

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Peraturan Pemerintah (PP) No 47 Tahun 2016 Tentang fasilitas pelayanan kesehatan bahwa penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan wajib dilaksanakan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Penyelenggaraan sarana dan pelayanan kesehatan oleh pemerintah pusat berupa pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dijalankan oleh BPJS Kesehatan serta pengadaan fasilitas pelayanan kesehatan disetiap daerah di Indonesia. Pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas dapat diperoleh dari fasilitas pelayanan kesehatan baik puskesmas maupun rumah sakit (Permenkes, 2016).

Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No 3 Tahun 2020, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah sakit mempunyai kewajiban salah satunya yaitu membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien. Standar mutu pelayanan rumah sakit dapat dipengaruhi dengan pelaksanaan rekam medis. Pelaksanaan rekam medis meliputi proses penerimaan pasien, perekaman kegiatan pelayanan medis, pengelolaan data rekam medis, penyimpanan rekam medis, pelaporan data, serta pembiayaan kesehatan. Pelayanan pembiayaan kesehatan pada unit kerja rekam medis berupa proses pemenuhan syarat-syarat pengajuan berkas klaim kepada pihak BPJS Kesehatan (Kemenkes RI, 2020).

Menurut (Sander *et al.*, 2022) Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode

pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Indonesia menggunakan sistem pembayaran prospektif untuk metode pembayaran pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Lanjutan (FKRTL). Metode pembayaran prospektif dikenal dengan case based payment (casemix). Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama. Pengelompokan dilakukan dengan menggunakan software grouper atau sistem INACBGs (Pemerintah RI, 2016).

Sesuai Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang disahkan oleh Direktorat Pelayanan tahun 2014 bahwa terdapat berkas yang perlu dilengkapi dalam pengajuan klaim pasien rawat inap maupun rawat jalan. Pengajuan berkas klaim rawat inap dan rawat jalan mempunyai kesamaan pada lembar tambahan bukti pendukung pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INACBG. Tambahan persyaratan lainnya yang perlu dilengkapi pada berkas klaim pasien rawat inap yaitu Surat Perintah Rawat Inap (SPRI), Surat Eligibilitas Peserta (SEP), dan resume medis. Berkas yang perlu dilengkapi untuk pasien rawat jalan yaitu SEP serta bukti pelayanan rawat jalan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur. Oleh karena itu, proses pengklaiman yang tidak lengkap menyebabkan terjadi pending klaim. Administrasi persyaratan klaim pasien harus lengkap agar persyaratan klaim tidak dikembalikan oleh verifikator BPJS dan pihak BPJS bisa melakukan penggantian biaya secara efektif dan efisien (Putri & Budi, 2020)

Menurut (Astuti & Hidayah, 2022) Pending klaim merupakan pengembalian klaim dimana belum ada kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit terkait kaidah koding maupun medis (BPJS Kesehatan, 2018) Persyaratan yang belum lengkap atau tidak sesuai sehingga perlu direvisi kembali oleh petugas casemix sesuai Petunjuk Teknik Verifikasi Klaim tahun 2014, persyaratan yang diajukan kepada BPJS Kesehatan akan melewati proses verifikasi dan perlu kesesuaian dengan tiga aspek verifikasi. Aspek verifikasi tersebut antara lain yaitu aspek verifikasi administrasi kepesertaan, aspek verifikasi administrasi pelayanan, dan aspek verifikasi pelayanan kesehatan.

Berkas klaim pasien yang tidak sesuai dengan ketiga aspek verifikasi tersebut maka pihak BPJS akan mengembalikan berkas klaim tersebut atau mengalami pending klaim.

Dampak terjadinya pending klaim akan menghambat dalam proses penggantian biaya pelayanan kesehatan sehingga rumah sakit akan mengalami kerugian karena belum mendapatkan penggantian biaya yang telah dilakukan untuk pelayanan pasien BPJS Kesehatan. Pending klaim juga memengaruhi perencanaan kebutuhan pelayanan kesehatan di FKRTL karena melihat kondisi penggantian biaya yang belum terpenuhi. Penyelesaian pending klaim menjadi kewajiban bagi unit kerja rekam medis sehingga beban kerja petugas bertambah dengan mengadakan evaluasi kembali terkait berkas klaim pending. Jenis pelayanan kesehatan pada rumah sakit lebih banyak dibandingkan dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama sehingga persyaratan pengajuan penggantian pembayaran berupa berkas klaim jumlahnya lebih banyak dan beragam.

Berdasarkan studi pendahuluan dan observasi yang telah dilakukan di Rumah Sakit X. Peneliti mengambil seluruh berkas klaim BPJS Kesehatan Triwulan 1 Januari, Februari dan Maret tahun 2023 dengan 129 berkas klaim BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap yang *terpending*. Alasan pengembaliannya karena tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan, perbedaan koding diagnosa antara koder BPJS dengan kode diagnosa rumah sakit dan ketidaklengkapan berkas klaim BPJS (scan berkas tidak jelas) sehingga susah dibaca. Karena kesulitan dalam penyelesaian klaim tersebut, hal ini mengakibatkan adanya tunggakan klaim yang mengganggu aliran keuangan rumah sakit. Rumah sakit dapat mengalami kerugian akibat klaim yang tertunda. Akibat ketidakseimbangan antara pembiayaan pelayanan dan volume klaim yang dibayarkan, asuransi kesehatan mengalami kerugian.

Pendapatan layanan kesehatan, yang mungkin terpukul karena perbedaan biaya dalam jumlah klaim yang diproses, sangat bergantung pada kebenaran kode diagnostik yang diberikan pada aplikasi INA-CBGs. Membayar untuk perawatan medis dari saku. Oleh karena itu, disarankan agar

perekam medis yang dipilih untuk melakukan pengkodean memahami standar dan proses pengkodean ICD-10, dan dimaksudkan agar profesional kesehatan lebih berhati-hati saat mengisi resume medis dan mengajukan klaim.

Berdasarkan masalah tersebut penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul “Analisis Penyebab Pending Klaim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit X”.

1.2 Identifikasi Masalah

Dari isi latar belakang terdapat identifikasi masalah sebagai berikut:

1. Terhambatnya proses klaim asuransi yang diajukan karena ketidaklengkapan administrasi berkas rekam medis pasien.
2. Ketidaklengkapan atau ketidaksempurnaan scan berkas rekam medis pasien sehingga susah dibaca.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dari latar belakang yang telah dijelaskan, maka rumusan masalah yang akan dikaji yaitu: “Bagaimana faktor penyebab pending klaim berkas BPJS Kesehatan pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit X?”.

1.4 Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum
Menganalisis klaim berkas BPJS Kesehatan pelayanan pasien rawat inap yang tertunda di Rumah Sakit X.
2. Tujuan Khusus
 - a. Mengidentifikasi persentase aspek verifikasi administrasi kepesertaan klaim berkas BPJS Kesehatan pelayanan pasien rawat inap yang tertunda di Rumah Sakit X.
 - b. Mengidentifikasi persentase aspek verifikasi administrasi pelayanan klaim berkas BPJS Kesehatan pelayanan pasien rawat inap yang tertunda di Rumah Sakit X.

- c. Mengidentifikasi persentase aspek verifikasi administrasi kesehatan menganalisis klaim berkas BPJS Kesehatan kesehatan pasien rawat inap yang tertunda di Rumah Sakit X.

1.5 Manfaat Penelitian

1) Bagi Rumah Sakit

Ketepatan kode diagnosa dan scan klaim berkas BPJS Kesehatan yang tidak terlihat jelas sehingga membuat kerugian keuangan rumah sakit dalam klaim pasien BPJS. Faktor-faktor tersebut menjadi bahan penilaian dan masukan bagi rumah sakit dalam upaya meningkatkan kualitas sistem pembiayaan kesehatan.

2) Bagi Petugas Rekam Medis

Sebagai bahan informasi referensi bagi tenaga kesehatan khususnya petugas rekam medis agar memperhatikan penyebab tunggakan klaim BPJS rawat inap di rumah sakit

3) Bagi Penulis

Memperoleh wawasan pengetahuan dan yang lebih luas mengenai proses pengklaiman yang tepat agar dapat mengaplikasikan ilmunya secara benar.

4) Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian selanjutnya khususnya mengenai faktor penyebab klaim berkas BPJS Kesehatan pelayanan pasien rawat inap tertunda, diharapkan dapat memberikan kontribusi sebagai referensi yang bermanfaat dalam penelitian.