

MEKANISME KLAIM KESEHATAN TERHADAP PENGGUNA BPJS KESEHATAN DI TINJAU DARI PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN NOMOR 3 TAHUN 2017

Bina Era Dany ^{*1}, Azhari AR ², Gema Rahmadani ³

^{*1,2,3} Fakultas Hukum, Universitas Islam Sumatera Utara, Jl. Sisingamangaraja Teladan, Kelurahan Teladan Barat, Kecamatan Medan Kota, Medan – Sumatera Utara

Email : ^{*1} binaeradany1234@gmail.com

Artikel Info

Artikel Historis :

Terima 21 Desember 2021
Terima dan di revisi 23
Desember 2021
Disetujui 24 Desember
2021

Kata Kunci : *Mekanisme
Klaim, BPJS Kesehatan,
Pengguna*

Abstrak

Kehadiran BPJS Kesehatan memiliki peran sentral dalam mewujudkan sistem jaminan sosial nasional bidang kesehatan. Hal ini mengingat BPJS Kesehatan, secara mendasar melakukan pembenahan terhadap sistem pembiayaan kesehatan yang saat ini masih didominasi oleh *out of pocket payment*, mengarah kepada sistem pembiayaan yang lebih tertata berdasarkan asuransi kesehatan sosial, serta memberi keringanan bagi masyarakat khususnya masyarakat menengah kebawah yang membutuhkan fasilitas lengkap yang dapat digunakan di Rumah Sakit manapun, walaupun harus mengikuti beberapa prosedur, yang sudah ditetapkan dalam Panduan Praktis Administrasi Klaim Faskes BPJS Kesehatan maupun Undang-Undang, Peraturan Pemerintah dan Keputusan Menteri. Sehingga tidak ada lagi pandangan tidak baik dalam mekanisme klaim BPJS Kesehatan baik Perusahaan dengan peserta, peserta dengan Rumah Sakit Atau Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan. Diharapkan Rumah sakit mengadakan sosialisasi kepada petugas terkait proses persyaratan klaim BPJS di Rumah Sakit sehingga sistem pengelolah integrative dari semua unsur dalam organisasi baik pelaksana maupun perangkat pendukung dari tahapan perencanaan pengorganisasian pengkoordinasian, pengontrolan, sehingga pelaksanaannya dapat sistematis, efisien dan produktif

Keywords: Claim

*Mechanism, BPJS Health,
Users*

Abstract

The presence of BPJS Kesehatan has a central role in realizing the national social security system in the health sector. This is because BPJS Kesehatan has fundamentally made improvements to the health financing system, which is currently still dominated by out-of-pocket payments, leading to a more organized financing system based on social health insurance, as well as providing relief for the community, especially the lower middle class who need complete facilities. which can be used in any hospital, even though they must follow several procedures, which have been set out in the Practical Guide to the Administration of BPJS Health Healthcare Claims as well as Laws, Government Regulations and Ministerial Decrees. So that there are no more bad views in the BPJS Health claim mechanism, both companies and participants, participants with hospitals or hospitals with BPJS Health. It is hoped that the



hospital will hold socialization to officers related to the BPJS claim requirements process at the Hospital so that the integrative management system of all elements in the organization, both implementing and supporting devices from the planning stages of organizing, coordinating, controlling, so that its implementation can be systematic, efficient and productive.

