

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah Sakit Khusus yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya. (Permenkes Nomor 3, 2020).

Pelayanan kesehatan adalah salahsatu kebutuhan utama manusia. Pemberian pelayanan kesehatan selalu berhubungan erat dengan fasilitas kesehatan, dimana pelayanan kesehatan yang lengkap tentunya membutuhkan fasilitas yang lengkap. Hal ini tentunya membutuhkan biaya mahal yang harus ditanggung pasien untuk menggunakan fasilitas tersebut. Sehingga tidak semua lapisan masyarakat bisa menjangkau pelayanan kesehatan.

Sesuai Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan. Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Untuk melaksanakan amanat undang-undang nomor 40 tahun 2004 maka ditetapkan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan yang telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. (Permenkes Nomor 26, 2021)

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, pembayaran pelayanan kesehatan dalam Progam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) menggunakan sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs). Dalam melaksanakan INA-CBGs diperlukan pedoman yang menjadi acuan bagi FKRTL, BPJS Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Organisasi Profesi, Asosiasi Rumah Sakit, dan pemangku kepentingan terkait lainnya. (Permenkes Nomor 26, 2021).

Pedoman pelaksanaan INA-CBGs diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs) dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional . Namun peraturan tersebut perlu disesuaikan dengan perkembangan dan kebutuhan pelayanan Kesehatan di FKRTL sehingga perlu disempurnakan. (Permenkes Nomor 26, Tahun 2021).

Selain itu, saat ini masih banyak terjadi pemasalahan dilapangan antara BPJS Kesehatan dan FKRTL khususnya terkait pengodean. Hal ini mengakibatkan terjadinya *dispute* dan *pending* klaim sehingga pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan ke FKRTL menjadi tertunda. Untuk itu, diperlukan penyempurnaan Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. (Permenkes Nomor 26, 2021)

BPJS adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang dibentuk pemerintah untuk memberikan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program kesehatan untuk masyarakat dalam pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis. BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang telah diberikan kepada peserta JKN. BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang memang layak, namun untuk berkas yang pending harus dikembalikan ke rumah sakit untuk di periksa kembali. (Saputri et al, 2022:13)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Presiden Nomor 47 Tahun 2021. Menurut Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar Iuran Jaminan Kesehatan atau Iuran Jaminan Kesehatan dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah. Setiap Rumah Sakit menyediakan pelayanan untuk pasien BPJS termasuk Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Permata Bunda. Jaminan sosial yang diselenggarakan oleh BPJS diharapkan dapat diterapkan kepada seluruh instansi pelayanan kesehatan. Adapun sistem pengajuan klaimnya disebut dengan klaim BPJS.

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta JKN oleh pihak rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Proses klaim ini dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Berdasarkan Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional persyaratan tersebut harus lengkap dan sesuai saat diajukan kepada verifikator BPJS. Ketidaklengkapan dan ketidaksesuaian administrasi klaim akan menyebabkan pengembalian klaim (Pemerintah RI, 2018). Pengembalian klaim akan mempengaruhi pembayaran pelayanan dan menghambat operasional rumah sakit. (Saputri et al, 2022:13)

Verifikator BPJS Kesehatan akan melakukan verifikasi berkas lewat klaim BPJS yang diajukan oleh fasilitas kesehatan yang tujuannya untuk menguji kebenaran pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien JKN guna menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta JKN. Jika ditemukan adanya klaim yang tidak layak atau pending, maka pihak BPJS tidak akan melakukan pembayaran untuk klaim tersebut. Fasilitas kesehatan rumah sakit, berkewajiban untuk melengkapi dokumen klaim BPJS sebelum diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan untuk mendapatkan penggantian biaya perawatan sesuai dengan tarif *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG's). Terjadinya pending klaim memiliki pengaruh besar terhadap pemasukan dana bagi rumah sakit dan dapat mempengaruhi indikator mutu tim jaminan kesehatan rumah sakit dan dapat mempengaruhi indikator mutu tim jaminan Kesehatan. (Saputri et al, 2022:13)

Sistem INA-CBG's adalah aplikasi yang digunakan sebagai aplikasi pengajuan klaim Rumah Sakit, Puskesmas dan semua Penyedia Layanan Kesehatan (PPK). Salah satu cara pembayaran pelayanan kesehatan untuk rumah sakit di era JKN adalah dengan sistem pembayaran INA-CBG's, yaitu besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada rumah sakit atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur. (Saputri et al, 2022:13)

Berdasarkan Hasil Penelitian terdahulu tentang selisih pengajuan klaim dan realisasi klaim yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada Rumah Sakit. Penelitian yang dilakukan oleh Nurdiah et al, 2016 tentang Analisis *Unclaimed* Berkas Rawat Inap di RSUD dr. Soekaedjo Tasikmalaya didapatkan penyebab *unclaimed* berkas BPJS rawat inap di rumah sakit yang antara lain disebabkan oleh pengetahuan dan kedisiplinan petugas kurang, ruangan pengolahan klaim yang sempit, SOP terkait klaim belum tersedia, monitoring berkas klaim belum terlaksana dan ketidaklengkapan hasil penunjang. Selanjutnya, Penelitian Oktamiza et al, 2021 mengenai Literatur Review Tentang Faktor Penyebab Klaim Tidak Layak Bayar BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Tahun 2020 didapatkan mengenai faktor penyebab klaim tidak layak bayar diperoleh kesimpulan sebagai berikut: 1. Kesesuaian administratif kepesertaan didapatkan berkas persyaratan klaim administrasi kepesertaan rata-rata belum sesuai; 2. Kesesuaian administratif pelayanan medik didapatkan beberapa rumah sakit masih terbilang kurang sesuai; 3. Ketepatan diagnosa penyakit masih terbilang rendah; 4. Pemberian kode penyakit masih kurang baik dan penulisan diagnosa dari dokter juga belum jelas. Hal ini serupa dengan penelitian Anzlika et al, 2021 mengenai Tinjauan Ketidaklengkapan Berkas E-Klaim Rawat Jalan di RS X Bandung didapatkan hasil bahwa berkas yang tidak lengkap paling

banyak terdapat pada kronologi kecelakaan, yang dapat menyebabkan terhambatnya pembayaran klaim BPJS. Kesimpulan bahwa kelengkapan berkas e-klaim sangat mempengaruhi kelancaran penagihan klaim BPJS.

Sejalan dengan ini, penelitian oleh Agiwayuanto et al, 2021 mengenai Tinjauan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Kasus Gawat Darurat didapatkan hasil penelitian berdasarkan observasi terhadap sampel 85 berkas pengembalian klaim pasien di IGD RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang ada 29 pasien (34,1%) memenuhi kriteria gawat darurat menurut BPJS Kesehatan dan tidak memenuhi kriteria gawat darurat 56 pasien (65,9%). Penyebab pengembalian berkas klaim kasus gawat darurat yaitu karena BPJS Kesehatan meminta konfirmasi kondisi emergency pasien 47 berkas (55,3%), alasan pasien pulang APS 22 berkas (25,8%), readmisi 7 berkas (8,23%), kurangnya kelengkapan surat kronologis 5 berkas (5,9%), kesalahan nilai GCS total 2 berkas (2,35%), dan alasan pasien dirujuk 2 berkas (2,35%).

Berdasarkan pengamatan terhadap nilai realisasi klaim pasien BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Permata Bunda terdapat selisih antara pengajuan klaim dengan realisasi klaim yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Hal ini disebabkan karena proses verifikasi klaim BPJS mencakup 2 hal yaitu berkas klaim dan administrasi klaim. Dalam proses verifikasi klaim tersebut tidak semua klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit akan direalisasikan secara penuh oleh BPJS Kesehatan dikarenakan adanya kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit terkait kaidah koding maupun administrasi klaim. Hal ini mengakibatkan kurang optimalnya pendapatan rumah sakit atau bahkan bisa menimbulkan kerugian karena lebih dari 90% pasien merupakan peserta JKN.

Berdasarkan uraian diatas menjadi latar belakang untuk dilakukan penelitian di Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Permata Bunda dengan judul **“Analisis Selisih Pengajuan Klaim dengan Realisasi Klaim Pasien JKN-KIS di Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Permata Bunda Solok Tahun 2022”**.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, maka dirumuskan permasalahan penelitian ini yaitu sebagai berikut :

1. Berapa besaran nilai selisih Pengajuan Klaim dengan Realisasi Klaim Pasien JKN-KIS oleh BPJS Kesehatan Pada Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Permata Bunda Solok Tahun 2022?

