

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

1945 Pasal 28 H ayat (1) UUD NKRI Tahun 1945 menyatakan bahwa setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan dan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan bagi seluruh warga negaranya. Pelayanan kesehatan yang dimaksud yaitu akses terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang bermutu dengan biaya yang terjangkau. Untuk mencapai kondisi tersebut, dibutuhkan sistem pembiayaan kesehatan yang tepat. Maka dari itu pemerintah membentuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang merupakan bagian dari sistem Jaminan sosial Nasional yang diselenggarakan oleh pemerintah untuk menjamin agar warga Negeranya dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Badan Hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS yang mulai diberlakukan di Indonesia sejak 1 Januari 2014. Menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan bertujuan untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan sedangkan BPJS Ketenagakerjaan bertujuan untuk menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

Penyedia fasilitas kesehatan yang melakukan proses pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan setiap bulannya ada dua yaitu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Menurut Permenkes RI No 36 Tahun 2015, FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan perorangan yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/ atau pelayanan kesehatan lainnya yang meliputi rawat jalan tingkat pertama dan rawat inap tingkat pertama. FKRTL adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub-

spesialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Pembayaran pelayanan kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) menggunakan sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBG). Dalam melaksanakan INA-CBG diperlukan pedoman yang menjadi acuan bagi FKRTL, BPJS Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Organisasi Profesi, Asosiasi Rumah Sakit, dan pemangku kepentingan terkait lainnya. Proses klaim dimulai dari melengkapi berkas persyaratan pengajuan klaim, kemudian dilakukan verifikasi oleh verifikator. Verifikasi klaim merupakan kegiatan meneliti, memeriksa kelengkapan dan keabsahan data kemudian setelah dilakukan verifikasi berkas klaim diserahkan kepada pihak BPJS untuk mendapatkan penggantian biaya (BPJS, 2014).

Persada Hospital merupakan rumah sakit tipe B. Persada Hospital bekerja sama secara parsial dengan BPJS untuk layanan Hemodialisis & Jantung (Cathlab) tepatnya pada tanggal 1 Desember 2015. Pada tahun 2018 Persada Hospital sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan menerima pasien BPJS Kesehatan untuk semua pelayanan. Berdasarkan hasil wawancara kepada petugas verifikator yang dilakukan oleh peneliti di Persada Hospital Pada Januari 2023, diketahui bahwa Setiap bulannya Persada Hospital mengajukan klaim Reguler ke BPJS Kesehatan. Tanggal pengajuan fleksibel sesuai dengan kondisi Rumah Sakit . Berkas klaim pasien BPJS diverifikasi melalui program v-klaim pada berkas bulan Desember 2022 yang terdiri dari kasus klaim rawat jalan sebanyak 4899 berkas dan kasus klaim rawat inap sebanyak 682 berkas. Proses pengajuan klaim dimulai dari penganalisaan berkas, coding, penghitungan real cost, verifikasi dan entri data. Tahapan pengklaiman tersebut dilakukan oleh petugas yang berada di unit pembiayaan kesehatan. Berdasarkan uraian tersebut maka peneliti tertarik untuk membahas "Bagaimana Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Persada Hospital Malang" untuk mengetahui apakah terdapat Standart Prosedur Operasional (SPO) pelaksanaan Klaim BPJS Kesehatan di Persada Hospital serta untuk menegetahui apakah pelaksanaan Klaim

BPJS Kesehatan sudah sesuai dengan Standart Prosedur Operasional yang berlaku di Persada Hospital.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Persada Hospital Malang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui prosedur pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Persada Hospital

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui Standart Operasional Prosedur di unit pembiayaan kesehatan RS Persada Hospital
- b. Untuk mengetahui persyaratan klaim BPJS Kesehatan di Persada Hospital
- c. Untuk mengetahui tata cara pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Persada Hospital
- d. Untuk mengetahui pengkodean klaim BPJS Kesehatan di Persada Hospital
- e. Untuk mengetahui Kendala yang terjadi pada saat proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Persada Hospital Malang

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Secara Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi rumah sakit untuk evaluasi dan bahan pertimbangan mengenai prosedur pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan untuk meminimalisir ketidaktepatan terhadap dokumen klaim yang akan diajukan ke BPJS Kesehatan.

1.4.2 Manfaat Secara Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dan acuan untuk penelitian berikutnya, khususnya mengenai prosedur pelaksanaan klaim asuransi BPJS

