

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kesadaran tentang pentingnya Jaminan Kesehatan perlindungan sosial sesuai dengan amanat UUD 1945, pasal 134 ayat 2 bahwa negara mengembangkan sistim Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, dan dimasukkan dalam perubahan UUD 1945 dan terbit UU No 40 Tahun 2004 tentang Sistim Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan jalan keluar untuk mengatasi risiko yang mungkin terjadi dalam kehidupan kita.

Sesuai dengan hal tersebut diatas disampaikan bahwa warga negara mempunyai hak untuk mendapatkan layanan Kesehatan, sesuai dengan UUD 1945, khususnya untuk masyarakat miskin yang tidak mampu menjadi tanggung jawab pemerintah pusat maupun pemerintah daerah, Resolusi *World Health Assembly ke 58* di Jenewa telah disepakati untuk mewujudkan jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat yang merupakan salah satu hak azazi manusia, maka seluruh negara perlu untuk mengembangkan *Universal Health Coverage* melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial dan menjamin pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan, maka perlu diselenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat

nasional, wajib, nirlaba, gotong royong, ekuitas. Deklarasi Hak Asasi Manusia (HAM) menyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh tingkat hidup yang memadai baik dalam kesehatan maupun kesejahteraan (*World health organization*).

Program Jaminan Kesehatan dimulai oleh PT.Askes saat itu adalah dari jaminan kesehatan bagi pegawai Negeri Sipil, TNI, POLRI, Pensiunan dan veteran, untuk pegawai swasta dikelola oleh Jamsostek dan untuk masyarakat miskin skema pembiayaan oleh P2JK (Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan) di Kementerian kesehatan RI, dan masyarakat miskin yang belum masuk ke dalam kuota jamkesmas, pembiayaannya melalui Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah).

Jaminan kesehatan yang dikelola pada manajemen atau pengelola yang berbeda-beda, menjadikan kendali dan mutu layanan sangat sulit dikendalikan, Pada tahun 2014 dibuatkan Undang-Undang no 40 tahun 2014 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional(SJSN), dimana sistem jaminan tersebut berlaku secara Nasional yang mencakup seluruh rakyat Indonesia, yang tertuang dalam Program JKN adalah program jaminan kesehatan milik pemerintah yang mempunyai tujuan dalam memberikan kepastian jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat di Indonesia. Dalam pengembangan sistem jaminan kesehatan diharapkan sampai pada *Universal Health Coverage* pada tahun 2019, dan seluruh rakyat

Indonesia wajib menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional. Pada layanan sistem ini menggunakan pola sistem yang berjenjang, dimana peserta harus ke Puskesmas atau dokter keluarga terlebih dahulu dari KRTP ke FKRTL 1, FKRTL 2 Dan FKRTL 3.

Tujuan akhir dari penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah terwujudnya pelayanan kesehatan yang terkendali mutu dan biayanya, (Kemenkes RI). Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah bukti pemerintah dalam mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya, dengan bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Untuk mewujudkan komitmen global sebagaimana amanat resolusi WHA ke 58 Tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara membangun *Universal Health Coverage (UHC)* bagi seluruh penduduk, sehingga pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), maka mulai 1 Januari 2014 Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diberlakukan untuk semua layanan kesehatan di Indonesia, dan pelaksanaan program tersebut dikelola oleh BPJS Kesehatan. (Kemenkes RI).

Terkait dengan jaminan kesehatan yang dikelola BPJS Kesehatan untuk FKTP menggunakan sistem kapitasi yang dibayarkan perorang

perbulan sesuai dengan jumlah anggota pada setiap FKTM, baik Puskesmas ataupun dokter keluarga.

Untuk FKRTL pada RS Tipe A, Tipe B , Tipe C maupun Tipe D menggunakan tarif INA CBG'S , dengan regionalisasi wilayah, dan besar kecilnya tarif INA CBG'S kecuali tipe RS besaran pembayaran INA CBG,S per-regionalisasi wilayah juga berbeda-beda.

Sistim pembayaran paket INA CBG'S merupakan *System Case Base Group* berdasarkan diagnosa penyakit atau kelompok penyakit, Dan sistim pembayaran dengan INA CBG'S mengacu pada sistim *Perspectife Payment* besar kecilnya pembayaran dengan sistim tarif paket sudah dapat diketahui untuk diagnosa tunggal dengan melihat pada kode diagnosa , dengan *severity level 1, severity level 2* dan *severity level 3*.

