

Potensi Penyebab Keterlambatan Pembayaran Klaim Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit

Suhadi

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Halu Oleo, Kendari; suhaditsel77@uho.ac.id (koresponden)

ABSTRACT

Management of claims payments that are not timely have an impact on the availability of hospital funds, and disrupt health services. The purpose of this study was to analyze the causes of delays in payment of national health insurance claims in inpatient units at Bahteramas Hospital. This type of research was a case study. Research informants consisted of hospital staff and BPJS officers. The results showed that BPJS Kesehatan was not punctual or often late in paying JKN claims submitted by hospitals, on the grounds that the claim files were incomplete, JKN funds were not sufficient, and there were many arrears in payments of JKN participants. It was concluded that the implementation of hospital claim payments was not timely, so this could have an impact on the hospital's financial management.

Keywords: claim payment; health insurance; hospital

ABSTRAK

Pengelolaan pembayaran klaim yang tidak tepat waktu berdampak pada ketersediaan dana rumah sakit, dan mengganggu pelayanan kesehatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis penyebab keterlambatan pembayaran klaim jaminan kesehatan nasional pada unit rawat inap di Rumah Sakit Bahteramas. Jenis penelitian ini adalah studi kasus. Informan penelitian terdiri atas petugas rumah sakit dan petugas BPJS. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pihak BPJS kesehatan tidak tepat waktu atau sering terlambat dalam membayar klaim JKN yang diajukan oleh rumah sakit, dengan alasan karena belum lengkapnya berkas klaim, dana JKN belum mencukupi, dan banyaknya tunggakan pembayaran peserta JKN. Disimpulkan bahwa pelaksanaan pembayaran klaim rumah sakit belum tepat waktu, sehingga hal ini dapat berdampak pada pengelolaan keuangan rumah sakit.

Kata kunci: pembayaran klaim; asuransi kesehatan; rumah sakit

PENDAHULUAN

Sesuai amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS), BPJS Kesehatan sebagai Badan Penyelenggara merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi seluruh rakyat Indonesia, diamanatkan untuk mengembangkan system pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu dan kendali biaya, serta system pembayaran pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif guna tercapainya sustainabilitas program JKN. ⁽¹⁾

Kebijakan tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagaimana termaktub dalam Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, mengatakan bahwa untuk memberikan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia maka seluruh masyarakat diwajibkan untuk ikut menjadi peserta Jaminan sosial nasional yang dikenal dengan istilah Jaminan Kesehatan Nasional, yang penyelenggaranya dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, dengan sebutan BPJS kesehatan. BPJS Kesehatan ini sebagai suatu badan hukum yang dibentuk dengan tujuan untuk melaksanakan program jaminan kesehatan nasional. Penyelenggaraan JKN menjadi perwujudan bagi perlindungan sosial bagi seluruh masyarakat Indonesia dengan harapan untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya demi kesejahteraan seluruh masyarakat. ⁽²⁾

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan ⁽³⁾. Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia yang dimulai sejak 1 Januari Tahun 2014 telah memberikan andil yang besar terhadap reformasi system pelayanan dan pembiayaan kesehatan di Indonesia. Sebagaimana diamanatkan Undang-Undang, JKN diharapkan secara bertahap dapat menjadi tulang punggung untuk mencapai *Universal Health Coverage* di Tahun 2019. Hingga saat ini telah banyak dilakukan berbagai penelitian yang bertujuan mengevaluasi program JKN yang diharapkan dapat memberi masukan dalam upaya perbaikan kedepan. ⁽⁴⁾

Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKRTL adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus. ⁽⁵⁾

Klaim Manfaat Pelayanan Kesehatan Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Pasal 25

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 Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan⁽³⁾.

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⁽¹⁾. Pasal 71 (1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada; (1) FKRTL secara *Indonesian Case Based Groups*. (3) BPJS Kesehatan dapat mengembangkan sistem pembayaran di FKRTL yang lebih berhasil guna dengan tetap mengacu pada *Indonesian Case Based Groups*.⁽⁵⁾

BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran kepada FKRTL berdasarkan klaim yang diajukan dan telah: a. diverifikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) paling lambat 15 (lima belas) hari sejak diterbitkannya berita acara kelengkapan berkas klaim; atau b. memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) paling lambat 15 (lima belas) hari sejak terpenuhinya ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3).⁽⁵⁾ Dalam hal pembayaran kepada FKRTL sebagaimana dimaksud pada ayat (4) jatuh pada hari libur maka pembayaran pada FKRTL dilakukan pada hari kerja berikutnya.⁽⁶⁾ Dalam hal BPJS Kesehatan tidak melakukan pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (4), BPJS Kesehatan wajib membayar denda kepada FKRTL yaitu sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan⁽⁵⁾.

