

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Penelitian

Undang-Undang No. 40 tahun 2004 terkait Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN), dilaksanakan oleh Pemerintah melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilaksanakan oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan mulai 1 Januari 2014 dan BPJS Ketenagakerjaan mulai 1 Juli 2015 yang diatur dalam Undang-Undang No. 24 tahun 2011. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan membayar klaim kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dengan metode kapitasi, dan pembayaran klaim kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) menggunakan Indonesia *Case Based Groups* (INA-CBG's) sesuai dengan Peraturan Presiden No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden No. 111 tahun 2013.

Metode pembayaran di rumah sakit secara umum ada dua macam, yaitu : metode pembayaran dengan *retrospektif* dan metode pembayaran dengan *prospektif*. Metode pembayaran *retrospektif* adalah pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan kepada pasien, semakin banyak jenis pelayanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan oleh pasien (PMK No 27 tahun 2014). Dengan diberlakukannya sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di rumah sakit, menimbulkan perubahan metode pembayaran dari pembayaran secara retrospektif (*fee for service*) menjadi metode pembayaran prospektif (INACBG's). Pembayaran

dengan INA-CBG's adalah metode pembayaran prospektif yang besaran tarifnya sudah ditentukan sebelum pelayanan kesehatan diberikan (PMK 64 Tahun 2016). Sistem pembiayaan prospektif diharapkan biaya kesehatan terkendali, memberi dorongan agar pelayanan kesehatan tetap bermutu sesuai standar, pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan dapat dibatasi, administrasi klaim dipermudah, serta mendorong provider untuk melakukan *costcontainment* (Permenkes No 27 Tahun 2014).

Dalam menghadapi kompetisi di bidang pelayanan kesehatan, rumah sakit mungkin menerapkan satu dari tiga strategi berikut : 1). meningkatkan kualitas produk dan meningkatkan harga; 2). membuat produk dengan kualitas lebih rendah dengan harga lebih murah dan 3). meningkatkan kualitas dan di saat bersamaan menurunkan harga. Dari ketiga strategi tersebut *costcontainment* memegang peranan penting sesuai dengan konsep peningkatan kualitas yang efisien (*efficient quality improvement*). Efisiensi merujuk pada proses meminimalkan *waste*, *error*, dan *redundancy* (Pena & Ndiaye, 2003). *Costcontainment* adalah praktek meminimalkan sampai batas yang dimungkinkan, peningkatan berkala biaya *variable* dan *total fixed cost* per unit (Kinney & Raiborn 2011).

Dalam UU No.44 Tahun 2009 dikatakan bahwa Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan dengan paripurna serta menyediakan fasilitas pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit sebagai lembaga yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan mempunyai peran penting dalam menyukseskan terselenggaranya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), oleh

karenanya Rumah Sakit Pemerintah maupun swasta harus bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) apabila ingin melayani pasien dengan tanggungan BPJS Kesehatan tersebut.

Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta merupakan rumah sakit swasta kelas B Pendidikan dengan jumlah tempat tidur 423 tt, BOR 60-70% dan kunjungan pasien rawat jalan rata-rata perhari 700-800 pasien serta sudah menjalin kerja sama sebagai provider BPJS Kesehatan sejak 1 Januari 2014 dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan. Dengan menjalin kerja sama sebagai provider BPJS Kesehatan, RS Bethesda Yogyakarta akan menerima pembayaran yang berdasarkan pada tarif INA-CBGs untuk rumah sakit kelas B dan masuk dalam regional Satu (PMK No 27 tahun 2014). Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut, RS Bethesda Yogyakarta mempunyai tanggungjawab untuk menyelenggarakan pelayanan yang bermutu namun tetap memperhatikan *cost effective* pelayanan yang diberikan. Bentuk penghematan dalam konsep ekonomi dalam bidang pelayanan kesehatan salah satunya adalah penghematan alokatif (*allocative efficiency*) yaitu suatu upaya penghematan/efisiensi yang dilihat dari sisi penggunaan sumber daya yang sekecil mungkin dengan hasil yang dapat dicapai seoptimal mungkin. (Ristrini dkk, 2013).

Masalah yang saat ini timbul adalah selama melayani pasien dengan tanggungan BPJS Kesehatan, RS Bethesda Yogyakarta masih mengalami kendala dalam melakukan kendali biaya, maupun dalam pengajuan klaim secara efektif dan tepat waktu. Hal ini dapat dilihat dari selisih negatif antara tarif RS dibanding dengan hasil grouper INA CBGs. Sebagai contoh data bulan November tahun 2018 menunjukkan jumlah klaim pasien rawat inap yang diajukan sebanyak 779 berkas