2. Apa saja faktor-faktor yang menyebabkan belum terealisasinya 100% pembayaran klaim yang diajukan Rumah Sakit kepada Pihak BPJS Kesehatan?
3. Apa saja upaya yang bisa dilakukan oleh Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Permata Bunda dalam mengatasi permasalahan adalanya selisih selisih Pengajuan Klaim dengan Realisasi Klaim Pasien JKN-KIS yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis Selisih Pengajuan Klaim dengan Realisasi Klaim Pasien JKN-KIS oleh BPJS Kesehatan Pada Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Permata Bunda Solok Tahun 2022.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini yaitu sebagai berikut :

- a. Untuk dapat mengetahui besaran selisih Pengajuan Klaim dengan Realisasi Klaim Pasien JKN-KIS oleh BPJS Kesehatan Pada Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Permata Bunda Solok Tahun 2022.
- b. Untuk dapat mengetahui Faktor-Faktor yang menyebabkan belum terealisasinya 100% pembayaran klaim yang diajukan Rumah Sakit kepada Pihak BPJS Kesehatan.
- c. Untuk dapat mengetahui upaya yang bisa dilakukan oleh Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Permata Bunda dalam mengatasi permasalahan adalanya selisih selisih Pengajuan Klaim dengan Realisasi Klaim Pasien JKN-KIS yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Mahasiswa

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan mahasiswa, khususnya dalam menganalisis Selisih Pengajuan Klaim dengan Realisasi Klaim Pasien JKN-KIS di Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Permata Bunda Solok Tahun 2022 dan mengetahui faktor-faktor penyebab belum terealisasi 100% pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan.

2. Bagi RSIA Permata Bunda

- a. Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan informasi untuk mengetahui upaya yang diambil RS terkait adanya selisih pengajuan klaim dengan realiasasi klaim yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan.

- b. Hasil penelitian ini Pihak manajemen dapat mengevaluasi kembali dan melakukan upaya dalam memperkecil jumlah klaim pending atau tidak layak sehingga pendapatan dan operasional rumah sakit tidak terganggu akibat adanya klaim yang ditunda pembayarannya.
- c. Hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan untuk mengoptimalkan pengajuan klaim, bahan evaluasi dan meningkatkan kinerja tim Casemix RS dalam pengajuan klaim JKN.

3. Bagi Prodi S1 Akuntansi Universitas Dharma Andalas

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan rujukan dan masukan bagi para akademisi dan peneliti berikutnya untuk mengembangkan kelimuan di bidang manajemen keuangan rumah sakit terutama terkait pembayaran Klaim Oleh BPJS Kesehatan yang menimbulkan berkurangnya pendapatan RS.

4. Bagi Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan)

Hasil penelitian dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam telaah dan verifikasi pembayaran klaim agar sesuai dengan clinical pathway. Perbedaan Pendapatan yang dialami oleh RS yang didapatkan dapat menjadi acuan dalam proses verifikasi klaim di masa yang akan datang.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari 5 bab yaitu masing-masing terdiri dari :

1. BAB 1 Pendahuluan

Pada bab ini menjelaskan tentang latar belakang, rumusan masalah yang berhubungan dengan topik yang diangkat, tujuan dan manfaat penelitian, serta sistematika penulisan secara ringkas mengenai isi dari setiap bab.

2. BAB II Tinjauan Pustaka

Pada bab ini akan membahas tentang tinjauan teoritis terkait topik yang diangkat, Penelitian terdahulu, serta kerangka pikir.

3. BAB III Metodologi Penelitian

Dalam bab ini menjelaskan metodologi penelitian yang digunakan, meliputi jenis dan sifat penelitian, sumber data penelitian, teknik pengumpulan data, definisi operasional dan teknik analisa data.

4. BAB IV Hasil dan Pembahasan

Dalam bab ini menjeleskan hasil analisis yang didapatkan, meliputi jenis dan sifat penelitian, sumber data penelitian, teknik pengumpulan data, definisi operasional dan teknik analisa data.

5. BAB V Kesimpulan dan Saran

Dalam bab ini menjelaskan Kesimpulan dan Saran