

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Sejak 1 Januari 2014 pemerintah secara resmi memberlakukan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Demikian pula dengan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) juga mulai diberlakukan untuk menyelenggarakan program tersebut. Tujuan diberlakukan program JKN ini adalah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak dan diberikan kepada setiap orang yang terdaftar dan telah membayar premi atau preminya dibayarkan oleh pemerintah (Budiarsih, 2021).

Menurut buku Praktis Administrasi Fasilitas Kesehatan kelengkapan informasi (berkas rekam medis) penting sekali untuk verifikasi klaim di BPJS. Kelengkapan rekam medis juga menjaga fasilitas kesehatan untuk mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan. Pada beberapa fasilitas kesehatan masih banyak berkas rekam medis yang belum lengkap, kelengkapan berkas rekam medis sendiri merupakan tanggung jawab dari dokter maupun tenaga kesehatan lain yang merawat pasien. Tetapi dari beberapa penelitian yang sudah dilakukan masih banyak rekam medis yang belum sepenuhnya lengkap dalam pengisiannya yang disebabkan dari beberapa faktor yang menjadikan mutu pelayanan yang tidak sesuai standart (BPJS Kesehatan, 2014). Menurut Depkes 2008 tentang petunjuk teknis administrasi klaim dan verifikasi program Jaminan Kesehatan Nasional masyarakat, bahwa kelengkapan dalam pengajuan klaim yaitu surat rujukan, pemeriksaan, pelayanan penunjang diagnostik dan tindakan medik yang telah disahkan oleh dokter yang bertanggung jawab (Menkes, 2008).

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 903/Menkes/Per/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Masyarakat apabila salah satu persyaratan tidak ada atau item-item tidak diisi dengan lengkap akan berakibat pada keberhasilan proses klaim (Permenkes, 2011). Pada penelitian (Sari et al., 2020) faktor-faktor penyebab ketidaklengkapan dan ketidaksesuaian itu disebabkan karena

kurangnya ketelitian petugas dalam menyiapkan berkas klaim yang akan diajukan, petugas paling sering tidak melakukan pengecekan ulang pada saat melakukan input data sehingga banyak ketidaksesuaian isi data pada berkas klaim. Pada penelitian (Amir et al., 2020) penyebab pengembalian berkas klaim BPJS berdasarkan *Dispute* Administrasi disebabkan karena adanya penyalahgunaan kartu, cara pulang pasien yang tidak sesuai, tidak adanya bukti penunjang dan terapi, serta terdapat kesalahan pada data demografi.

Sedangkan pada penelitian (Pitaloka & Ningsih, 2021) penyebab pengembalian berkas klaim adalah kurangnya pengecekan lembar-lembar formulir atau penunjang pada berkas, kurangnya ketelitian dalam input data pada aplikasi INA-CBGs dan kurang berkoordinasi dengan Dokter Penanggung Jawab (DPJP) masalah diagnosa yang menurut petugas untuk masalah pengkodean yang diragukan. Pada penelitian (Cahyono et al., 2021) salah satu faktor terjadinya pending yaitu terjadi ketidaktepatan pada saat pemilihan diagnosa yang ada di lembar *resume medis* untuk dipilih dan dijadikan sebagai diagnosa utama pada aplikasi e-klaim, dalam hal ini penentuan entry kode diagnosa utama pada aplikasi e-klaim selain dibutuhkan pemahaman analisa klinis yang tepat untuk menentukan kondisi utama.

Berdasarkan (BPJS, 2017) Surat Edaran Direktur Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Nomor 18 Tahun 2017 tentang Penjelasan Pelaksanaan Verifikasi di Kantor (Vedika) bahwa pelaksanaan vedika dilakukan secara bertahap dimulai bulan Januari 2017 sampai dengan Desember 2017 dengan kondisi seluruh FKRTL diharapkan telah melaksanakan vedika.

Sebelum dilaksanakannya sistem vedika pada seluruh rumah sakit, terlebih dahulu dilakukan pilot project atau uji coba pada 1 April 2016 di 12 rumah sakit yang terpilih di Indonesia. Vedika merupakan sistem yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan untuk mempercepat proses verifikasi klaim. Vedika BPJS Kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kepuasan fasilitas kesehatan, mengurangi beban operasional BPJS Kesehatan dan mempercepat proses verifikasi klaim sehingga dapat terwujud layanan jaminan kesehatan nasional yang berkualitas dan berkeadilan.

Untuk membantu dalam mengatasi penyebab-penyebab Pengembalian Berkas Klaim sebelum era Vedika dan sesudah era Vedika Di Rumah Sakit di Indonesia sebagai penghambat dalam keberhasilan klaim penelitian ini diberi judul “Analisis Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Di Rumah Sakit Di Indonesia”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana faktor penyebab pengembalian berkas klaim BPJS di Rumah Sakit di Indonesia?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor penyebab pengembalian berkas Klaim BPJS di Rumah Sakit di Indonesia.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi pengembalian berkas klaim sebelum verifikasi digital klaim (Vedika) dari faktor *man*

2. Mengidentifikasi pengembalian berkas klaim sesudah verifikasi digital klaim (Vedika) dari faktor *man*

#### **1.4 Manfaat**

1. Bagi mahasiswa : untuk menambah wawasan dan meningkatkan kemampuan dalam masalah pengembalian berkas klaim yang telah diperoleh dari bangku kuliah.
2. Bagi STIKES YRSDS : untuk pengembangan ilmu kesehatan dalam masalah pengembalian klaim BPJS dan juga sebagai bahan referensi untuk STIKES Yayasan RS Dr. Soetomo.