PENDAHULUAN

Jaminan pemeliharaan kesehatan di Indonesia sebenarnya sudah ada sejak zaman kolonial Belanda. Dan setelah kemerdekaan, pada tahun 1949, setelah pengakuan kedaulatan oleh Pemerintah Belanda, upaya untuk menjamin kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, khususnya pegawai negeri sipil beserta keluarga, tetap dilanjutkan. Prof. G.A. Siwabessy, selaku Menteri Kesehatan yang menjabat pada saat itu, mengajukan sebuah gagasan untuk perlu segera menyelenggarakan program asuransi kesehatan semesta (universal health insurance) yang saat itu mulai diterapkan di banyak negara maju dan tengah berkembang pesat [1]. Pada saat itu kepesertaannya baru mencakup pegawai negeri sipil beserta anggota keluarganya saja. Namun Siwabessy yakin suatu hari nanti, klimaks dari pembangunan derajat kesehatan masyarakat Indonesia akan tercapai melalui suatu sistem yang dapat menjamin kesehatan seluruh warga bangsa ini. Pada 1968, pemerintah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 1968 dengan membentuk Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) yang mengatur pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negara dan penerima pensiun beserta keluarganya. Selang beberapa waktu kemudian, Pemerintah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 dan 23 Tahun 1984. BPDPK pun berubah status dari sebuah badan di lingkungan Departemen Kesehatan menjadi BUMN, yaitu PERUM HUSADA BHAKTI (PHB), yang melayani jaminan kesehatan bagi PNS, pensiunan PNS, veteran, perintis kemerdekaan, dan anggota keluarganya. Pada tahun 1992, PHB berubah status menjadi PT Askes (Persero) melalui Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992. PT Askes (Persero) mulai menjangkau karyawan BUMN melalui program Askes Komersial. Pada Januari 2005, PT Askes (Persero) dipercaya pemerintah untuk melaksanakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (PJKMM) yang selanjutnya

dikenal menjadi program Askeskin dengan sasaran peserta masyarakat miskin dan tidak mampu sebanyak 60 juta jiwa yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Pusat.

METODE PENELITIAN

Spesifikasi penelitian ini bersifat deskriptif, yaitu “penelitian yang bertujuan untuk mendeteksikan secara sistematis, faktual dan akurat terhadap suatu populasi atau daerah tertentu mengenai sifat-sifat, karakteristikkarakteristik atau faktor-faktor tertentu”.²¹ Dalam hal ini penelitian deskriptif yaitu dengan menggambarkan keadaan atau suatu fenomena yang berhubungan dengan Mekanisme Klaim Bpjs Kesehatan Terhadap Pengguna Bpjs Kesehatan Di Tinjau Dari Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Penelitian deskriptif ini dimulai dengan pengumpulan data yang berhubungan dengan pembahasan di atas, lalu menyusun, mengklasifikasikan dan menganalisisnya kemudian menginterpretasikan data, sehingga diperoleh gambaran yang jelas fenomena yang diteliti. Metode pendekatan yang dipergunakan adalah dengan pendekatan yuridis normatif yaitu penelitian yang dilakukan dengan cara meneliti bahan pustaka yang merupakan data sekunder.

HASIL DAN PEMBAHASAN

BPJS kesehatan (badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan) merupakan Badan Hukum Publik yang bertanggung jawab langsung kepada presiden dan memiliki tugas untuk menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri SIPIL, penerima 67 ouble 67 PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan badan usaha lainnya ataupun

rakyat biasa. Pada awal implementasi BPJS kesehatan sempat membuat permasalahan dan kebingungan tersendiri di lapangan khususnya terkait dengan karyawan perusahaan yang saat ini sudah terbiasa mendapatkan layanan asuransi swasta namun tetap harus mendaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan karena sifat jaminan 67 ouble ini sudah wajib bagi semua warga 67 ouble. Bagi perusahaan, aturan wajib ini membuat pihak perusahaan mendapatkan beban ganda harus Membayar Polis BPJS Kesehatan dan juga polis asuransi swasta yang saat ini sudah ada. Permasalahan lain, klaim BPJS Kesehatan ternyata bertingkat mulai dari pengobatan di faskes (fasilitas kesehatan) tingkat pertama dan seterusnya (klaim berjenjang). Pelayanan Kesehatan peserta BPJS yang tercantum dalam Permenkes No.71 Tahun 2013, Peraturan BPJS Kesehatan No.1 Tahun 2014 (gambar 2.9) adalah sebagai berikut:

1. Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan kesehatan perorangan, meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan obat, bahan medis habis pakai sesuai dengan indikasi medis yang diperlukan.
2. Pelayanan kesehatan dilaksanakan berjenjang sesuai kebutuhan medis mulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama, pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan meliputi pelayanan pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap, persalinan sampai anak ketiga di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun tingkat lanjutan, ambulan untuk pasien rujukan.
3. Pelayanan gawat darurat dapat diperoleh sesuai dengan kriteria kegawatdaruratan di setiap fasilitas kesehatan.
4. Penjaminan bayi baru lahir untuk PBI otomatis dijamin BPJS, untuk peserta pekerja penerima upah sampai anak ke 3 dijamin BPJS, selain itu bayi baru lahir dijamin hingga hari ke7, kemudian harus segera didaftarkan sebagai peserta bila tidak hari ke8 tidak dijamin BPJS.

Masalah yang terbesar dan rumit dari resume medis yang tidak lengkap adalah tidak ada tanda tangan DPJP di resume medis. Sesuai peraturan BPJS, menteri kesehatan bahwa resume medis harus ada tanda tangan spesialis [2] Penerapan resume medis elektronik dimulai Oktober 2015 membuat penyelesaian resume medis lama. Penyelesaian resume medis

dikerjakan setelah pelayanan medis selesai sehingga tanda tangan DPJP dimintakan besok hari atau kalau DPJP kembali keruangan bila ada pasiennya. Dalam mempercepat penyelesaian resume medis terutama tanda tangan, perawat ikut membantu dalam pengumpulan berkas sehingga case manager dapat konsentrasi dalam memasukan data satu persatu kedalam resume medis elektronik. Case manager dan perawat bersama-sama menyelesaikan resume medis dan melengkapi rekam medis sehingga dapat terkumpul di unit rekam medis maksimal 2x24 jam sesuai SOP yang ada dirumah sakit. Dibeberapa ruangan rawat inap, rekam medis dikumpulkan setelah DPJP tanda tanda diresume medis dan kadang-kadang lebih dari pada 2x24 jam. Ini dikarenakan spesialis tersebut tidak mempunyai pasien lagi diruangan tersebut.[3]

KESIMPULAN

Kehadiran BPJS Kesehatan memiliki peran sentral dalam mewujudkan sistem jaminan sosial nasional bidang kesehatan. Hal ini mengingat BPJS Kesehatan, secara mendasar melakukan pembenahan terhadap sistem pembiayaan kesehatan yang saat ini masih didominasi oleh *out of pocket payment*, mengarah kepada sistem pembiayaan yang lebih tertata berbasis asuransi kesehatan sosial, serta memberi keringanan bagi masyarakat khususnya masyarakat menengah kebawah yang membutuhkan fasilitas lengkap yang dapat digunakan di Rumah Sakit manapun, walaupun harus mengikuti beberapa prosedur, yang sudah ditetapkan dalam Panduan Praktis Administrasi Klaim Faskes BPJS Kesehatan maupun Undang-Undang, Peraturan Pemerintah dan Keputusan Menteri. Sehingga tidak ada lagi pandangan tidak baik dalam mekanisme klaim BPJS Kesehatan baik Perusahaan dengan peserta, peserta dengan Rumah Sakit Atau Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan

DAFTAR PUSTAKA

- [1]. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2013/4>
- [2]. Darmawi, H., 2004, Manajemen Asuransi (Pertamaed.). Jakarta: PT. Bumi Aksara. Depkes. ,2006,



- Pedoman Penyelenggaraan dan
Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di
Indonesia
- [3]. Boedihartono, H., 1991. Petunjuk
Teknis Penyelenggaraan Rekam
Medik/Medical Record Rumah Sakit.
Jakarta: Depkes Direktorat Jendral
Pelayanan Medik