

ABSTRAK

Salah satu kebutuhan fundamental masyarakat ialah kesehatan sebagai hak bagi setiap individu dalam masyarakat, dan perlindungannya dijamin secara hukum oleh Undang-Undang Dasar. Kesehatan dipandang oleh setiap negara sebagai modal terbesar untuk mencapai kesejahteraan, khususnya yang miskin dan tidak mampu, adalah tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah. Pembiayaan kesehatan sangat berpengaruh penting dalam meningkatkan kesejahteraan dalam kesehatan. BPJS merupakan salah satu perusahaan yang melajani perasuransian baik dalam asuransi kesehatan, asuransi ketenagakerjaan dan asuransi jaminan hari tua. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui mekanisme penyelesaian sengketa asuransi kesehatan oleh BPJS berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Serta untuk mengetahui hambatan dan solusi dalam penyelesaian klaim asuransi kesehatan tersebut.

Penelitian ini menggunakan metode penelitian yuridis normatif. Spesifikasi penelitian adalah deskriptif analitik. Jenis dan sumber data yaitu data sekunder yang terdiri dari bahan hukum primer, sekunder dan tersier.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mekanisme klaim BPJS sesuai Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) melibatkan pendaftaran peserta, pembayaran iuran, dan pengajuan klaim untuk manfaat sesuai program Jaminan Sosial yang diikuti. Proses klaim bervariasi tergantung program (Kesehatan atau Ketenagakerjaan) dan jenis manfaat yang di klaim. Setiap orang, termasuk Pemberi Kerja dan Pekerja, wajib mendaftarkan diri sebagai peserta BPJS sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti. Peserta wajib membayar iuran bulanan sesuai dengan jenis program dan golongan peserta. Proses klaim untuk pelayanan kesehatan, seperti rawat jalan, rawat inap, obat-obatan, dll. dilakukan melalui fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS. Klaim dapat meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, obat-obatan, operasi, alat kesehatan, dan layanan medis lainnya. Hambatan dalam penyelesaian klaim asuransi kesehatan, terutama yang diajukan ke BPJS, seringkali disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk ketidaklengkapan berkas, kesalahan pengkodean, kurangnya dokumentasi, dan kurangnya koordinasi antara rumah sakit dan BPJS. Langkah-langkah untuk mengurangi hambatan yaitu meningkatkan kualitas dan kelengkapan dokumentasi medis, termasuk pengkodean medis yang akurat. Perbaikan sistem dokumentasi, termasuk pengkodean medis yang akurat, bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan kelengkapan dokumentasi medis, sehingga menghasilkan catatan medis yang lebih akurat dan lengkap. Hal ini penting untuk mendukung pengambilan keputusan klinis, pemrosesan klaim yang lebih efisien, dan juga pemantauan kualitas layanan kesehatan.

Kata Kunci : Penyelesaian Sengketa dan BPJS