

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Demi tercapainya derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya, sebagaimana tujuan pembangunan kesehatan, maka pemerintah Indonesia sejak tanggal 1 Januari 2014 menerapkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi seluruh rakyatnya secara bertahap hingga 1 Januari 2019. Hal tersebut dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bahwa Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib dengan tujuan untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan bagi yang telah membayar iuran atau iuran yang dibayarkan oleh pemerintah kepada Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). BPJS Kesehatan merupakan badan hukum publik yang bertanggung jawab menyelenggarakan jaminan kesehatan nasional bagi seluruh rakyat Indonesia melalui fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan salah satunya rumah sakit.

Rumah sakit merupakan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang memberikan pelayanan kepada pasien BPJS Kesehatan. Untuk mendapatkan pelayanan di rumah sakit sesuai dengan aturan BPJS Kesehatan menggunakan sistem rujukan berjenjang di mulai dari fasilitas kesehatan tingkat pertama sampai fasilitas tingkat lanjutan.

Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Hal tersebut tertuang dalam petunjuk teknis (Juknis) verifikasi klaim BPJS Kesehatan bahwa rumah sakit harus melengkapi persyaratan pengajuan klaim dan pihak BPJS Kesehatan melakukan proses verifikasi menggunakan veda antara lain verifikasi administrasi dan verifikasi pelayanan kesehatan. Pihak BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran klaim paling lama 15 hari setelah dokumen klaim lengkap. Jika ditemukan ketidaklengkapan atau ketidaksesuaian berkas yang diajukan akan dikembalikan kepada pihak rumah sakit atau fasilitas kesehatan. Berdasarkan penelitian terdahulu keterlambatan pembayaran klaim disebabkan 2 (dua) faktor yakni disebabkan pihak rumah sakit dan BPJS Kesehatan. Keterlambatan pembayaran klaim dari rumah sakit yakni disebabkan ketidaklengkapan pengajuan klaim atau adanya ketidaksesuaian berkas yang diajukan. Sedangkan pihak BPJS Kesehatan ketidaksesuaian tanggal pembayaran klaim kepada fasilitas kesehatan yang telah mengajukan klaim yakni pihak BPJS Kesehatan wajib membayarkan klaim paling lama 15 hari setelah klaim dinyatakan lengkap. (Artanto, 2018) (Judawati, 2017) (Kusumawati, 2020) (Zamharira, 2020)

Rumah Sakit Umum Daerah Pariaman merupakan rumah sakit tipe B yang wajib melayani peserta BPJS Kesehatan. Dalam melakukan pengajuan klaim RSUD Pariaman mengalami keterlambatan pembayaran klaim karena adanya pengembalian berkas klaim yang disebabkan ketidaklengkapan berkas atau ketidaksesuaian berkas yang diajukan dengan status klaim pending. Berdasarkan data klaim pending pasien rawat inap tahun 2018, persentase antara 3 % sampai dengan 21%. Persentase

tertinggi terjadi pada bulan Mei yakni 633 berkas, 131 berkas (21%) klaim pending dan terendah pada bulan Januari dari 475 berkas, hanya 15 berkas (3%) klaim pending. Peneliti melakukan telaah dokumen 30 berkas klaim pending bulan Desember di dapatkan penyebab klaim pending berasal dari tenaga medis sebanyak 16 berkas sedangkan 14 berkas dari tenaga koder rumah sakit. Selain keterlambatan pembayaran klaim akibat ketidaksesuaian dokumen berkas klaim oleh RSUD Pariaman, pihak rumah sakit juga mengeluhkan keterlambatan pembayaran klaim oleh pihak BPJS Kesehatan atau ketidaksesuaian dengan perjanjian yakni klaim dibayarkan setelah 15 hari setelah dokumen dinyatakan lengkap. Dari dua permasalahan tersebut berdampak pada *cash flow* dan pelayanan di RSUD Pariaman.

Dari latar belakang diatas, maka tujuan yang akan dicapai dari penelitian ini adalah untuk melakukan analisa penyebab keterlambatan pembayaran klaim rawat inap oleh BPJS Kesehatan baik dari sisi Rumah Sakit Umum Daerah Pariaman maupun pihak BPJS Kesehatan

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah diatas, maka dirumuskan masalah pada penelitian ini adalah Keterlambatan Pembayaran Klaim Rawat Inap RSUD Pariaman oleh BPJS Kesehatan dapat terjadi.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis penyebab terjadinya keterlambatan pembayaran klaim rawat inap RSUD Pariaman oleh BPJS Kesehatan

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisis Aspek Input (Kebijakan, Tenaga, Sarana Prasarana, Standar Operasional Prosedur (SOP) sebagai faktor penyebab terjadinya Keterlambatan Pembayaran Klaim Rawat Inap RSUD Pariaman oleh BPJS Kesehatan.
- b. Untuk menganalisis Aspek Proses (Pengisian Resume Medis oleh dokter, Pengkodean oleh koder, Verifikasi berkas oleh Verifikator Internal Rumah Sakit) sebagai faktor penyebab terjadinya Keterlambatan Pembayaran Klaim Rawat Inap RSUD Pariaman oleh BPJS Kesehatan.
- c. Untuk menganalisis Aspek Input (Berkas Klaim RSUD Pariaman, Tenaga, Dana) sebagai faktor penyebab terjadinya Keterlambatan Pembayaran Klaim Rawat Inap RSUD Pariaman oleh BPJS Kesehatan.
- d. Untuk menganalisis Aspek Proses (Verifikasi dengan Sistem Vedika) sebagai faktor penyebab terjadinya Keterlambatan Pembayaran Klaim Rawat Inap RSUD Pariaman oleh BPJS Kesehatan.
- e. Untuk menganalisis Aspek Output (Pengembalian (pending) berkas klaim RSUD Pariaman, Pembayaran Klaim RSUD Pariaman) sebagai faktor penyebab terjadinya Keterlambatan Pembayaran Klaim Rawat Inap RSUD Pariaman oleh BPJS Kesehatan.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini dapat memberikan kontribusi pemikiran dan masukan kepada manajemen rumah sakit terutama RSUD Pariaman dengan mengetahui

permasalahan dalam keterlambatan pembayaran klaim BPJS Rawat Inap berdasarkan teori sistem sehingga dapat menindaklanjuti permasalahan tersebut

2. Bagi Institusi Pendidikan

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

3. Bagi Peneliti

Dapat menerapkan ilmu yang diperoleh serta meningkatkan kemampuan analitik, wawasan, dan pengalaman dalam membuat kajian suatu masalah, khususnya didalam administrasi rumah sakit.

4. BPJS Kesehatan-Pemerintah

Penelitian ini dapat memberikan kontribusi pemikiran dan masukan kepada BPJS Kesehatan, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah terkait permasalahan yang ada.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini membahas tentang Analisis Keterlambatan Pembayaran Klaim Rawat Inap RSUD Pariaman Oleh BPJS Kesehatan Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan menggali informasi yang sedalam-dalamnya terkait keterlambatan pembayaran klaim Rawat Inap baik dari sisi rumah sakit dan BPJS Kesehatan dengan menggunakan teori sistem sehingga dapat diketahui permasalahan atau penyebab terjadinya keterlambatan pembayaran klaim rawat inap.