

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Indonesia adalah negara yang berkembang dengan banyak program pemerintah yang bertujuan untuk kesejahteraan dan kemakmuran rakyat. Ini sejalan dengan yang tertuang pada pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 pada alinea ke 4 yang berbunyi “Memajukan Kesejahteraan Umum” merupakan tujuan utama dari suatu pemerintahan (Efitra et al., 2023). Menurut nilai-nilai bangsa Indonesia, kesejahteraan dan kesehatan adalah Hak Asasi Manusia. Maka dari itu setiap manusia berhak mendapatkan jaminan kesehatan. Saat ini di Indonesia telah menerapkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak.

Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 menyatakan bahwa Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang merupakan program sosial yang bersifat wajib untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan bagi kesehatan dasar bagi seluruh rakyat Indonesia yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) Kesehatan (Putri et al., 2020). BPJS Kesehatan resmi menjalankan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mulai 1 Januari 2014. Pelayanan kesehatan pada program JKN ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah (Malonda et al., 2015).

Rumah sakit yang terlibat dalam program BPJS Kesehatan ini menggunakan metode pembayaran *Indonesian Case Base Groups* (INA CBG) untuk membayar imbal jasa pelayanan. Pembayaran dilakukan berdasarkan diagnosa dan prosedur pengelompokan sesuai dengan karakteristik klinis yang sebanding dengan penggunaan sumber daya yang serupa, yang kemudian dikelompokkan berdasarkan tingkat keparahannya (Nurdiah & Iman, 2016). Proses pengajuan klaim menggunakan sistem pembayaran INA CBG untuk mendapatkan imbal jasa dari pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit kepada peserta BPJS Kesehatan. Selama proses pengajuan klaim dari rumah sakit ke BPJS Kesehatan,

terdapat beberapa tahap termasuk verifikasi kelengkapan berkas, administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan. Jika berkas tidak lengkap, proses pengajuan klaim dapat tertunda atau bahkan tidak dapat diakses (Yuliyanti & Thabrani, 2018).

Menurut (Winarti, 2022) dalam rangka menjaga stabilitas operasional rumah sakit dan mengembangkan kegiatan pelayanan kesehatan demi terciptanya derajat kesehatan masyarakat yang optimal, tentu saja rumah sakit membutuhkan dana yang salah satunya bersumber dari pendapatan rumah sakit yang merupakan imbalan dari kegiatan pemberian jasa pelayanan kesehatan dalam suatu periode tertentu. Sistem pengajuan klaim BPJS Kesehatan khususnya pelayanan rawat inap sudah menjadi kebijakan BPJS Kesehatan, akan tetapi masih adanya keterlambatan membuat masalah pengajuan klaim ini masih menarik untuk terus diteliti untuk mengetahui bagaimana sistem pengajuan klaim yang dilakukan oleh rumah sakit ke BPJS Kesehatan.

Berdasarkan gambaran dari latar belakang yang dijabarkan diatas, proses pengajuan klaim dari rumah sakit ke BPJS Kesehatan sangatlah penting maka dari itu perlu adanya tinjauan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit X Sidoarjo untuk mengetahui prosedur serta mencari permasalahan yang ada terkait adanya pending klaim agar dapat dicarikan solusi untuk mengatasinya.

1.2.1 Tujuan Umum

Mendeskripsikan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit X Sidoarjo.

1.2.2 Tujuan Khusus

Adapun dalam magang profesi yang dilaksanakan di Rumah Sakit X Sidoarjo secara khusus mempunyai tujuan sebagai berikut:

1. Mengetahui prosedur pengajuan klaim baru ke BPJS Kesehatan.
2. Mengetahui prosedur pengajuan klaim susulan ke BPJS Kesehatan.
3. Mengetahui hambatan pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan.