

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pemerintah Indonesia telah mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menjadi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia dimulai sejak tanggal 1 Januari 2014. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan ditunjuk sebagai penyelenggara program JKN tersebut. Diharapkan pada tahun 2019, seluruh rakyat Indonesia telah terjamin oleh program JKN, baik itu peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) maupun Non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI). Sistem yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan adalah sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu dan kendali biaya dimana untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan. Sebelum pelaksanaan program JKN, pemerintah telah melaksanakan program jaminan kesehatan sosial, diawali dengan program Askeskin kemudian menjadi program Jamkesmas yang akhirnya menjadi program JKN yang pada pelaksanaannya mengikuti prinsip-prinsip penyelenggaraan sebagaimana yang diatur dalam Undang-Undang No 40 tahun 2004 bahwa SJSN dikelola secara nasional, nirlaba, portabilitas, transparan, efisien dan efektif (BPJS Kesehatan,2014)

Program JKN bertujuan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran (Non Penerima Bantuan Iuran – Non PBI) atau iurannya dibayar oleh Pemerintah (Penerima Bantuan Iuran - PBI). Manfaat jaminan kesehatan yang diberikan kepada peserta secara perorangan dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan standar pelayanan medik, baik itu di layanan rawat inap, rawat jalan maupun gawat darurat. Jaminan Kesehatan Nasional dapat diberikan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) maupun Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) sesuai dengan alur pelayanan dan indikasi medis yang telah ditentukan oleh BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan,2014).

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta merupakan salah satu FKTL yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sejak dicanangkan pada tanggal 1 Januari 2014. Sebelum pelaksanaan program JKN tersebut, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta telah memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien Askes, Jamkesmas, Jamkesda maupun asuransi lainnya. Sejak diberlakukannya program JKN di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta menunjukkan adanya peningkatan kunjungan pasien dengan menggunakan jaminan BPJS Kesehatan dari tahun ke tahun baik itu pada kunjungan rawat jalan di poliklinik maupun

pelayanan gawat darurat. Kenaikan jumlah kunjungan yang dapat dilihat pada tabel.

Tabel 1. Perbandingan jumlah kunjungan pasien BPJS Kesehatan dengan jumlah kunjungan pasien jaminan umum atau asuransi lain

Tahun	Jaminan BPJS Kesehatan			Jaminan Umum / asuransi lain
	Non PBI	PBI	Total	
2014	50.748	15.188	65.936	164.080
2015	67.598	14.306	81.904	137.611

Sumber : Rekam Medis RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Pada tahun 2014 yaitu periode Januari – Desember 2014 terdapat total kunjungan pasien dengan jaminan BPJS Kesehatan sebanyak 65.936 kunjungan, yang terdiri dari kunjungan pasien BPJS Non PBI sejumlah 50.748 dan kunjungan pasien BPJS PBI sejumlah 15.188, sedangkan kunjungan pasien umum atau asuransi swasta lain sejumlah 164.080. Pada tahun 2015 yaitu periode Januari – Desember 2015 terdapat total kunjungan pasien BPJS kesehatan sebanyak 81.904 dengan rincian terdiri atas kunjungan pasien BPJS Non PBI sejumlah 67.598 sedangkan kunjungan pasien BPJS PBI sejumlah 14.306. Untuk kunjungan pasien umum atau asuransi lain total kunjungan 137.611. Terjadi peningkatan jumlah kunjungan pasien dengan jaminan BPJS Kesehatan dari 65.936 pada tahun 2014 menjadi 81.904 di tahun 2015 yang berarti terjadi peningkatan sejumlah 15.968 kunjungan, sedangkan untuk kunjungan pasien dengan menggunakan jaminan umum atau asuransi lain mengalami penurunan dari tahun 2014 sejumlah 164.080 menjadi 137.611 di tahun

2015. Yang berarti bahwa terjadi pergeseran kunjungan pasien dengan menggunakan jaminan umum atau asuransi lain menjadi pasien BPJS Kesehatan.