Salah satu permasalahan yang dihadapi oleh Rumah Sakit Badan Layanan Umum (BLUD) Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara adalah masalah kecukupan dana pelayanan kesehatan. Sumber pembiayaan pelayanan kesehatan dana JKN sering kali terlambat didistribusikan oleh pihak BPJS kesehatan sehingga hal ini berdampak pada siklus keuangan Rumah Sakit. Adanya Kondisi keterlambatan pembayaran klaim yang tidak tepat waktu dan sering terlambat akan berdampak serius pada siklus keuangan rumah sakit. Pada keadaan yang lebih tinggi maka hal ini akan berpengaruh terhadap operasionalisasi pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Rumah Sakit Badan Layanan Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara, telah mengakreditasi 12 jenis pelayanan yaitu administrasi manajemen, pelayanan medik, pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan, pelayanan rekam medis, pelayanan radiologi, pelayanan farmasi, pelayanan laboratorium, pelayanan peristi, pelayanan kamar operasi, pelayanan pencegahan infeksi, pelayanan keselamatan dan kesehatan kerja. Saat ini statusnya menjadi Rumah Sakit Type B pendidikan dan ditetapkan sebagai RS rujukan Tingkat Lanjut tertinggi di Sulawesi Tenggara yang memberikan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan pelayanan gawat darurat yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.⁽⁶⁾

Hasil Riset awal yang dilakukan di Rumah Sakit BLUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara diperoleh bahwa masih terjadi keterlambatan pembayaran klaim JKN yang diajukan oleh Rumah Sakit kepada pihak BPJS sehingga hal tersebut dapat mengganggu siklus pembiayaan operasional pelayanan kesehatan Rumah Sakit, karena ketersediaan pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat membutuhkan dana yang cukup. Pada kenyataannya keterlambatan pembayaran klaim dengan jumlah dana yang cukup besar dan memakan waktu sampai beberapa bulan. Kondisi ini secara umum tidak menguntungkan rumah sakit, pada keadaan yang lebih tinggi akan menyebabkan rendahnya mutu pelayanan kesehatan bahkan menurunkan pendapatan rumah sakit. Tujuan penelitian untuk menganalisis potensi penyebab keterlambatan pembayaran klaim jaminan kesehatan nasional pada unit rawat inap di Rumah Sakit Badan Layanan Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian studi kasus sebagai suatu proses penemuan pengetahuan empiris guna menyelidiki dan meneliti berbagai fenomena dalam konteks kehidupan nyata secara mendalam.

Penelitian ini dilakukan di Kota Kendari. Waktu pelaksanaan penelitian dilakukan pada tanggal 2 Februari sampai dengan 3 Maret 2021. Informan kunci petugas RS sebanyak 2 orang dan informan kunci petugas BPJS sebanyak 2 orang. Kriteria pemilihan informan adalah petugas klaim RS dan petugas ferifikator BPJS yang mengetahui kejadian, argumentasi rasional, terlibat langsung dengan kejadian, memiliki waktu yang cukup, dan mampu menyampaikan informasi dengan baik. Pemilihan informan dapat didasarkan pada kedalaman pemahaman atau pengalaman informan. Rekrutmen informan berupa analisis peran informan, mencari informan yang sesuai dari orang yang dianggap dituakan dan memutuskan penerimaan/penolakan informan.

