

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Jaminan kesehatan adalah jaminan perlindungan kesehatan dimana peserta jaminan kesehatan memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Jaminan kesehatan nasional diselenggarakan oleh badan khusus yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan. Jaminan kesehatan ini bertujuan untuk mempermudah akses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat. Secara bertahap hingga 2019 seluruh masyarakat akan ter-*cover* oleh pelayanan asuransi kesehatan secara menyeluruh (*Universal Health Coverage*) (Kemenkes, 2013).

Peserta jaminan yang sudah terdaftar dapat menggunakan haknya disemua fasilitas kesehatan yang sudah bekerja sama dengan BPJS kesehatan sesuai dengan tempat tinggal dan sistem rujukan yang telah ditetapkan. Masyarakat dapat memperoleh layanan kesehatan tingkat

pertama yaitu layanan kesehatan non spesialisik yang dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas atau yang setara, praktek dokter dan dokter gigi, klinik pratama atau yang setara dan rumah sakit tipe D. Masyarakat dapat pula menikmati pelayanan tingkat lanjutan seperti spesialisik atau subspecialistik dan pelayanan kesehatan darurat medis yang tidakannya harus segera dilakukan untuk mencegah kematian, keparahan serta kecacatan (Kemenkes, 2013).

Proses pembayaran klaim rumah sakit oleh BPJS kesehatan dengan sistem INA CBGs. INA CBGs merupakan sebuah singkatan dari *Indonesian Case Base Groups*, yang merupakan sistem pengelompokan penyakit berdasarkan ciri klinis yang sama dan sumber daya yang digunakan dalam pengobatan. BPJS kesehatan dan rumah sakit menggunakan aplikasi INA CBGs. Para petugas BPJS kesehatan merupakan orang-orang yang mumpuni dalam pengetahuan ICD 10 untuk verifikasi diagnosis, ICD-9 untuk verifikasi prosedur penyakit serta mengaplikasikan INA CBGs agar tarif INA

CBGs yang akan dibayarkan oleh BPJS kesehatan tidak terjadi kesalahan. Terdapat ketentuan dalam manajemen klaim BPJS kesehatan antara lain, BPJS kesehatan wajib membayar kepada fasilitas kesehatan pelayanan yang telah memberikan pelayanan, baik itu Panduan Praktik Klinik (PPK) Primer ataupun PPK rujukan paling lambat 15 (lima belas) hari setelah dokumen klaim lengkap dan diterima di kantor BPJS kesehatan (Menkes No. 27, 2014).

Tarif INA CBGs dikelompokkan dengan menggunakan kode tertentu yang terdiri dari 14.500 kode diagnosis (ICD 10) dan 7.500 kode prosedur atau tindakan (ICD 9). Kombinasi ribuan kode diagnosa dan prosedur tersebut memerlukan sebuah perangkat lunak yang disebut grouper. Grouper ini menggabungkan sekitar 23.000 kode kedalam banyak kelompok atau grup yang terdiri dari 23 MDC (*Major Diagnostic Category*), yang terdiri dari 1.077 kode yang terbagi menjadi 789 kode untuk rawat inap dan 288 untuk kode rawat jalan (Umarjianto, 2013).

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Novitasari yang berjudul hubungan kelengkapan rekam medis dengan persetujuan klaim bpjs di rsud kabupaten sukoharjo. Dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa berkas klaim sangatlah kurang karena berkas penunjang seperti daftar pemeriksaan yang telah diberikan kepada pasien sering tidak ikut serta dilampirkan dalam pengajuan klaim. Hal ini menyebabkan kegagalan dan keterlambatan dalam klaim karena berkas yang tidak lengkap akan mengalami gagal klaim dan harus dikembalikan ke pada pihak rumah sakit untuk dilengkapi. Proses pengembalian dan proses untuk melengkapi kelengkapan berkas membutuhkan waktu sehingga dapat menyebabkan keterlambatan proses klaim. Kelengkapan pengajuan berkas sangat penting karena dapat mempengaruhi naik dan turunnya tarif klaim yang diajukan (Noviasari, 2016).

Berdasarkan penelitian yang lakukan oleh Ulfah (2013), tentang hubungan kelengkapan dokumen rekam medis terhadap persetujuan klaim jamkesmas oleh verifikator

dengan sistem INA CBGs periode triwulan IV tahun 2011 di RSI Sultan Agung didapatkan hasil bahwa, terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap jamkesmas yaitu persetujuan klaim yang telah disetujui oleh verifikator independen dari 94 sampel ada 49 klaim yang tidak disetujui dengan prosentase 52,1 %, sedangkan klaim yang disetujui ada 45 dengan prosentase 47,9 %. Dari penelitian dilihat bahwa prosentase yang tidak disetujui 52,1 % lebih besar dibandingkan dengan yang disetujui yaitu 47,9 %, hal ini terjadi karena beberapa faktor (Ulfah, 2013).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Malonda (2015), yang berjudul analisis pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano didapatkan hasil bahwa, masih terdapat beberapa masalah dalam koordinasi dan kerja tim serta keterlambatan penyerahan dan tidak lengkapnya dokumen serta belum adanya *billing system* menyebabkan

terhambatnya pembayaran klaim BPJS Kesehatan di RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano (Malonda, 2015).

Dari beberapa hasil penelitian diatas terdapat persamaan persoalan tentang permasalahan klaim BPJS yang terdapat di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping yaitu lamanya pembayaran klaim oleh BPJS kepada pihak rumah sakit, sehingga perlu dilakukan adanya penelitian mengenai faktor-faktor apa saja yang menyebabkan lamanya pembayaran klaim oleh BPJS kepada rumah sakit.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

1. Bagaimana proses analisis verifikasi klaim BPJS pasien rawat jalan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping?
2. Apakah faktor penyebab keterlambatan dan ketidaksesuaian klaim BPJS pasien rawat jalan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping?

3. Apakah rekomendasi yang digunakan untuk memperlancar klaim BPJS di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping?

### **C. Tujuan Penelitian**

1. Mengetahui bagaimana proses analisis verifikasi klaim BPJS pasien rawat jalan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping.
2. Mengetahui faktor penyebab keterlambatan dan ketidaksesuaian pencairan dana oleh BPJS pasien rawat jalan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping.
3. Menentukan strategi untuk memperlancar klaim BPJS di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### **1. Manfaat Teoritis**

Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi pada pengembangan ilmu manajemen rumah sakit terkait dengan masalah klaim BPJS dan menjadi rujukan bagi penelitian selanjutnya.

## **2. Manfaat Praktis**

### **a. Bagi Mahasiswa**

Sebagai bahan pembelajaran dan penambah ilmu pengetahuan tentang pelaksanaan klaim BPJS di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping.

### **b. Bagi Rumah Sakit**

Sebagai masukan untuk peningkatan kendali mutu dan biaya bagi rumah sakit. Sebagai bahan evaluasi dalam memberikan pelayanan jasa sehingga tidak terjadi masalah pembayaran.

### **c. Bagi Pembaca**

Penelitian ini dapat memberikan infoRekam Medisasi secara tertulis maupun sebagai referensi bagi pembaca atau praktisi yang tertarik dengan permasalahan klaim BPJS.