

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan menjadi hak setiap manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia. Hal ini tercantum dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Salah satu upaya kesehatan yang dilakukan pemerintah dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan yang optimal adalah dengan diadakannya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). JKN merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang di selenggarakan oleh pemerintah untuk menjamin agar warga negaranya dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. (Sastradimulya et al, 2015)

Dalam SJSN terdapat dua program yaitu, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan (BPJS Ketenagakerjaan) yang menyelenggarakan program Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), Jaminan Hari Tua (JHT), Jaminan Pensiun (JP) dan Jaminan Kematian (JKM) serta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dengan tujuan untuk mewujudkan pemenuhan kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap rakyat Indonesia yang sudah menjadi hak dasar manusia. Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. (Undang-Undang, 2011)

Sistem jaminan kesehatan nasional yang menerapkan sistem rujukan berjenjang mengharuskan peserta BPJS untuk mendatangi puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sebelum berobat ke rumah sakit. Sistem rujukan berjenjang dilakukan sebagai upaya penguatan pelayanan primer untuk penyelenggaraan kendali mutu dan biaya atau biasa dikenal dengan sistem managed care. Salahsatu strateginya yaitu melakukan kerjasama dengan berbagai fasilitas kesehatan sebagai strategi pengendalian mutu dan biaya. Menurut peraturan BPJS Kesehatan syarat pasien dirujuk apabila puskesmas tidak dapat memberi pelayanan sesuai kebutuhan pasien karena adanya keterbatasan fasilitas, pelayanan, ketenagaan serta apabila diagnosis penyakit diluar 144 diagnosis yang dapat ditangani puskesmas. Untuk Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (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(Lubis dkk., 2022)

Dalam hal pembiayaan kesehatan, tarif pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKRTL) mempunyai perbedaan. Pada FKTP terdapat Tarif Kapitasi dengan pembayaran yang akan dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan pada FKTP tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Dan Tarif Non Kapitasi yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan di akhir bulan berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Pada FKRTL BPJS Kesehatan melakukan pembayaran dengan Tarif INA-CBG's atas layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit. (Kementrian Kesehatan, 2014)

Pembayaran klaim Non Kapitasi pelayanan JKN oleh BPJS Kesehatan di FKTP milik Pemerintah Daerah dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku. Pembayaran klaim non kapitasi di FKTP milik Pemerintah Daerah meliputi pelayanan ambulan, pelayanan obat program rujuk balik, pemeriksaan penunjang pelayanan program rujuk balik, pelayanan skrining kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio, rawat inap tingkat pertama, pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter, pelayanan KB berupa MOP/vasektomi, kompensasi pada daerah yang belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat, pelayanan darah di FKTP, dan pelayanan gawat darurat di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. (Kementrian Kesehatan, 2014)

Untuk mewujudkan pengajuan klaim yang baik FKTP harus terkoordinir dan konsisten dalam melaksanakan prosedur pengajuan Klaim. Terdapat beberapa indikator yang menjadi masalah di puskesmas terkait klaim Non Kapitasi yaitu, belum optimalnya pembagian tugas atau kewenangan dalam melaksanakan kebijakan dan belum adanya *Standart Operasional prosedur* (SOP), belum optimalnya potensi atau unsur tertentu yang mendukung terlaksanakannya kebijakan, belum optimalnya penyampaian informasi dari pemerintah mengenai kebijakan penggunaan dana Non Kapitasi BPJS Kesehatan, dan belum optimalnya sikap dari aparatur yang bertanggung jawab. (Mulyani, 2019)

Pada jurnal berjudul “ Analisis Pelaksanaan Prosedur Klaim Non Kapitasi Puskesmas Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan Kota Padang” terdapat keterlambatan pembayaran klaim yang berdampak pada pelayanan yang diberikan Puskesmas kepada

pasien. Puskesmas terkadang lebih mendahulukan pasien umum daripada pasien BPJS Kesehatan, dan tidak sedikit pelayanan terhadap pasien BPJS Kesehatan dilakukan dengan kurang ramah, masalah yang juga sering ditemukan adalah seringnya Puskesmas menyerahkan berkas klaim yang tidak lengkap seperti identitas peserta (fotokopi KTP dan kartupeserta), rekapitulasi pelayanan peserta. Selain itu, masalah yang juga sering terjadi adalah adanya klaim susulan. (Pardede & Andipo, 2019)

Pada jurnal berjudul “ Analisis Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Non Kapitasi Puskesmas Nanggulan Kabupaten Kulon Progo” terdapat kendala pada proses klaim non kapitasi di puskesmas Nanggula yang menyebabkan pengajuan klaim menjadi terhambat dan dana klaim BPJS non kapitasi kepada puskesmas cairnya lama. Hal ini disebabkan permasalahan pada proses verifikasi berkas yaitu kurangnya persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan oleh puskesmas kepada BPJS Kesehatan yang kemudian berdampak terhadap pendapatan di puskesmas Nanggulan. (Kusniawan & Seha, 2021a)

Hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan di Puskesmas Bumiaji Kota Batu pada petugas entri klaim non kapitasi didapatkan bahwa tidak terdapat petugas khusus yang melakukan proses entri klaim non kapitasi. Petugas yang bertanggung jawab untuk melakukan proses entri adalah perawat yang merangkap jabatan. Meskipun tidak terdapat petugas khusus, petugas tidak merasa kewalahan dalam proses entri klaim non kapitasi. Dikarenakan klaim yang dientrikan tidak banyak. Berdasarkan latar belakang tersebut penulis ingin mengetahui dan memahami proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan non kapitasi di Puskesmas Bumiaji Kota Batu.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana tinjauan prosedur pelaksanaan klaim non kapitasi pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Bumiaji?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui prosedur klaim non kapitasi pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Bumiaji

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui prosedur klaim non kapitasi BPJS Kesehatan pada aspek input
2. Mengetahui prosedur klaim non kapitasi BPJS Kesehatan pada aspek proses
3. Mengetahui prosedur klaim non kapitasi BPJS Kesehatan pada aspek output

1.4 Manfaat Penelitian

Berdasarkan tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini, maka hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

1. Bagi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi penambahan ilmu pengetahuan, khususnya bagi Asuransi Kesehatan serta menjadi bahan bacaan di perpustakaan kampus dan dapat memberikan referensi bagi mahasiswa lain.
2. Bagi Puskesmas Bumiaji, penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan sumbangan pemikiran serta kajian terkait Analisis pengajuan klaim BPJS Kesehatan non kapitasi Puskesmas Bumiaji Kota Batu sehingga ke depannya dapat dijadikan perbaikan dan saran untuk menyempurnakan kebijakan di masa yang akan datang.
3. Bagi Penulis, memperoleh pengalaman dan menambah wawasan dalam analisis klaim non kapitasi di Puskesmas