

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut UU RI No 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Program Jaminan Kesehatan Nasional adalah Sebuah program pemerintah yang dirancang untuk memberikan perlindungan kesehatan yang memadai kepada seluruh penduduk Indonesia sehingga dapat berumur panjang, sehat, dan sukses. Setiap peserta program ini memperoleh manfaat berupa pelayanan kesehatan komprehensif yang mencakup bidang promosi, pencegahan, kuratif, dan rehabilitatif, serta penyediaan obat dan perbekalan kesehatan. dicapai dengan menerapkan strategi layanan yang terkendali biaya dan kualitas.. (UU No 40, 2004)

Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyelenggaraan JKN, pemerintah Indonesia mencanangkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014. (Kerenkes, 2014) Menyusul program JKN pada tahun 2014. rumah sakit, hanya rumah sakit yang akan menawarkan layanan kesehatan perorangan; perawatan khusus atau subspecialis akan disediakan oleh rumah sakit. maka diperlukan manajemen khusus dalam pelaksanaan program JKN di rumah sakit. (Maulida & Djunawan, 2022)

Pendanaan kesehatan merupakan elemen kunci dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pendanaan rumah sakit untuk keperluan medis diperoleh dengan membayar klaim yang diajukan kepada BPJS Kesehatan atas pelayanan medis peserta. Rumah sakit membayar klaim BPJS Kesehatan untuk mendapatkan bayaran atas pelayanan medis yang diberikannya. (L. Sahir & Wijayanti, 2022)

Rumah sakit mengirimkan klaim BPJS, atau tagihan biaya pengobatan bagi masyarakat yang terdaftar di BPJS, ke BPJS Kesehatan setiap bulannya. Untuk mendapatkan penggantian biaya pengobatan sesuai tarif yang ditetapkan oleh Indonesia Case-Based Group (INA-CBG), fasilitas kesehatan rumah sakit

harus mengisi formulir klaim BPJS dan menyerahkannya ke BPJS Kesehatan. (Latifah & Putri, 2021)

Tarif Indonesia-Case Based Groups yang disebut juga Tarif INA-CBG adalah besaran yang dibayarkan BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan kelanjutan atas paket pelayanan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraannya. Program Asuransi Kesehatan. Tarif ini didasarkan pada kompilasi prosedur dan diagnosa penyakit, yang mencakup seluruh sumber daya rumah sakit yang digunakan untuk pelayanan, baik medis maupun non medis. (Permenkes No 3, 2023)

Anda harus memanfaatkan riwayat kesehatan Anda bersama dengan diagnosis yang mengacu pada ICD-10 atau ICD-9 CM untuk mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan secara online. Pengajuan klaim dilakukan dengan menggunakan INA-CBGs dan pembayaran klaim ditentukan berdasarkan kategori penyakit yang diderita, prosedur pengajuan klaim BPJS Kesehatan bersifat administratif. (Laulida dan Djunawan, 2022) Pemberian kode diartikan sebagai penyediaan kode diagnostik utama, kode diagnosis sekunder, dan kode tindakan/prosedur sesuai dengan ICD-10 WHO versi 2010 dan ICD-9 CM edisi 2010, sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021. Besaran yang dibayarkan ke rumah sakit ditentukan berdasarkan pengkodean. Prosedur pengajuan klaim BPJS selesai setelah pengodean menggunakan kode INA-CBG's selesai. Klaim harus dikonfirmasi prosedur permohonan dirancang untuk menjamin biaya program untuk asuransi kesehatan digunakan dengan benar.

Untuk memastikan peserta BPJS Kesehatan mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan harga terjangkau, maka klaim akan diperiksa oleh Verifikator BPJS Kesehatan. Ada dua macam proses verifikasi klaim: verifikasi layanan kesehatan dan verifikasi administrasi klaim. Kedua jenis verifikasi memiliki dampak terhadap status klaim yang diajukan, apakah akan diterima, ditunda, atau mengharuskan pembenahan oleh penyedia layanan kesehatan. Jika selama proses verifikasi terdapat kekurangan dokumen klaim, BPJS Kesehatan akan menunda prosesnya dan meminta sarana fasilitas

pelayanan kesehatan untuk melakukan perbaikan, yang kemudian dilampirkan dalam Berita Acara Pengembalian Klaim. Salah satu alasan umum penolakan atau *pending claim* adalah kesalahan dalam pengkodean dan billing. Kesalahan semacam itu dapat menyebabkan penahanan dana penggantian oleh BPJS hingga penyedia layanan kesehatan mengajukan klaim dengan benar. (BPJS Kesehatan, 2015)

Proses permohonan diawali dengan rumah sakit yang menyerahkan berkas klaim ke BPJS Kesehatan setiap bulannya. Dalam 10 hari sejak berkas klaim diterima, BPJS Kesehatan akan memeriksa sesuai persyaratan yang berlaku dan menerbitkan berita acara resmi mengenai hal . Berdasarkan prosedur penilaian klaim BPJS Kesehatan, ditemukan satu berkas klaim yang kurang informasinya. sehingga mengakibatkan *pending claim*. (Semarajana & Soewondo, 2019)

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ciamis adalah rumah sakit dengan akreditasi paripurna yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan program JKN. Berdasarkan studi pendahuluan diketahui jumlah berkas yang diajukan klaim paling tinggi adalah bulan Oktober dengan jumlah berkas sebanyak 1.535, tetapi untuk jumlah *pending claim* paling banyak adalah bulan Mei dengan jumlah 242. Sedangkan jumlah berkas yang diajukan *claim* pada tahun 2023 sebanyak 15.202 berkas dan terdapat kasus pending sebanyak 2.038 berkas. Verifikator BPJS harus terlebih dahulu mengirimkan berkas persyaratan klaim kepada petugas verifikator rumah sakit atau dokter yang merawat persyaratan yang tidak lengkap, resume medis yang tidak lengkap, kesalahan pengkodean, atau pengkodean yang berbeda dengan resume medis. Bersabarlah saat meminta agar dokumen yang diperlukan diisi dengan lengkap.

