

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masa pandemi *COVID-19* sudah berjalan 2 tahun (WHO, 2020). Banyak sekali bidang kehidupan yang sudah terkena dampaknya. Salah satunya di bidang kesehatan. Hampir semua fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas maupun klinik yang terdampak. Dengan adanya *COVID-19* ini mempengaruhi pada waktu, tenaga, keuangan bahkan sampai nyawa yang menjadi taruhannya. Banyak rumah sakit yang terdampak karena pemasukan rumah sakit yang *fluktuatif* dikarenakan akibat *COVID-19* banyak pasien yang tidak berani berobat ke rumah sakit tersebut. Rumah sakit mengalami penurunan pendapatan hingga 50 persen (Ambarwati, 2021). Ada beberapa sumber pendapatan rumah sakit diantaranya rawat jalan, rawat inap, kamar operasi, pengelolaan klaim dan noncore business (Paknaw, 2019).

Klaim asuransi adalah tuntutan dari pihak tertanggung karena adanya kontrak perjanjian dengan pihak asuransi untuk menjamin pembayaran ganti rugi selama pembayaran premi telah dilakukan oleh pihak tertanggung (Awawa, 2021). Dengan adanya kegiatan asuransi maka pemerintah membentuk program di bidang kesehatan yang dinamakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dengan dibentuknya badan penyelenggaranya yang dinamakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (Undang-Undang No. 40, 2004). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia (Undang-Undang No. 24, 2011). Dalam

proses pengklaiman kesehatan terdapat syarat kelengkapan berkas yang harus dilengkapi, antara lain Surat bukti pelayanan, riwayat perjalanan penyakit, tanda riwayat perjalanan penyakit, tanda tangan dokter, dan kode diagnosis. Sedangkan untuk kelengkapan kartu BPJS antara lain foto copy KK/KTP, rujukan dari fasilitas tingkat pertama dan surat egibilitas pasien atau surat keabsahan sebagai peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (BPJS, 2021).

Adanya *COVID-19* terutama rumah sakit yang mengobati pasien *COVID-19* mengalami penundaan berkas klaim (*pending klaim*) dalam pembayaran atau bahkan berkas klaim tidak terbayarkan (*klaim dispute*). Hal ini diperparah juga karena rumah sakit perlu menyiapkan fasilitas dan peralatan yang sesuai standar. Biaya penanganan pasien *COVID-19* di rumah sakit relatif tinggi, karena memerlukan ruang isolasi khusus, disamping komponen biaya perawatan lain yang mahal seperti antivirus, terapi oksigen dan perawatan intensif dengan ventilator untuk menangani pasien berat dan kritis dan juga adanya perubahan sistem klaim akibat adanya pasien *COVID-19* yang memerlukan berkas tersendiri (Ambarwati, 2021). Walaupun biaya fasilitas *COVID-19* ditanggung pemerintah tetapi jumlah kunjungan pasien mengalami penurunan yang mengakibatkan pendapatan rumah sakit menjadi berkurang (Ambarwati, 2021). Terdapat salah satu rumah sakit di Indonesia yaitu di RSUD DR. RM Djoelham Binjai menemukan masalah di bagian administrasi BPJS terkait pengajuan berkas klaim asuransi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang dikembalikan selama perioder tertentu yang diteliti oleh (Sitorus et al., 2022) dan (Santiasih et al., 2021) didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 1. 1 Data pengajuan berkas klaim di RSUD R.M.Djoelham Binjai

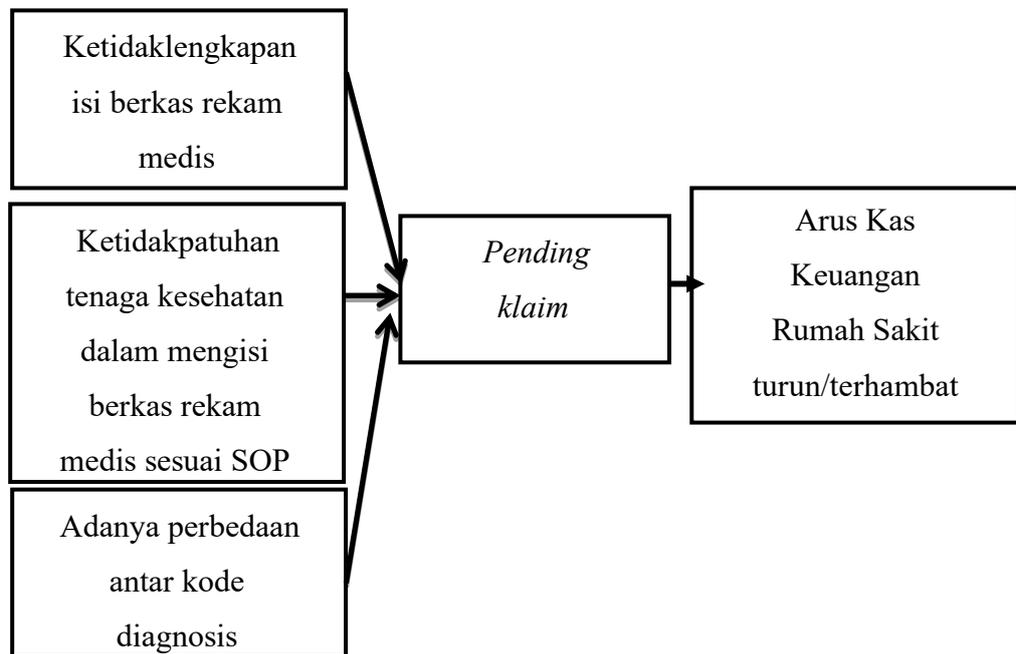
Bulan	Berkas Klaim Lolos verifikasi	Berkas klaim yang tidak lolos verifikasi
Januari – Desember 2019	2.223	329 (14,7%)
Januari – februari 2021	237	84 (35,44%)

