

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Terbitnya Undang-Undang Republik Indonesia (UURI) Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan suatu bentuk respon pemerintah dalam menyikapi dinamika kepentingan dan aspirasi masyarakat. Dengan adanya peraturan perundangan tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional tersebut sekaligus menjadi suatu bukti bahwa pemerintah dan pemangku kepentingan berkomitmen dalam memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial kepada masyarakat Indonesia. Pada hakekatnya melalui program tersebut diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup masyarakat yang layak. Demi terselenggaranya program jaminan sosial tersebut kemudian dibentuk dan disahkannya UURI Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan itu sendiri berfungsi dalam menyelenggarakan program jaminan kesehatan, sedangkan BPJS Ketenagakerjaan berfungsi dalam menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan hari tua, dan jaminan pensiun. Implementasi dari program jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang selanjutnya disebut dengan program JKN itu sendiri dimulai pada 1 Januari 2014.

Untuk memberikan acuan bagi BPJS Kesehatan dalam menyelenggarakan program JKN maka disahkanlah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN. Pada peraturan tersebut disebutkan bahwa Pihak Pemberi Pelayanan Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS diantaranya adalah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang terdiri dari puskesmas, praktik dokter, praktik dokter gigi, klinik pratama, dan rumah sakit kelas D, serta Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yang terdiri dari klinik utama, rumah sakit umum, dan rumah sakit khusus.

Berdasarkan kesepakatan yang dibuat oleh para pemangku kepentingan bahwa metode pembayaran baik rawat jalan maupun rawat inap kepada FKRTL ialah menggunakan model pembayaran prospektif. Metode pembayaran prospektif dikenal dengan *cased based payment* (casemix). Sesuai dengan UURI Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Pasal 11 yang menyatakan bahwa BPJS berwenang membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah. BPJS Kesehatan membayar kepada FKRTL dengan menggunakan sistem paket *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's)*. Tarif *INA-CBG's* merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non medis. Dengan demikian penting bagi pemberi pelayanan kesehatan untuk menerapkan kendali mutu dan kendali biaya secara utuh agar pelaksanaan kegiatan operasional berjalan dengan efektif dan efisien, serta wajib bagi BPJS

Kesehatan untuk membayar kepada fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta jaminan kesehatan secara efektif dan efisien.

Untuk mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan, FKRTL harus melengkapi persyaratan administrasi umum dan persyaratan administrasi pendukung. FKRTL menyerahkan berkas administrasi klaim dan keluaran yang dihasilkan dari proses *entry* pelayanan rawat jalan dan rawat inap kepada verifikator BPJS Kesehatan untuk menguji kebenaran berkas administrasi pertanggung jawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh Fasilitas Kesehatan. Kemudian berkas tersebut dikirim kepada BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan mengajukan klaim secara kolektif kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya. BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari kerja sejak berkas klaim diterima lengkap di Kantor Cabang/Kantor Layanan Operasioal Kabupaten / Kota BPJS Kesehatan. Jika berkas klaim yang diajukan oleh Fasilitas Kesehatan tidak memenuhi kelengkapan berkas klaim maka BPJS Kesehatan akan mengembalikan seluruh berkas klaim kepada Fasilitas Kesehatan dan disertai dengan berita acara pengembalian berkas klaim. Berkas klaim yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan tersebut dapat diajukan kembali oleh Fasilitas Kesehatan pada bulan berikutnya (BPJS Kesehatan, 2018).

Berdasarkan penelitian terdahulu permasalahan yang sering terjadi di rumah sakit terkait pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional antara lain keterlambatan pengajuan klaim. Sebuah studi menunjukkan bahwa kegiatan pengajuan klaim dari pihak rumah sakit ke BPJS Kesehatan mengalami

keterlambatan, ditunjukkan pada data bulan Juli 2017 sampai dengan November 2017 berkas klaim yang terlambat diajukan rata-rata sebanyak 43% dari totalajuan klaim yang seharusnya (Harnanti & Purwanti, 2018). Kemudian penelitian lain yang menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan program JKN terdapat masalah yang dihadapi rumah sakit masih seputar pengajuan klaim yang dinyatakan oleh (Putri, Karjono, & Uktutias 2019) bahwa tahun 2016 sampai tahun 2018 meningkat rata-rata persentase pertumbuhan keterlambatan pengajuan klaim setiap tahunnya sebesar 55,83% yang berarti meningkatnya jumlah pasien berdampak pada keterlambatan pengajuan klaim juga meningkat, karena kemungkinan berkas klaimnya juga semakin banyak sedangkan petugas yang bertugas untuk mengelola klaim BPJS Kesehatan jumlahnya tetap.

Faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim tersebut dapat berasal dari faktor *man, machine, method, dan materials*. Selain itu kelengkapan berkas dokumen menjadi bagian penting dalam proses klaim. Apabila pihak rumah sakit dapat memenuhi kelengkapan dokumen, maka kemungkinan semakin cepat proses penggantian biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Ada beberapa syarat yang harus dilengkapi dalam proses klaim yaitu sebagai berikut: formulir pengajuan klaim, *softcopy* iuran aplikasi, kuitansi asli bermatrei, bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga, dan kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim (Nomeni, Sirait, & Kenjam, 2020).