Ketidaklengkapan pengisian berkas yang mengakibatkan tunggakan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Ciamis membuat pihak rumah sakit kesulitan membayar klaim dari BPJS Kesehatan sehingga berdampak buruk bagi keuangan rumah sakit. Hal ini juga menyebabkan keterlambatan pembayaran kepada dokter dan penyedia layanan kesehatan lainnya atas layanan , yang dikhawatirkan berdampak pada pembiayaan dan operasional layanan rumah sakit.

Bagi rumah sakit, keterlambatan pembayaran akibat klaim menjadi piutang. Rumah Sakit yang mempunyai kendala dalam penanganan piutang BPJS Kesehatan akibat keterlambatan pembayaran menghambat pemberian pelayanan. rumah sakit akan mengalami kendala arus kas sehingga pelayanan pasien menjadi lesu dan dibawah standar. (Kediri & Tiyas, 2019) Oleh itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Tinjauan Trend Penyebab *Pending Claim* Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Inap di RSUD Ciamis”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah peneliti merumuskan permasalahan yaitu “Bagaimana *Trend* Penyebab *Pending Claim* Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Inap di RSUD Ciamis”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah mengetahui *trend* penyebab *pending claim* Jaminan Kesehatan Nasional rawat inap di RSUD Ciamis.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui data *pending claim* Jaminan Kesehatan Nasional rawat inap berdasarkan aspek administrasi
- b. Mengetahui data *pending claim* Jaminan Kesehatan Nasional rawat inap berdasarkan aspek medis
- c. Mengetahui data *pending claim* Jaminan Kesehatan Nasional rawat inap berdasarkan aspek koding

D. Manfaat

diharapkan dapat bermanfaat kepada pihak praktis maupun teoritis. Adapun manfaat adalah :

1. Manfaat Praktis

- a. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi terhadap rumah sakit mengenai trend penyebab *pending claim* JKN rawat inap.

b. Bagi Institusi

Menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman khususnya mengenai trend penyebab *pending claim* JKN rawat inap.

2. Manfaat Teoritis

a. Bagi Institusi Pendidikan

dijadikan bahan referensi untuk pembelajaran khususnya mengenai trend penyebab *pending claim* JKN rawat inap.

b. Bagi Peneliti Lain

menambah pengetahuan dan dapat dijadikan referensi bagi peneliti lain jika akan melakukan penelitian khususnya mengenai trend penyebab *pending claim* JKN rawat inap.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian

No	Nama Peneliti	Judul	Perbedaan	Persamaan
1.	Aldi Pratama, Harry Fauzi, Zahrasita Nur Indira, Prisai Purnama Adi (2023)	Analisis Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Kodung Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen	Penelitian ini hanya berfokus pada analisis faktor penyebab pending klaim tanpa trend membuat penyebab klaim menggunakan penelitian kuantitatif	Penelitian ini sama-sama membahas tentang penyebab pending klaim di Rumah Sakit
2.	Wayan Santiasih, Ary Asyiah	Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan	Penelitian ini hanya berfokus pada penyebab pending	Penelitian ini sama-sama membahas tentang penyebab

No	Nama Peneliti	Judul	Perbedaan	Persamaan
	Simanjorang, Beni Satria (2021)	Rawat Inap Di Rsud Dr.Rm Djoelham Binjai	klaim tanpa membuat trend penyebab pending klaim	pending klaim serta jenis penelitian dan kualitatif desain fenomenologi
3.	Erlia Safa Maulida & Achmad Djunawan (2022)	Analisis Penyebab Pending Claim BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga	Penelitian ini menggunakan jenis kuantitatif berfokus pada penyebab pending klaim tanpa membuat trend pending klaim	Penelitian ini sama-sama membahas tentang penyebab pending klaim di Rumah Sakit
4.	Maulina Latifah & Anita Setiya Putri (2021)	Trend Pending Claim Rawat Jalan Bpjs Kesehatan Rs. Panti Wilasa Dr. Cipto Semarang	Penelitian ini dalam menggunakan desain analisis pada trend pending klaim	Penelitian ini sama-sama membahas tentang trend penyebab pending klain serta sama-sama menggunakan jenis penelitian kualitatif
5.	Listiyawati & Rossalina Adi Wijayanti (2022)	Faktor Penyebab Pending Claim Ranap JKN dengan Fishbone Diagram di RSUP Dr Kariadi	Penelitian ini hanya berfokus pada penyebab pending klaim tanpa membuat trend pending klaim	Penelitian ini sama-sama membahas tentang penyebab pending klaim serta menggunakan jenis penelitian kualitatif