Untuk meningkatkan kebenaran informasi dan data dilakukan dengan triangulasi metode, triangulasi sumber data, dan triangulasi teori. Pengumpulan data dengan menggunakan observasi, dan wawancara mendalam. Analisis data dilakukan dengan cara matrix *Content Analysis* yang berasal dari data yang terjaring dari proses pengumpulan data, yaitu rekam & catat, tinjauan pustaka, wawancara, serta partisipasi.⁽⁷⁾

HASIL

BPJS Kesehatan sebagai Badan Pelaksana merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Tujuan diberlakukannya program

Jaminan Kesehatan Nasional ini adalah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah⁽⁸⁾

Sesuai amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), BPJS Kesehatan sebagai Badan Pelaksana merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia⁽⁹⁾

Ketepatan waktu pembayaran klaim yaitu kecocokan waktu pendistribusian dana klaim JKN yang diserahkan oleh pihak BPJS kepada rumah sakit berdasarkan usulan klaim RS sesuai tanggal dan waktu yang telah ditetapkan dan disepakati bersama antara pihak BPJS dan Rumah Sakit. Kepatuhan pada ketepatan waktu pencairan klaim JKN harus menjadi perhatian pihak BPJS kesehatan untuk menghindari terganggunya siklus keuangan dan operasionalisasi pelayanan kesehatan di rumah sakit. Di dalam Peraturan BPJS nomor 7 tahun 2018 tentang pengelolaan administrasi klaim fasilitas kesehatan Dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan dijelaskan bahwa pihak BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada FKRTL secara sistem paket *Indonesian Case Based Groups (INA CBG's)*.

Hasil temuan wawancara mendalam diperoleh bahwa pihak BPJS Kesehatan selalu tidak tepat waktu dalam pembayaran klaim JKN, sebagaimana pernyataan informan sebagai berikut:

“,,, kadang pembayaran klaim tidak tepat, biasa berkaitan dengan berkas. (At 28 Tahun)

“,,, Pada kenyataannya pelaksanaan pembayaran klaim yang diajukan oleh pihak RS kadang sering terlambat ,,,,” (Ni 33 Tahun) ...

Hasil temuan wawancara mendalam diperoleh pula bahwa keterlambatan pembayaran klaim JKN hal ini disebabkan oleh adanya ketidaklengkapan berkas, berkas klaim dalam perbaikan, banyak nya penunggakan iuran JKN oleh peserta BPJS kesehatan, dan disisi lain karena adanya faktor defisit anggaran JKN, sehingga hal ini dapat berdampak pada ketersediaan anggaran JKN yang dikelola oleh BPJS kesehatan, sebagaimana pernyataan informan sebagai berikut:

“..... Walau sudah ditetapkan waktu tapi kadang berkas yang diajukan sering juga terlambat. Ini bisa dimaklumi. Kadang juga berkas klaim masih dilakukan perbaikan pelaporan klaim. Hal lain adanya, banyak nya penunggakan iuran JKN oleh peserta mandiri. ,,,,” (At 28 Tahun)

.... Terlambat biasanya berkas tidak lengkap dan perlu dilengkapi... (Ni 33 Tahun) ...

“,,, Keterlambatan pembayaran klaim berkaitan dengan kondisi yang dialami pihak BPJS, sebab selama ini mengalami kekurangan atau defisit anggaran JKN. ... (Hn 35 Tahun)

Hasil temuan wawancara mendalam diperoleh pula bahwa keterlambatan pembayaran klaim JKN berdampak pada ketersediaan keuangan RS dan pelayanan rumah sakit, pembayaran jasa petugas, dan penumpukan klaim tunda pembayaran dan beban utang BPJS kefaskes, sebagaimana pernyataan informan sebagai berikut:

.. Dampak yang dirasakan rumah sakit berupa ketersediaan dana yang cukup, terganggunya siklus keuangan rumah sakit ,,,,” (At 28 Tahun)

.. Dampak yang dirasakan rumah sakit berupa terhambatnya pelayanan karena rumah sakit harus membeli barang persediaan obat-obatan atau bahan habis pakai termasuk pembayaran jasa petugas... (Hn 35 Tahun)

... Dampaknya banyak klaim yang diajukan belum dibayarkan akan terjadi penumpukan klaim tunda pembayaran dan beban utang BPJS kefaskes ,,,,” (Hn 35 Tahun)