Dari faktor-faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim yang disebutkan di atas, faktor persyaratan pengajuan berkas klaim yang tidak lengkap

menjadi penyebab utama dari jurnal yang dilakukan review menyatakan hasil sementara penelitian bahwa berkas klaim dinyatakan tidak lengkap dan faktor SIM RS, ketersediaan jumlah petugas, kompetensi petugas, tidak adanya SOP atau regulasi tentang prosedur pengajuan klaim, rendahnya pengelolaan manajemen pengajuan klaim, ketersediaan sarana pengelolaan klaim.

Berkas klaim yang tidak kunjung diserahkan kepada BPJS, selanjutnya akan semakin menumpuk sehingga dapat menambah beban kerja petugas. Selain itu jika rumah sakit terlambat melakukan pengajuan klaim maka dapat menyebabkan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan juga mengalami keterlambatan. Sehingga dapat mengakibatkan terganggunya arus kas dan kegiatan operasional rumah sakit yang terkait dengan ketersediaan obat, pengadaan alat medis dan juga pembayaran insentif kinerja pegawai juga dapat tertunda. Hal ini, tentu akan berdampak pada mutu pelayanan yang diberikan rumah sakit kepada pasien (Harnanti & Purwanti, 2018).

*Traditional review* memberikan gambaran luas tentang topik penelitian tanpa pendekatan metodologis yang baku. Informasi dikumpulkan dan diinterpretasikan secara tidak sistematis dengan ringkasan subjektif dari temuan-temuan. Tujuan dari penelitian yang menggunakan metode ini adalah untuk mendeskripsikan dan mendiskusikan literatur dari sudut pandang kontekstual atau teoritis (Demeyin, 2016). Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk mengkaji lebih lanjut mengenai faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit menggunakan metode *narrative review* atau *traditional review*.

## 1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan di atas, maka dapat dirumuskan sebuah permasalahan berdasarkan PICO(S) *framework*. PICO(S) *framework* merupakan akronim dari :

1. *Population/Problem*, yaitu populasi atau masalah yang akan dianalisis sesuai dengan tema yang telah ditentukan dalam *literature review*
2. *Intervention/Indicators*, yaitu suatu tindakan atau indikator dari masalah sesuai dengan tema yang diangkat dalam *literature review*
3. *Comparison*, yaitu intervensi yang digunakan sebagai pembanding. Jika tidak ada dapat menggunakan kelompok kontrol dalam studi yang terpilih
4. *Outcome*, yaitu hasil atau luaran yang diperoleh pada studi terdahulu yang sesuai dengan tema yang diangkat dalam *literature review*
5. *Study/Design*, yaitu desain penelitian yang digunakan dalam artikel yang akan *direview*.

Topik dari penelitian ini adalah keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan, maka deskripsi pada PICO(S) dapat digambarkan pada tabel berikut ini:

Tabel 1.1 Membangun Rumusan Masalah Berdasarkan PICO(S) *Framework*

PICO(S)	Alternatif
<i>Population/Problem</i>	Berkas klaim BPJS Kesehatan
<i>Intervention/Indicators</i>	Keterlambatan pengajuan klaim
<i>Comparison</i>	Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN
<i>Outcome</i>	Pengajuan klaim tepat waktu

<i>Study/Design</i>	Kualitatif dan Kuantitatif
---------------------	----------------------------

Dari tabel PICO(S) tersebut maka dapat disusun rumusan masalah berdasarkan alternatif yang didapatkan yaitu Faktor apa saja yang menyebabkan terjadinya keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit berdasarkan studi empiris dalam 10 tahun terakhir ?

### **1.3. Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Mengidentifikasi faktor penyebab terjadinya keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit berdasarkan studi empiris dalam 10 tahun terakhir.

#### **1.3.2. Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi penyebab keterlambatan pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di rumah sakit faktor *man* pada literatur yang telah terpilih.
2. Mengidentifikasi penyebab keterlambatan pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di rumah sakit faktor *money* pada literatur yang telah terpilih.
3. Mengidentifikasi penyebab keterlambatan pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di rumah sakit faktor *machine* pada literatur yang telah terpilih.

4. Mengidentifikasi penyebab keterlambatan pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di rumah sakit faktor *material* pada literatur yang telah terpilih.
5. Mengidentifikasi penyebab keterlambatan pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di rumah sakit faktor *method* pada literatur yang telah terpilih.

#### **1.4. Manfaat Penelitian**

##### **1. Manfaat Bagi Peneliti**

Penelitian ini dapat digunakan sebagai proses mengembangkan kemampuan, menambah pengalaman dan pengetahuan, serta mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama menempuh perkuliahan.

##### **2. Manfaat Bagi Rumah Sakit**

Penelitian ini dapat digunakan oleh rumah sakit sebagai evaluasi dan menyusun perencanaan agar pengelolaan klaim dapat lebih efektif sehingga tidak terjadi kembali masalah keterlambatan pengajuan klaim.

##### **3. Manfaat Bagi STIKES Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo**

Penelitian ini dapat digunakan sebagai kajian atau referensi dalam melakukan pengembangan ilmu dan bahan acuan untuk penelitian selanjutnya pada bidang Administrasi Rumah Sakit khususnya Manajemen Sistem Asuransi tentang faktor yang menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit, serta



dapat digunakan sebagai koleksi perpustakaan tentang penelitian *literature review*.