is a shield-shaped emblem. At the top, a banner reads "UNIVERSITAS ANDALAS". The central part of the shield features a green tree with a red flame-like shape at its top. Below the tree, there is a white banner with the motto "UNTUK KEDJAJARAN BANGSA". The background of the shield is yellow with a sunburst pattern.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS merupakan lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia, menurut Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 dan Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011. Berdasarkan Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS menggantikan sejumlah lembaga jaminan sosial yang ada di Indonesia, seperti lembaga asuransi jaminan kesehatan PT Askes Indonesia menjadi BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Pada BPJS Kesehatan, klaim pembayarannya tidak dibayarkan oleh pemerintah, tapi di serahkan pada pihak BPJS kemudian di verifikasi oleh verifikator BPJS. Apabila pihak verifikator BPJS menyetujui maka dana akan diganti oleh pihak BPJS, jika tidak di setujui maka klaim akan dikembalikan ke pihak rumah sakit (Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan, 2014).

Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, pada tahun 2005 dikeluarkan PP 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 digunakan berdasarkan Formularium Nasional dan Formularium Rumah sakit, rujukan pasien yang pertama di mulai dari fasilitas pelayanan tingkat pertama (FKTP) yang berbelit-belit dan sering terjadinya perbedaan pendapat mengenai klaim verifikasi pengkodean antara BPJS dengan pihak rumah sakit sehingga mengakibatkan tertundanya pencairan dana oleh BPJS.

Focus Group Discussion (FGD) yang di adakan oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) yang bekerja sama dengan Ikatan Dokter Indonesia dan Harian Pelita dengan tema "Evaluasi Implementasi Tarif Indonesia Case Based GroupINA-CBGs Dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)" menyimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi percepatan administrasi klaim adalah, jumlah kunjungan peserta, jumlah tenaga verifikator dan jumlah tenaga pengkodean serta sarana dan prasarana termasuk jaringan rumah sakit (DJSN, 2015).

Penelitian yang di lakukan oleh Khariza (2014) dapat menyimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi progam JKN di

Rumah Sakit Jiwa Menur adalah sumber daya rumah sakit, struktur birokrasi rumah sakit, komunikasi, disposisi, dukungan kelompok sasaran, derajat perubahan yang diinginkan dan respon objek kebijakan. Struktur birokrasi dan sumber daya Rumah Sakit Menur sangat mempengaruhi dalam pencairan klaim. Dalam struktur birokrasi di rumah sakit terdapat 3 tim yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan program JKN tersebut. Tim pertama adalah tim pengelola yang bertugas untuk mengkoordinasikan pelaksanaan program JKN di RSJ Menur. Kedua adalah tim pengendali dimana tugas dari tim ini adalah melakukan pengawasan dan sebagai penentu jumlah dan durasi pemberian obat kepada pasien. Terakhir 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, 2014).

Molanda dkk (2014) 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 kurangnya koordinasi antara petugas di layanan dan petugas rekam medis, berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya belum berdasarkan kriteria sesuai dengan Perjanjian Kerjasama (PKS, Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), dan perawat kurang berperan aktif dalam melengkapi dokumen klaim, pengkodean, dan *input* 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 antara RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano.

RSUP Dr M Djamil Padang adalah rumah sakit tipe-A yang memiliki kegiatan utama memberikan pelayanan kesehatan spesialistik dan subspecialistik yang luas kepada masyarakat. RSUP Dr M Djamil Padang telah menerapkan Badan Layanan Umum (BLU) secara penuh, sehingga RSUP Dr M Djamil Padang dituntut kemandiriannya dalam mengola keuangannya sendiri. (RSUP Dr. M Djamil Padang, 2014).

