

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara resmi dijalankan oleh pemerintah Indonesia mulai 1 Januari 2014. Program JKN ini diselenggarakan oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011. Tujuan diselenggarakan program JKN ini adalah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak. Pelayanan kesehatan pada program JKN ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah (Noviatri & Sugeng, 2016).

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, menyatakan bahwa setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Upaya mewujudkan hak tersebut pemerintah harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang merata, adil dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat. Untuk itu pemerintah perlu melakukan upaya-upaya untuk menjamin akses yang merata bagi semua penduduk dalam memperoleh pelayanan Kesehatan (Undang Undang Nomor 36, 2009)

Permenkes No 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional menyebutkan bahwa 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 (PERMENKES Nomor 71, 2013).

Pada pelaksanaan klaim JKN proses administrasi klaim dilakukan dengan menggunakan sistem (*Indonesian-Case Based Groups*) INA-CBG's, dimana dilakukan pembayaran klaim berdasarkan kelompok penyakit yang diderita. Pola pembayaran dengan INA-CBG's yang diselenggarakan BPJS Kesehatan harus melalui tahap verifikasi berkas. Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan lebih dahulu diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS yang bertujuan menguji kebenaran administrasi untuk dipertanggung jawabkan untuk menjaga mutu pelayanan dan efisien biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan (PERMENKES, 2014)

Ada beberapa syarat yang harus dilengkapi dalam proses klaim, ialah sebagai berikut: rekapitulasi pelayanan dan berkas pendukung pasien yang terdiri dari Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis/laporan status pasien/keterangan diagnosa dari dokter yang merawat, bukti pembayaran lainnya, misalnya: protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat), perincian tagihan rumah sakit (manual atau automatic billing) dan berkas pendukung lain yang diperlukan (BPJS, 2014).

1.2 Tujuan Penelitian

1.2.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi gambaran proses pending klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit TNI AU Soemitro Surabaya

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi prosedur klaim BPJS Kesehatan
2. Mengidentifikasi proses pending klaim BPJS Kesehatan