Selama kurun waktu 2 (dua) tahun pelaksanaan BPJS Kesehatan di RS PKU Muhammadiyah berjalan cukup lancar namun terdapat permasalahan dalam pengihan klaim. Hal tersebut dapat dipengaruhi adanya klaim *pending*, klaim tidak layak bayar, dan dokumen klaim yang hilang saat pelayanan. Pada klaim *pending* yang telah dilakukan revisi, jika memenuhi persyaratan maka dapat di tagihkan ke BPJS Kesehatan namun sebaliknya, jika tidak memenuhi persyaratan yang ditentukan maka klaim tidak dapat ditagihkan dan menjadi klaim tidak layak bayar. Pada klaim *pending* yang melewati batas waktu penagihan yaitu dua tahun maka klaim tersebut tidak dapat ditagihkan ke BPJS Kesehatan. Hal tersebut tertuang dalam Perjanjian Kerjasama RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan BPJS Kesehatan KCU Yogyakarta.

Klaim *pending* tentunya memberikan efek pada perputaran keuangan rumah sakit, yang mana RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta merupakan rumah sakit swasta yang pembiayaan dikelola secara mandiri serta bergantung pada jumlah kunjungan pasien. Rumah Sakit telah mengeluarkan pembiayaan dalam jumlah yang tertentu dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien namun belum

mendapatkan penggantian klaim sesuai dengan jumlah dan waktu yang telah ditentukan. Dalam perjanjian kerjasama, bahwa klaim dibayarkan 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim selesai dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS kesehatan. Dokumen klaim bulan yang telah berjalan diserahkan ke verifikator setiap tanggal 10 (sepuluh) di bulan berikutnya. Dengan adanya klaim *pending*, maka penagihan klaim bisa terjadi selama 2 (dua) bulan atau lebih. Pada kurun waktu sejak September 2014 sampai dengan Desember 2015 terdapat klaim *pending* sekitar kurang lebih enam milyar rupiah, untuk pelayanan rawat jalan maupun rawat inap. Klaim *pending* tersebut dapat ditagihkan setelah adanya revisi yang mana klaim yang telah di revisi jumlah tagihannya tidak sebesar jumlah klaim sebelum dilakukan revisi dikarenakan adanya perubahan pada *coding* diagnosa maupun tindakan prosedur, selain itu belum adanya aplikasi lupis dari BPJS Kesehatan untuk penagihan obat di luar paket INA CBG's dan alat bantu kesehatan sehingga menjadikan klaim *pending* dalam waktu beberapa bulan.

Dalam perjanjian kerjasama dan panduan praktis administrasi klaim faskes BPJS Kesehatan dikatakan bahwa BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang / Kantor Operasional Kabupaten /

Kota BPJS Kesehatan. Selain itu juga terdapat klausul bahwa klaim yang tertunda lebih dari 2 (dua) tahun maka tidak dapat ditagihkan kepada BPJS Kesehatan.

Dokumen klaim yang hilang juga memberikan efek pada keuangan rumah sakit. Adanya ketidaksesuaian data jumlah kunjungan yang ada pada sistem informasi rumah sakit (SIMRS) dengan dokumen klaim yang masuk ke penetapan biaya maupun ke bagian *coding*, maka terindikasi adanya dokumen klaim yang hilang atau tercecer pada saat pelayanan maupun saat pengumpulan dokumen klaim. Jika dokumen klaim hilang maka rumah sakit tidak dapat mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan dikarenakan persyaratan dari pengajuan klaim adalah fotokopi surat rujukan, fotokopi kartu tanda pengenal (KTP), fotokopi kartu BPJS Kesehatan dan fotokopi kartu keluarga (KK) bagi pasien PBI serta lembar verifikasi pelayanan yang telah diberikan ke pasien yang dituliskan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP). Rumah sakit tidak mendapatkan penggantian klaim walaupun telah memberikan pelayanan kepada pasien.

Oleh karena itu, dengan adanya klaim *pending* dan dokumen klaim yang hilang setiap bulannya, maka perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui Model klaim BPJS Kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang tersebut, maka dapat dirumuskan permasalahan yaitu bagaimana model klaim BPJS Kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui model klaim BPJS Kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui cara menurunkan jumlah klaim *pending*.
- b. Untuk mengetahui cara menurunkan jumlah dokumen klaim yang hilang.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

- a. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi pada manajemen rumah sakit.
- b. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi rujukan bagi penelitian **selanjutnya.**

2. Aspek Praktisi

Sebagai evaluasi terhadap kebijakan dan prosedur klaim BPJS Kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sehingga dapat menurunkan jumlah klaim *pending* dan dokumen klaim yang hilang.