Dalam pengelolaan keuangan RSUP Dr.M Djamil Padang tersebut, salah satu sumber pendapatan diperoleh dari klaim BPJS Kesehatan pasien yang mendapatkan pengobatan di RSUP Dr. M Djamil Padang. Pelaksanaan BPJS selama tahun 2014 diketahui bahwa belum sepenuhnya pihak BPJS Kesehatan melakukan pembayaran klaimnya. Hal ini dapat diketahui dari data piutang BPJS tahun 2014 per 1 Januari tahun 2015 berdasarkan jumlah klaim rawat jalan yang harus dibayarkan adalah Rp.40.612.712.101,-. sementara yang baru dibayarkan yaitu Rp. 33.059.548.404,- (81,4%), sehingga masih terdapat selisih pembayaran/piutang sebesar Rp.7.553.163.697,- (18,6%). Sedangkan jumlah klaim rawat inap yang diajukan yaitu 178.597.466.279,-, sementara yang baru dibayarkan yaitu Rp. 170.826.833.810,- (95%), sehingga masih terdapat selisih pembayaran/piutang adalah Rp. 7.770.632.469,- (15%). Pada tahun 2015 dari

bulan Januari-September diketahui jumlah klaim ke BPJS yaitu Rp. 157.021.211.732,- yang baru dibayarkan yaitu 111.587.066.475,- (71%), sehingga masih terdapat selisih pembayaran/piutang adalah Rp. 45.434.145.257,- (29%). Data tahun 2016 jumlah klaim ke BPJS yaitu Rp. 85.069.478.742,- yang baru dibayarkan yaitu 37.836.598.102,- (44,48%). Hal ini menggambarkan adanya keterlambatan dalam pembayaran klaim BPJS kepada RSUP Dr. M Djamil Padang yang berdampak pada *cashflow* rumah sakit . (Daftar Klaim Rawatan BPJS RSUP Dr. M Djamil Padang, 2016).

Berdasarkan wawancara pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti dengan petugas yang menangani klaim BPJS kesehatan di RSUP Dr. M Djamil Padang diketahui penyebab dari keterlambatan dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan antara lain adalah berdasarkan Standar Prosedur Operasional (SPO) penagihan paling lambat tanggal 10 setiap bulannya dan BPJS Kesehatan akan membayarkan 15 hari dari tanggal penagihan. Kenyataannya hampir 90 % dari tagihan tidak dibayar tepat waktu. Pembayaran yang dilakukan oleh pihak BPJS Kesehatan tidak sesuai dengan jumlah tagihan dengan alasan diagnosis yang tidak tepat, berkas tagihan tidak dilengkapi dengan bukti tindakan, jumlah data txt yang ditagih tidak sama dengan jumlah berkas.

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Analisis Sistem Pencairan Klaim BPJS Kesehatan di RSUP Dr.M Djamil Padang Tahun 2016”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah diatas, maka dirumuskan masalah penelitian adalah sistem pencairan klaim BPJS Kesehatan di RSUP Dr.M Djamil Padang Tahun 2016.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah mengetahui sistem pencairan klaim BPJS Kesehatan di RSUP Dr.M Djamil Padang Tahun 2016.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya input (kebijakan, sumber daya manusia, metode, sarana dan prasarana) dalam pencairan klaim BPJS Kesehatan di RSUP Dr.M Djamil Padang Tahun 2016.
- b. Diketuinya proses (ketepatan diagnosis, kelengkapan rekam medis, ketepatan pengkodean, ketepatan verifikasi, lamanya kelengkapan dokumen piutang) dalam pencairan klaim BPJS Kesehatan di RSUP Dr.M Djamil Padang Tahun 2016.
- c. Diketuinya output sistem pencairan klaim BPJS Kesehatan di RSUP Dr.M Djamil Padang Tahun 2016.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk menambah kepustakaan tentang penerapan ilmu asuransi kesehatan dan manajemen keuangan rumah sakit mengenai klaim BPJS Kesehatan.

2. Bagi RSUP Dr. M. Djamil Padang

Sebagai bahan masukan untuk manajemen di RSUP Dr.M Djamil Padang dan bahan evaluasi serta rencana tindak lanjut peningkatan ketepatan pencairan klaim BPJS di RSUP Dr.M Djamil Padang.

3. Bagi Peneliti

Menambah wawasan tentang ilmu asuransi kesehatan dan manajemen keuangan rumah sakit khususnya manajemen penagihan klaim BPJS Kesehatan.