dengan nilai grouper INA CBGs mencapai 76,68% dari nilai tarif rumah sakit., pada bulan Desember 2018 pengajuan klaim sebanyak 793 berkas dengan nilai grouper INA CBGs mencapai 80,47% dari nilai tarif rumah sakit, pada bulan Januari 2019 pengajuan klaim sebanyak 891 berkas dengan nilai grouper INA CBGs mencapai 79,68% dari tarif rumah sakit.(Data dashboard INA CBGs RS Bethesda). Masalah lain yang dihadapi adalah masih banyaknya berkas klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan akan tetapi setelah dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS, berkas dikembalikan lagi ke RS untuk dilengkapi atau direvisi terkait dengan kelengkapan administrasi, kesesuaian koding ICD 10 maupun ICD 9 CM, dan berkaitan dengan masalah medis. Sebagai contoh data pada bulan November 2018 pengajuan berkas klaim Rawat Inap sebanyak 779 berkas dan yang dikembalikan sebanyak 303 berkas atau 38,8%, pada bulan Desember 2018 berkas klaim yang diajukan sebanyak 793 berkas dan yang dikembalikan sebanyak 276 berkas atau 34,8% dan pada Januari 2019 berkas klaim yang diajukan sebanyak 891 berkas dan yang dikembalikan sebanyak 339 berkas atau 38% dengan demikian rata-rata berkas klaim yang diajukan 821 berkas dan yang dikembalikan dalam tiga bulan tersebut rata-rata adalah 306 berkas atau 37,27%. (Data Casemix 2019). Kendala lain yang dihadapi oleh RS Bethesda Yogyakarta adalah masih banyak resume medis pasien rawat inap yang merupakan syarat untuk koding diagnosis dan tindakan, belum diisi lengkap oleh dokter penanggungjawab pelayanan, yaitu pada bulan November 2018 dari 781 berkas rekam medis rawat inap ada 291 resume medis yang belum lengkap atau sekitar 37,25%, bulan Desember 2018 dari 887 berkas rekam medis rawat inap ada 444 resume medis yang belum terisi lengkap atau sekitar 50,05% dan pada bulan

Januari 2019 dari 1373 berkas rekam medis rawat inap ada 769 resume medis yang belum terisi lengkap atau sekitar 56% (Data Bidang RMIK RS Bethesda)

Berdasarkan observasi dan pengumpulan data awal yang dilakukan peneliti ditemukan bahwa masalah-masalah tersebut terjadi karena belum adanya sistem pengendalian biaya yang terstruktur dengan baik, fungsi verifikator internal rumah sakit belum optimal dalam memastikan kesesuaian diagnosis dengan terapi yang diberikan serta kelengkapan dokumen pendukung, termasuk kelengkapan resume medis dalam penegakan diagnosis. Verifikator internal belum melakukan verifikasi pada berkas yang akan diajukan terkait dengan kelengkapan dokumen maupun kesesuaian diagnosis yang ditulis dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP) dengan hasil penunjang medis maupun terapi yang dilakukan dalam resume medis. Dokumen rekam medis merupakan salah satu dokumen penting dalam proses pengajuan klaim, mengingat koding untuk grouper INA CBGs memakai diagnosis penyakit maupun tindakan yang ditulis dokter dalam resume medis pasien. Buku Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan menyebutkan bahwa salah satu syarat Rumah Sakit dalam mengajukan klaim adalah dengan melampirkan bukti pelayanan berupa resume medis yang ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP).

Melihat hal tersebut diatas peneliti tertarik untuk melakukan *action research* tentang kendali biaya dan kelengkapan pengisian resume medis pada pasien rawat inap tanggungan BPJS Kesehatan sesuai hak kelas yang masih dirawat inap dengan cara mengirimkan petugas koding secara berkala di ruang rawat inap kelas 1,2 dan 3 sebagai upaya mengurangi selisih biaya, mengurangi jumlah resume medis yang

belum terisi lengkap dan mengurangi jumlah berkas klaim yang dikembalikan setelah diajukan ke BPJS Kesehatan.

### **B. Rumusan Masalah**

1. Apakah ada peningkatan jumlah berkas klaim dengan selisih positif biaya tarif RS dengan hasil grouper INA CBGs pasien tanggungan BPJS setelah penempatan petugas koding di ruang rawat inap?
2. Apakah ada penurunan jumlah berkas klaim pasien peserta BPJS Kesehatan yang dikembalikan oleh verifikator BPJS setelah petugas koding ditempatkan di ruang rawat inap ?
3. Apakah ada peningkatan jumlah resume medis pasien pulang peserta BPJS Kesehatan yang diisi lengkap oleh DPJP setelah petugas koding ditempatkan
4. di ruang rawat inap ?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Melakukan upaya kendali biaya dan mengurangi pending klaim serta meningkatkan keterisian dokumen rekam medis rawat inap.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengendalikan selisih biaya negatif pasien tanggungan BPJS Kesehatan.
- b. Meningkatkan kualitas pengisian dokumen rekam medis.
- c. Mengurangi jumlah pending klaim dengan melakukan monitoring kelengkapan pengisian dokumen rekam medis

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Aspek Teoritis (Keilmuan)
  - a. Pengembangan ilmu rekam medis melalui pemanfaatan data rekam medis.
  - b. Sebagai sumber referensi untuk penelitian-penelitian selanjutnya.
2. Aspek Praktis (Guna laksana)
  - a. Peningkatan jumlah berkas klaim selisih positif antara tarif RS dengan grouper INA CBGs.
  - b. Penurunan jumlah berkas klaim yang dikembalikan setelah diajukan ke BPJS Kesehatan.
  - c. Peningkatan jumlah resume medis pasien pulang yang terisi lengkap.
3. Aspek Kebijakan
  - a. Mendapatkan sistem pengendalian biaya, dengan dibuat SOP kendali mutu dan biaya pasien tanggungan BPJS Kesehatan.
  - b. Mendapatkan sistem verifikasi untuk mengurangi pending klaim melalui peran petugas Koding di ruang rawat inap dan verifikator internal, dengan dibuat SOP
  - c. Mendapatkan system monitoring pengisian resume medis untuk meningkatkan kelengkapan pengisian resume medis.