Sebelum melakukan pembayaran BPJS Kesehatan akan melakukan verifikasi pada setiap mengajukan berkas klaim dari FKRTL, dengan melihat berkas klaim , dari SEP (Surat Eligibilitas Kepesertaan), syarat klaim yang lain dan diagnosa beserta penunjang (Labolatorium, Radiologi, maupun obat-obatan) yang diberikan kepada peserta JKN tersebut sudah sesuai dengan aturan yang telah ditetapkan atau belum, contohnya kasus diagnosa Gawat Darurat, sudah sesuai dengan kriteria Gawat Darurat atau tidak.

Verifikator BPJS Kesehatan harus mempunyai latar belakang pendidikan yang sesuai dan memiliki pemahaman terkait dengan ICD 10 dan ICD 9 CM., sehingga ketepatan verifikator BPJS Kesehatan dalam melakukan verifikasi harus sesuai dengan aturan-aturan yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.

Setelah selesai verifikasi petugas BPJS Kesehatan akan memberikan hasil umpan balik kepada FKTP, dan berita acara layak bayar dan tidak layak bayar, kemudian apabila sudah disetujui oleh kedua belah pihak maka, FKRTL akan mengajukan klaim atau tagihan kepada pihak BPJS Kesehatan, selanjutnya 15 hari kerja setelah penagihan oleh pihak FKRTL maka pihak BPJS Kesehatan akan melakukan pembayaran kepada FKTP.

Dalam program Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh BPJS Kesehatan ada beberapa masalah antara pengajuan klaim dan persetujuan klaim, untuk kasus kasus CLP (*Consultation Leaison Psikiatri*), dimana diagnosa Jiwa sebagai diagnosa utama dengan penyakit penyerta sering terjadi perdebatan antara Verifikator BPJS Kesehatan dengan Unit Koding dan DRM (Dokumen Rekam Medik) Instalasi Rekam Medis di RSJ Prof.Dr Soerojo Magelang.

Sesuai Permenkes No.76 Tahun 2016 tentang pedoman INA CBG'S dalam pelaksanaan JKN sehingga terkait hal tersebut, apabila sudah ada

negosiasi dan kesepakatan bersama, dengan pertimbangan tertentu maka, kedua belah pihak sepakat terkait kasus tersebut.

Dalam program JKN yang dikelola BPJS Kesehatan yang ada di RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang, akan kami sampaikan terkait beberapa hal untuk klaim yang tidak layak bayar di RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang, terkait dengan implementasi verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan untuk klaim yang tidak layak bayar.

Jumlah tempat tidur pelayanan kesehatan di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang sebanyak 580 TT, dengan rincian pelayanan jiwa sebanyak 428 TT , dan digunakan untuk pelayanan umum maksimal 15% dari jumlah tempat tidur yang tersedia, sebanyak 152 TT.

Layanan BPJS Kesehatan memberikan kontribusi pendapatan yang sangat besar, karena sebagian besar pengguna layanan di RSJ Prof.dr.Soerojo Magelang adalah peserta BPJS kesehatan baik layanan jiwa maupun layanan non jiwa, dengan tipe RS untuk layanan Jiwa Tipe A dan Layanan Non Jiwa Tipe B, sehingga ada selisih perbedaan antara tarif Ina CBG'S jiwa Tipe A Dan Non Jiwa Tipe B, dengan dua software yang berbeda.

Untuk layanan jenis obat kronis baik layanan Jiwa maupun layanan Non jiwa pemberian obat 30 hari, dengan ketentuan 7 hari obat masuk

dalam paket klaim INA CBG'S dan 23 hari ditagihkan tersendiri tergantung jenis dan harga obat sesuai dengan *software* obat kronis.

Pada tahun 2016 peserta BPJS Kesehatan yang telah dilayani di RSJ Prof.dr.Soerojo Magelang dengan jumlah keseluruhan untuk rawat jalan 61.145 kasus, dengan klaim sebesar Rp16.206.598.200 , untuk Rawat Inap sebanyak 6940 kasus, dengan klaim sebesar Rp. 35.144.329.804 dan untuk klaim rawat Jalan yang tidak layak bayar sebanyak 793 kasus dengan klaim sebesar Rp.114.707.900 dan untuk klaim rawat inap yang tidak layak bayar sebanyak 58 kasus dengan klaim sebesar Rp.80.317.700, jumlah klaim tidak layak bayar layanan rawat jalan dan rawat inap sebesar Rp.195.025.600