PEMBAHASAN

Setiap lembaga publik termasuk pelayanan kesehatan diarahkan untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat guna memenuhi kebutuhan masyarakat secara berdaya guna dan berhasil guna, berkesinambungan, bermutu baik, memuaskan serta mudah dijangkau dengan berlandaskan pada visi dan misi yang telah diembannya. BPJS sebagai mitra kerjasama pelayanan kesehatan turut berperan didalam mendukung program-program pelayanan kesehatan. Rumah sakit sebagai institusi pemberi pelayanan kesehatan membutuhkan pihak BPJS untuk mendapatkan pembiayaan jaminan pelayanan kesehatan melalui system klaim JKN. Dalam Perpres No 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Nasional pada pasal 76 ayat (4) dikatakan bahwa BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran kepada FKRTL berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi, paling lambat 15 (lima belas) hari sejak diterbitkannya berita acara kelengkapan berkas klaim atau memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) paling lambat 15 (lima belas) hari sejak terpenuhinya ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3).

Berdasarkan hasil temuan, berupa keterlambatan pembayaran klaim JKN yang dilakukan oleh pihak BPJS Kesehatan kepada rumah sakit ini mengindikasikan bahwa masih terdapat permasalahan dalam pengelolaan klaim JKN oleh kedua lembaga tersebut, dimana permasalahan pada pihak rumah sakit keterlambatan pembayaran klaim disebabkan oleh adanya ketidaklengkapan berkas klaim, atau berkas klaim dalam masa perbaikan. Sedangkan permasalahan dari pihak BPJS disebabkan oleh adanya defisit anggaran JKN. Permasalahan dari pihak masyarakat disebabkan oleh adanya penunggakan iuran JKN oleh peserta BPJS kesehatan. Berdasarkan hal ini maka keterlambatan pembayaran klaim akan dapat menimbulkan dampak pada Pihak BPJS akan menanggung Denda sesuai Perpres no 82 tahun 2018, Dapat menyebabkan Kurangnya ketersediaan keuangan RS, Dapat menyebabkan terganggunya siklus keuangan RS, Dapat menyebabkan terhambatnya pelayanan RS, Dapat menyebabkan terganggunya perencanaan keuangan RS, Dapat menyebabkan rendahnya pelayanan RS dan dampak pada pihak masyarakat penunggak iuran JKN akan mendapat sanksi berupa tidak mendapatkan pelayanan kesehatan.

Setiap kegiatan pelayanan medis yang dibiaya oleh anggaran JKN, wajib dilakukan verifikasi sebelum pengklaiman diajukan ke pihak BPJS. Verifikasi klaim JKN meliputi verifikasi administrasi dan verifikasi medis. Setiap tindakan pelayanan medis harus dilakukan secara terdokumentasi pada tiap hari pelayanan kesehatan, baik itu di pelayanan rawat inap atau rawat jalan. Pasien yang datang berobat akan mendapatkan pelayanan administrasi dilanjutkan dengan pemeriksaan dan pengobatan. Seluruh tindakan tersebut akan dicatat dalam dokumen administrasi rekam medis sebagai dokumen legal rumah sakit tentang pengobatan pasien. Petugas administrasi dan petugas medis akan melakukan pelayanan pada pasien sesuai dengan prosedur dan ketentuan pelayanan RS. Sebelum pengajuan klaim dilakukan maka petugas klaim akan mengumpulkan seluruh dokumen perekaman pelayanan medis yang telah dicatat pada masing-masing bagian pelayanan. Petugas klaim RS akan memeriksa dan menyusun dokumen pelayanan medis menurut klasifikasi yang telah disepakati pihak BPJS dan RS. Petugas klaim akan memeriksa kelengkapan berkas, kevalidan data, dan keteraturan berkas, hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa dokumen klaim yang akan diajukan dapat dipertanggungjawabkan secara akuntabel kepada tim verifikasi BPJS. Bila dalam pencatatan dan pemeriksaan masih terdapat kekurangan, ketidaklengkapan berkas maka petugas klaim akan melakukan perbaikan berkas klaim, dengan mendatangi para petugas medis dan petugas administrasi untuk melakukan koordinasi atau konfirmasi langsung kepada petugas medis atau petugas administrasi rumah sakit. Tindakan ini dilakukan untuk mencegah adanya penolakan dan pengembalian berkas klaim yang telah diajukan ke pihak BPJS.

