

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pemerintah memberikan jaminan kesehatan kepada seluruh masyarakat di Indonesia melalui lembaga jaminan sosial yaitu BPJS. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah hukum publik atau orientasi hukum yang menerapkan rencana asuransi kesehatan (Rahmah, 2022), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan merupakan salah satu program jaminan kesehatan terbesar yang menginspirasi perubahan signifikan dalam sistem kesehatan. Tujuan asuransi adalah untuk mengatasi risiko yang dihadapi masyarakat atau mengalihkan risiko dan bertindak menghimpun dana dari masyarakat.

Pada permasalahan Klaim BPJS sering kali ditemukan pendungan klaim yang berdampak pada keterlambatan pembayaran jasa medik yang berdampak pada kinerja pegawai rumah sakit sehingga mempengaruhi pada kualitas pelayanan rumah sakit, kemudian juga aliran dana kas rumah sakit juga terganggu karena pembayaran yang harus diklaimkan tidak sesuai, seharusnya dalam pengajuan klaim apabila ditemukan berkas persyaratan tidak lengkap kemungkinan terjadi pengembalian berkas sehingga dapat merugikan rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim (Santiasih et al., 2021).

Sesuai Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang disahkan oleh Direktorat Pelayanan tahun 2014 bahwa terdapat berkas yang perlu dilengkapi dalam pengajuan klaim pasien rawat inap maupun rawat jalan. Pengajuan berkas klaim rawat inap dan rawat jalan mempunyai kesamaan pada lembar tambahan bukti pendukung pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA-CBG. Tambahan persyaratan lainnya yang perlu dilengkapi pada berkas klaim pasien rawat inap yaitu Surat Perintah Rawat Inap (SPRI), Surat Eligibilitas Peserta (SEP), dan resume medis. Berkas yang perlu dilengkapi untuk pasien rawat jalan yaitu SEP serta bukti pelayanan rawat jalan yang mencantumkan diagnosis

dan prosedur. Oleh karena itu, proses pengklaiman yang tidak lengkap menyebabkan terjadi pending klaim. Administrasi persyaratan klaim pasien harus lengkap agar persyaratan klaim tidak dikembalikan oleh verifikator BPJS dan pihak BPJS bisa melakukan penggantian biaya secara efektif dan efisien (Larasty et al., 2023)

Menurut (Larasty et al., 2023) Pending klaim merupakan pengembalian klaim dimana belum ada kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit terkait kaidah koding maupun medis (BPJS Kesehatan, 2018) Persyaratan yang belum lengkap atau tidak sesuai sehingga perlu direvisi kembali oleh petugas casemix sesuai Petunjuk Teknik Verifikasi Klaim tahun 2014, persyaratan yang diajukan kepada BPJS Kesehatan akan melewati proses verifikasi dan perlu kesesuaian dengan tiga aspek verifikasi. Aspek verifikasi tersebut antara lain yaitu aspek verifikasi administrasi kepesertaan, aspek verifikasi administrasi pelayanan, dan aspek verifikasi pelayanan kesehatan.

Berdasarkan gambaran dari latar belakang yang dijabarkan diatas, proses pengajuan klaim dari rumah sakit ke BPJS Kesehatan sangatlah penting maka dari itu perlu adanya tinjauan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit X untuk mengetahui hambatan permasalahan yang ada di unit pelayanan agar dapat dicarikan solusi untuk mengatasinya.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi Proses Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pada Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit X Sidoarjo.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi Alur Data Pasien Rawat Jalan Dari Unit Pelayanan Ke Unit Verifikasi Untuk Klaim BPJS Kesehatan.
2. Mengidentifikasi Hambatan Internal Klaim Data BPJS Kesehatan Pasien Rawat Jalan Dari Unit Pelayanan Ke Unit Verifikasi.