Pada tahun 2017 bulan Januari sampai dengan Juni 2017 klaim rawat jalan sebanyak 22.324 kasus, dengan nominal klaim sebesar Rp. 5.879.839.600, klaim tidak layak bayar ada 44 kasus, dengan nominal sebesar Rp. 14.314.700 dan rawat inap 2238 Kasus, dengan nominal klaim sebesar Rp. 11.728.575.652 dan klaim tidak layak bayar ada 2 kasus, dengan nominal Rp. 13.347.300 oleh karenanya menarik untuk diteliti mengapa timbul kasus klaim tidak layak bayar ini, sehingga diharapkan tidak terjadi lagi kasus yang sama dibelakang hari, apakah sudah sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang diatas, maka menarik untuk diteliti penyebab klaim tidak layak bayar layanan non jiwa tahun 2016 pada layanan kesehatan peserta Jaminana Kesehatan Nasional, guna dapat meminimalisir klaim yang tidak layak bayar khususnya untuk kasus yang sama, apabila telah sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan, sehinggamenarik untuk mengajukan penelitian yang bisa diangkat adalah “ faktor-faktor apa saja penyebab timbulnya klaim tidak layak bayar, pada pasien BPJS Kesehatan di Instalasi Rawat Jalan dan Rawat Inap di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang.

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Mengetahui faktor - faktor penyebab pengajuan klaim yang tidak layak bayar pada layanan non jiwa di RSJ Prof.dr.Soerojo Magelang bulan Januari sampai dengan Desember Tahun 2016, dikaitkan dengan implementasi kebijakan JKN.

2. Tujuan Khusus

Melakukan identifikasi terkait pengajuan klaim tidak layak bayar non jiwa Tahun 2016 di RS Jiwa Prof.Dr.Soerojo Magelang.

- a. Mengetahui pelaksanaan kebijakan JKN dapat di implementasikan dengan baik di RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang.
- b. Mengetahui jumlah kasus layanan non jiwa dan prosentase klaim yang tidak layak bayar Tahun 2016.
- c. Mengetahui faktor-faktor penyebab klaim dikembalikan oleh Verifikator BPJS Kesehatan di RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang.

D. MANFAAT PENELITIAN

Dengan adanya penelitian tentang klaim yang tidak layak bayar layanan rawat inap di RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang, maka akan memberikan manfaat antara lain :

1. Manfaat Teori

Mengetahui teori terkait faktor-faktor apa sajakah penyebab klaim tidak layak bayar di RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang.

2. Manfaat praktis

- a. Hasil penelitian memberikan manfaat berupa masukan untuk dapat dievaluasi bagi RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang terkait klaim tidak layak bayar non jiwa tahun 2016 di RSJ Prof. Dr.

Soerojo Magelang, sehingga dengan kasus yang sama hal tersebut tidak terulang kembali.

- b. Hasil penelitian dapat dijadikan pembuatan kebijakan terkait klaim yang tidak layak bayar dikaitkan dengan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang.

E. KEASLIAN PENELITIAN

Keaslian penelitian yang kami lakukan sangat erat hubungannya dengan peneliti - peneliti terdahulu untuk program JKN antara lain :

1. Penelitian Hader (2007) yang berjudul “Faktor Penyebab dikembalikan Klaim Jamkesmas oleh Verifikator Independen dalam Sistem Pembayaran Indonesian Diagnostic Related Groups (INA-DRG’S) di RSUD Buntok Kalimantan Tengah“. Hasil penelitian ini adalah penyebab klaim Jamkesmas dikembalikan oleh verifikator independen dalam system pembayaran INA-DRG’s adalah adanya ketidak lengkapan dan kesalahan terhadap dokumen administrasi klaim yang meliputi, yaitu ketidak lengkapan dokumen administrasi klaim kepesertaan, ketidak lengkapan dan kesalahan dokumen administrasi klaim pelayanan, ketidaklengkapan dan kesalahan dokumen administrasi klaim keuangan dan adanya beberapa hambatan dalam pembuatan klaim jamkesmas meliputi SDM,

- hardware/software**, sosialisasi, dan insentif petugas Tim Kerja INA-DRG'S Rumah Sakit.
2. Peneliti Kusairi (2013) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan berkas klaim pasien jamkesmas di RSUD Brigjen. H. Hasan Basry Kandungan dengan tujuan penelitian mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi berkas klaim Jamkesmas, dengan penelitian *deskriptif kualitatif*.
 3. Taliana D. Malonda, AJM. Ratu, T. Soleman 2014 sd 2015, tentang analisis pengajuan klaim badan penyelenggara jaminan sosial BPJS Kesehatan di RSUD dr. Sam Ratulangi Tondano, tujuan penelitian adalah menganalisa pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD dr. Sam Ratulangi Tondano, penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif berdasarkan pada prinsip prinsip kesesuaian (*appropriatenesis*) dan kecukupan (*adequency*).
 4. Keaslian penelitian yang membedakan dengan penelitian sebelumnya ini didapat dari data-data klaim tidak layak bayar layanan non jiwa untuk bulan Januari sampai dengan bulan Desember tahun 2016 di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang.