

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bertujuan agar setiap masyarakat mendapatkan kebutuhan kesehatan yang layak (Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, 2004). Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (BPJS Kesehatan, 2014). BPJS Kesehatan mulai dilaksanakan pada tanggal 1 Januari 2014 sebagai badan pelaksana serta badan hukum publik yang berperan sebagai penyelenggara program jaminan kesehatan untuk rakyat Indonesia.

Peraturan yang ada pada BPJS Kesehatan harus ditaati oleh seluruh fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS (Maimun & Rifqi, 2020). Fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan terdiri dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL).

Pembayaran klaim BPJS Kesehatan untuk FKRTL menggunakan sistem INA-CBG. Penggunaan sistem INA-CBG sangat bermanfaat dikarenakan pasien mendapatkan pelayanan yang memuaskan dari fasilitas kesehatan tanpa dikenakan tarif tambahan karena pembayaran disesuaikan dengan diagnosa yang ditetapkan. Pelayanan kesehatan yang baik dan memuaskan merupakan harapan yang diinginkan setiap masyarakat kepada fasilitas kesehatan.

Fasilitas kesehatan dapat mengirimkan klaim setiap bulan dan paling lambat pada tanggal 10 bulan berikutnya (BPJS Kesehatan, 2014). BPJS Kesehatan wajib membayarkannya kepada fasilitas kesehatan paling lambat 15 hari setelah diterimanya dokumen klaim yang lengkap.

Apabila terdapat dokumen klaim yang tidak lengkap maka pihak verifikator BPJS akan mengembalikan dokumen tersebut kepada pihak fasilitas kesehatan untuk melengkapinya dan dapat diajukan kembali pada bulan berikutnya.

Syarat-syarat yang harus diperhatikan dalam melakukan pengajuan klaim BPJS diantaranya yaitu, Surat Bukti Pelayanan (SBP), tanda tangan dokter, riwayat perjalanan penyakit, dan kode diagnosis. Untuk kelengkapan klaim BPJS harus terdapat *foto copy* KK/KTP, rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama serta Surat Eligibilitas Pasien (SEP).

Berdasarkan hasil dari beberapa jurnal yang telah dibaca, masalah yang sering terjadi terkait keterlambatan klaim BPJS yaitu kurangnya data dari administrasi yaitu berkas penunjang yang tidak terlampir, belum terdapat SOP tentang kelengkapan berkas klaim BPJS, jaringan internet yang *error*, belum terdapat tanda tangan dokter serta petugas koding kesulitan membaca tulisan dokter. Disalah satu rumah sakit berkas klaim rawat inap mengalami keterlambatan klaim sebanyak 11%. Hal tersebut tidak memenuhi standar rumah sakit yaitu klaim BPJS harus terklaim 100%.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan maka rumusan masalahnya yang diambil adalah “Apakah faktor Sumber Daya Manusia (SDM) dan sarana mempengaruhi keterlambatan klaim BPJS pasien rawat inap?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor apa saja yang menjadi penyebab keterlambatan klaim BPJS pasien rawat inap di rumah sakit.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan faktor sarana terkait keterlambatan klaim BPJS pasien rawat inap.
- b. Mengidentifikasi faktor ketidaklengkapan berkas untuk klaim BPJS pasien rawat inap.
- c. Mendeskripsikan faktor sumber daya manusia (SDM) terkait keterlambatan klaim BPJS pasien rawat inap.
- d. Mendeskripsikan penerapan SOP terkait klaim BPJS pasien rawat inap.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Manfaat bagi peneliti lain

Untuk referensi bagi peneliti lain dalam melakukan penelitian, terkhusus dalam penelitian yang terkait dengan keterlambatan klaim BPJS Kesehatan.

- b. Manfaat bagi mahasiswa lain

Diharapkan dapat menjadi referensi dalam pembelajaran.

2. Manfaat Praktis

Diharapkan dapat memberikan saran bagi rumah sakit agar dapat meminimalisir keterlambatan klaim BPJS pasien rawat inap.