

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Pemerintah pusat maupun pemerintah daerah bertanggung jawab untuk menjamin seluruh masyarakat memperoleh jaminan kesehatan yang merupakan hak dasar bagi setiap orang. Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau (Undang-Undang, 2011). Oleh karena itu, untuk mewujudkan hal tersebut serta untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, pada tahun 2014 pemerintah Indonesia mengembangkan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (Permenkes, 2014).

Pemberi pelayanan dalam penyelenggaraan Program JKN adalah seluruh fasilitas kesehatan primer Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan rujukan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) (Permenkes, 2014). Penyelenggaraan Program JKN dilaksanakan dengan sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG's) yang menjadi salah satu instrumen penting dalam pengajuan dan pembayaran klaim pelayanan kesehatan kepada FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Pihak manajemen maupun fungsional di setiap FKRTL perlu memahami konsep INA-CBG's dalam program JKN yaitu untuk pembayaran klaim yang diajukan akan dibayarkan berdasarkan kelompok penyakit yang diderita pasien oleh BPJS Kesehatan. Sebelum klaim yang diajukan

oleh FKRTL dibayarkan, klaim tersebut harus melalui tahap verifikasi berkas klaim (Permenkes, 2016). Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan akan dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan. Tujuannya adalah untuk menguji kebenaran terkait administrasi untuk dipertanggungjawabkan, menjaga mutu pelayanan, serta efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan (Permenkes, 2014).

Sejak bulan Mei 2018, prosedur klaim yang dahulunya manual diubah menjadi Verifikasi Digital Klaim (VEDIKA) dengan menggunakan sistem *V-Claim*. VEDIKA merupakan proses verifikasi terhadap klaim yang telah diajukan oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan menggunakan aplikasi verifikasi digital yang dilakukan di kantor cabang atau kabupaten kota BPJS Kesehatan. Tujuan dilakukannya sistem *V-Claim* adalah untuk meningkatkan kepuasan peserta melalui peningkatan pelayanan fasilitas kesehatan, meningkatkan kepuasan fasilitas kesehatan terhadap proses administrasi klaim BPJS Kesehatan dan simplifikasi proses klaim pelayanan di FKRTL (BPJS, 2018).

Apabila pada proses verifikasi ditemukan terdapat berkas klaim yang tidak lengkap, maka hal tersebut akan mengakibatkan adanya keterlambatan dalam proses pengajuan klaim, dan bahkan berkas tersebut tidak dapat dilakukan klaim ke BPJS Kesehatan. Setelah melalui tahap verifikasi, BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melaksanakan pembayaran klaim untuk berkas klaim yang layak. Sedangkan untuk berkas yang *pending* harus dikembalikan ke rumah sakit untuk diperiksa dan kemudian akan diajukan kembali klaim untuk berkas yang sama pada pengajuan klaim di bulan berikutnya (Valentina and

Halawa, 2018). BPJS Kesehatan menyatakan berkas klaim sebagai *pending claim*, apabila hasil verifikasi ditemukan dokumen atau berkas klaim yang diunggah oleh rumah sakit tidak lengkap dan/atau dibutuhkan data dukung administratif lainnya (Kepmenkes, 2021)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Valentina and Halawa, 2018 menyebutkan bahwa, faktor yang menyebabkan adanya *unclaimed* berkas BPJS kesehatan adalah jumlah Sumber Daya Manusia (SDM), sarana, teknologi, perencanaan berupa ketersediaan *Standard Operational Procedure* (SOP), dan evaluasi. Berdasarkan 83 berkas BPJS yang terpending, 45% berkas dikarenakan kesalahan *coding*, 22% dikarenakan kesalahan indikasi medis, dan 33% dikarenakan administrasi. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Kusumawati and Pujiyanto, 2020 menunjukkan bahwa, terdapat 40,6% berkas klaim tertunda dikarenakan kesalahan *coding* dan *input*, kesalahan penempatan diagnosis, dan 37,4% dikarenakan ketidaklengkapan resume medis.

Berdasarkan penelitian *studi literatur* yang dilakukan oleh Oktamianiza *et al.*, 2021 mendapatkan hasil bahwa, faktor penyebab klaim tidak layak bayar adalah pada kesesuaian administratif kepesertaan didapatkan bahwa rata-rata persyaratan klaim mengenai administrasi kepesertaan masih belum sesuai. Administrasi pelayanan medik masih terdapat beberapa rumah sakit yang masih terbilang kurang sesuai. Ketepatan diagnosis penyakit yang masih terbilang rendah, dan pemberian kode penyakit yang masih kurang baik dan penulisan diagnosa oleh dokter belum jelas. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Puspaningsih, Suryawati and Arso, 2022 menyebutkan bahwa, pengaruh terbesar terjadinya

*pending claim* BPJS Kesehatan adalah karena ketidaktepatan kode diagnosa dan ketidaklengkapan resume medis. Selain itu, faktor lain yang menyebabkan *pending claim* adalah minimnya pengetahuan kode, penulisan diagnosa yang sulit dipahami dan kurang lengkap, dan kurangnya kelengkapan rekapitulasi pelayanan yang diberikan rumah sakit.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Santiasih, Simanjorang and Satria, 2021 menyebutkan bahwa, adanya *pending claim* BPJS Kesehatan berdampak pada kinerja pegawai rumah sakit yang selanjutnya dapat mempengaruhi kualitas pelayanan rumah sakit. Dampak lainnya yang terjadi adalah aliran dana kas milik rumah sakit juga mengalami gangguan dikarenakan pembayaran yang seharusnya terklaim namun tidak sesuai dengan sebagaimana mestinya. Sementara berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Triatmaja, Wijayanti and Nuraini, 2022 menyebutkan bahwa, adanya *pending claim* dapat mengakibatkan keuangan rumah sakit menjadi terhambat dan pihak rumah sakit mengalami kerugian.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, menunjukkan bahwa di rumah sakit masih sering terjadi kasus *pending claim*. Hal tersebut dapat menyebabkan kerugian bagi rumah sakit, sehingga perlu adanya pembenahan untuk meminimalisir adanya berkas klaim yang terpending, sehingga mampu mempercepat pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan. Berdasarkan uraian tersebut, maka penulis akan melakukan penelitian dengan judul “Faktor Penyebab Kejadian *Pending E-Claim* BPJS Kesehatan di Rumah Sakit (*Studi Literatur*)”.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Apakah faktor yang menyebabkan kejadian *pending e-claim* BPJS Kesehatan di rumah sakit?

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Menganalisis faktor penyebab kejadian *pending e-claim* BPJS Kesehatan di rumah sakit.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi faktor penyebab *pending claim* berdasarkan unsur *Man* (manusia).
2. Mengidentifikasi faktor penyebab *pending claim* berdasarkan unsur *Material* (bahan).
3. Mengidentifikasi faktor penyebab *pending claim* berdasarkan unsur *Method* (prosedur).
4. Mengidentifikasi faktor penyebab *pending claim* berdasarkan unsur *Machine* (sarana dan prasarana).
5. Mengidentifikasi faktor paling dominan yang menyebabkan terjadinya *pending claim* berdasarkan 4 unsur (*Man*, *Material*, *Method*, dan *Machine*).

## **1.4. Manfaat Penelitian**

### **1.4.1. Bagi STIKES Yayasan RS Dr. Soetomo**

Dapat menjadi referensi pembelajaran sebagai sarana untuk menambah wawasan serta memperluas pengetahuan mahasiswa khususnya mengenai penyebab terjadinya *pending claim*.

### **1.4.2. Bagi Peneliti**

Dapat dijadikan sebagai bahan pengembangan ilmu dan pengetahuan khususnya mengenai faktor penyebab kejadian *pending claim*, sehingga pengetahuan tersebut dapat diterapkan untuk meminimalisir terjadinya kasus *pending claim* di tempat kerja nantinya.