Ketidaklengkapan berkas klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit akan mendapat penolakan dari pihak BPJS ketika dilakukan verifikasi klaim. Beberapa faktor penyebab ketidaklengkapan berkas klaim adalah ketidaktelitian petugas dalam pengisian dokumen rekam medik, kesibukan petugas, dan kurangnya pengawasan. Kondisi ini akan menyulitkan petugas klaim untuk dalam menyusun berkas. Untuk mengatasi hal tersebut itu biasanya petugas klaim melakukan perbaikan klaim dengan melakukan konfirmasi kepada petugas medis dalam hal ini dokter atau perawat yang melakukan tindakan pengobatan dan perawatan kepada pasien.

Demikian pula halnya ketika berkas klaim yang dikembalikan oleh petugas BPJS untuk dilakukan perbaikan pihak RS, maka catatan petugas saat verifikasi akan dilakukan pengecekan kembali untuk diperbaiki, sehingga kelengkapan, keabsahan dan objektifitas dokumen klaim dapat disusun secara akuntabel. Dalam perbaikan berkas klaim umumnya petugas RS diberi batas waktu yang telah disepakati bersama, namun bila terjadi keterlambatan maka diberi sanksi. Oleh nya itu pihak BPJS dan RS terus meningkatkan koordinasi dalam pengelolaan klaim JKN.

Hasil temuan tersebut diatas sejalan dengan beberapa hasil penelitian terdahulu yang pernah dilakukan, yang mengatakan bahwa penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS adalah beberapa berkas syarat yang tidak lengkap⁽¹⁰⁾. Terdapat beberapa kendala yang mempengaruhi proses keterlambatan pengajuan klaim diantaranya internet sering terputus kekurangan tenaga serta Resume Medis belum lengkap⁽¹¹⁾. Salah satu penyebab keterlambatan Klaim adalah ketidaklengkapan berkas⁽¹²⁾. Penyebab keterlambatan Klaim adalah ketidaklengkapan dan ketidakakuatan data klaim yang diajukan⁽¹³⁾. Faktor penyebab keterlambatan klaim berasal dari faktor petugas verifikasi kelengkapan, faktor *machine* karena SIMRS belum terintegrasi dengan INA-CBG, dan faktor *materials* karena persyaratan yang tidak lengkap⁽¹⁴⁾. Penyebab keterlambatan Klaim adalah persyaratan berkas klaim tidak lengkap dan harus dikembalikan lagi keruang perawatan, kembalinya berkas klaim ke ruang perawatan yang berpotensi menyebabkan keterlambatan dalam pengajuan klaim⁽¹⁵⁾. Penyebab keterlambatan Klaim adalah ketidaklengkapan resume medis.⁽¹⁶⁾

Hasil temuan dilapangan bahwa, salah satu permasalahan yang dihadapi oleh pemerintah saat ini adalah ketersediaan anggaran JKN yang tidak cukup untuk membiaya pelayanan kesehatan bagi peserta JKN. Dampaknya adalah pelayanan kesehatan tidak dapat memberi pelayanan kesehatan yang bermutu bagi masyarakat. Banyaknya usulan klaim yang diajukan oleh rumah sakit belum dibayarkan oleh pihak BPJS karena kurangnya dana yang tersedia. Kenyataan dilapangan menunjukkan bahwa banyak nya penunggakan iuran JKN oleh peserta BPJS kesehatan, sehingga klaim-klaim pending rumah sakit menumpuk di BPJS. Ketidakpatuhan dan kurangnya kesadaran masyarakat dalam membayar iuran JKN dalam jumlah yang banyak akan menjadi masalah serius bagi BPJS, sebab keuangan rumah sakit sangat tergantung dengan anggaran JKN. Oleh karena itu maka kondisi yang

terjadi adalah pelambatan pencairan anggaran JKN yang telah diajukan oleh RS. Dampak yang lebih luas dengan banyak penunggakan pembayaran iuran JKN adalah maka peserta JKN tidak mendapatkan pelayanan kesehatan ketika akan sakit. Untuk mendapatkan pelayanan tersebut maka peserta JKN tersebut harus melunasi terlebih dahulu tunggakan iuran JKN.