Berdasarkan hal tersebut menunjukkan bahwa terjadinya pending klaim cenderung meningkat pada era pandemi *COVID-19*. Berdasarkan hasil penelitian oleh (Santiasih et al., 2021) didapatkan bahwa penyebab tersering dari Pengembalian berkas klaim atau *pending klaim* yaitu ketidaklengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan, tidak sesuai atau tidak lengkapnya pengisian item-item di dalam pengisian rekam medis pasien, ketidaksesuaian kode antara diagnosis dengan resume medis, kemudian terapi yang yang diberikan tidak sesuai dengan diagnose yang ada yang telah dibuat oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP).

Pending klaim sendiri berdampak pada keterlambatan pembayaran jasa medik yang berdampak pada kinerja pegawai RS sehingga mempengaruhi pada kualitas pelayanan rumah sakit. Kemudian juga aliran dana kas Rumah Sakit juga terganggu karena pembayaran yang seharusnya terklaim tidak sesuai seharusnya. Dari hasil penelitian (Wariyanti et al., 2020) ketidaksesuaian pengkodean berdampak terhadap besarnya klaim yang dibayarkan karena besarnya biaya klaim tergantung dari kode diagnosa yang dimasukkan ke dalam program *INA-CBGs*, sehingga ketidakakuratan kode diagnosis ini akan membawa dampak besar terhadap pendapatan pelayanan kesehatan yang dapat mengalami kerugian akibat ketidaksesuaian jumlah klaim yang dibayar dengan besaran biaya untuk suatu pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hal di atas peneliti tertarik untuk meneliti dengan judul “Evaluasi Pelaksanaan Klaim BPJS Pada Era New Normal Di Rumah Sakit”. Dengan penelitian ini peneliti berharap hasil yang didapatkan dapat berguna agar sistem Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dapat semakin efektif.

1.2 Identifikasi Penyebab Masalah



Gambar 2. 1 Identifikasi Penyebab Masalah

Tabel tersebut menjelaskan bahwa ketidaklengkapan rekam medis, ketidapatuhan petugas terhadap SOP dan perbedaan antar kode diagnosis menyebabkan *pending klaim* sehingga arus keuangan rumah sakit terhambat.

1.3 Batasan Masalah

Batasan masalah penelitian ini yaitu pelaksanaan pengajuan berkas klaim selama era new normal di rumah sakit.

1.4 Rumusan Masalah

Bagaimana pelaksanaan klaim BPJS yang efektif pada era new normal di Rumah Sakit?

1.5 Tujuan

1.5.1 Tujuan Umum

Mengevaluasi pelaksanaan klaim BPJS yang efektif pada era new normal di rumah sakit.

1.5.2 Tujuan Khusus

- 1 Mengidentifikasi karakteristik petugas klaim BPJS pada era new normal di rumah sakit.
- 2 Mengidentifikasi besaran tarif klaim BPJS pada era new normal di rumah sakit.
- 3 Mengidentifikasi alur pengajuan klaim BPJS pada era new normal di rumah sakit.
- 4 Mengidentifikasi persyaratan klaim BPJS pada era new normal di rumah sakit.
- 5 Mengidentifikasi proses verifikasi klaim BPJS pada era new normal di rumah sakit.
- 6 Mengevaluasi pelaksanaan klaim BPJS yang efektif pada era new normal di rumah sakit.

1.6 Manfaat

1.6.1 Bagi Rumah Sakit

Manfaat penelitian ini adalah dengan adanya data dan hasil yang diperoleh selama penelitian dapat dijadikan suatu tolak ukur terhadap rumah sakit serta upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan dengan cara melengkapi semua berkas rekam medis untuk meminimalisir adanya klaim tertunda/*pending claim*.

1.6.2 Bagi STIKES YRSDS

Manfaat penelitian ini adalah sebagai tambahan referensi untuk penelitian selanjutnya dan mahasiswa STIKES YRSDS yang berkaitan dengan klaim tertunda atau *pending klaim* dan sebagai bahan diskusi dalam proses belajar mengajar di STIKES YRSDS.

1.6.3 Bagi Peneliti

Manfaat penelitian ini sebagai tambahan pengetahuan dan wawasan terhadap peneliti tentang pelaksanaan klaim BPJS di rumah sakit dan sebagai acuan untuk pengembangan penelitian di kemudian hari.