Temuan dilapangan menunjukkan bahwa pemerintah mengalami deficit anggaran JKN disebabkan oleh terbatasnya sumber pendanaan JKN. *Sharing cost* dalam system pembiayaan JKN dinilai masih belum maksimal didalam ketersediaan anggaran yang cukup. Pelayanan kesehatan terus dituntut untuk memberikan pelayanan yang paripurna sementara Rumah sakit dihadapkan pada masalah keterbatasan anggaran pelayanan kesehatan yang dianggarkan dari JKN. Pihak rumah sakit sering mengeluhkan banyaknya klaim-klaim pelayanan kesehatan yang belum dibayarkan oleh pihak BPJS. Tidak hanya dipihak RS, penyelenggara BPJS pun demikian mengeluhkan adanya ketersediaan dana yang minim hal ini disebabkan oleh deficit nya anggaran JKN. Kondisi ini berdampak pada faskes berupa keterlambatan pembayaran klaim JKN. Akibat adanya faktor defisit anggaran JKN maka pihak BPJS dan rumah sakit perlu mencari solusi bersama untuk mengatasi masalah tersebut, sehingga pemerintah menaikkan iuran JKN berlaku pada bulan juli 2020. Dengan adanya kenaikan iuran JKN diharapkan deficit anggaran dapat teratasi dengan baik.

KESIMPULAN

Pembayaran klaim Jaminan Kesehatan Nasional sebagai salah satu siklus distribusi keuangan dari pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ke unit pelayanan kesehatan untuk mengganti biaya operasional pelayanan kesehatan yang telah diterima oleh pasien dari pelayanan rumah sakit. Dalam pengelolaan Pembayaran klaim yang tidak tepat waktu akan berdampak pada ketersediaan dana Rumah Sakit, dan akan mengganggu pelayanan kesehatan Rumah Sakit. Kesimpulan penelitian ini adalah Pelaksanaan pembayaran klaim RS belum tepat waktu dilakukan oleh pihak BPJS Kesehatan Kota Kendari, sehingga hal ini dapat berdampak pada pengelolaan keuangan rumah sakit. Untuk perbaikan pengelolaan klaim dimasa datang hendaknya pihak RS dan BPJS kesehatan secara intens melakukan koordinasi pengelolaan klaim, melakukan pengawasan bersama untuk memecahkan permasalahan klaim dan pelatihan pengelolaan klaim.

DAFTAR PUSTAKA

1. BPJS. Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG Edisi 1. Jakarta: BPJS; 2018.
2. Wulandary, Sudharman, Ikshan. Inovasi BPJS Kesehatan Dalam Pemberian Layanan Kepada Masyarakat: Aplikasi Mobile JKN. *J. Public Policy*. 2019;5:98-107.
3. BPJS. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017 Tentang pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: BPJS; 2017.
4. Irwandy. Kajian literature: evaluasi pelaksanaan program jaminan Kesehatan nasional di Indonesia. *J. Kebijak. Kesehat. Indones*. 2016;5:110-114.
5. Pemerintah RI. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta: Sekretariat Negara RI; 2018.
6. RSU BLUD Bahteramas. Profil Rumah Sakit BLUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara. Kendari: RSU BLUD Bahteramas; 2021.
7. Rohmadi M, Nasucha Y. Dasar-Dasar Penelitian. Pustaka Brilliant.
8. BPJS. Panduan praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan. Jakarta: BPJS; 2015.
9. BPJS. Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: BPJS;2014.
10. Megawati L, Pratiwi RD. Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *J. Kesehat. Vokasional*. 2016;1:36-43.
11. Sari DS, Nasution SLR, Ginting CN, Girsang E. Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RSUD KH. Daud Arif Kab. Tanjab Barat Tahun 2018. *Sci. J*. 2019;8:348-354.
12. Sabriyah, Sudirman, Nor ARAC. Implementation proffering of claim guarantee health of national health in hospital Anutapura Palu. *Promotif*. 2016;6:118-128.
13. Supriadi, Rosania S. Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien JKN Sakit, Rumah Ciputat, Hermina. *J. Vokasi Indones*. 2019;7:19-26.
14. Noviatry LW, Sugeng. Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho. *J. Kesehat. Vokasional*. 2016;1:22-26.
15. Putri NKA, Karjono, Uktutias. Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap. *J. Manaj. Kesehat. Yayasan RS. Dr. Soetomo*. 2019;5:134-143.
16. Artanto A. Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari-Maret 2016. *J. Adm. Rumah Sakit*. 2018;4:122-134.