

ANALISIS SISTEM KLAIM BPJS KESEHATAN DI KLINIK AL FATIH WATAMPONE

Andi Nahda Niar Jemma
E-mail : nahdaniarjemma@gmail.com
Universitas Andi Sudirman

Abstract

The implementation of the BPJS Health claim process has been carried out well. The claim process is an administrative process that must be carried out properly, the process that is the reference in the claim is from the issuance of the SEP to the patient service process. The participant administration procedure factor, medical resume factor, diagnosis codification factor and action codification factor are still obstacles so that the claim files are returned by the BPJS Health verifier. The purpose of the study was to determine the BPJS Health claim procedure at the Al Fatih Clinic. Literature research or literature study and quantitative approach. This study uses online-based journals. Such as in terms of participant administration procedures, medical resume factors, diagnosis codification factors and action codification factors. The factor that caused the BPJS Health claim file to be returned was the absence of a Standard Operating Procedure (SOP) that regulates patient registration regarding the collection of BPJS patient registration requirement files. The author's authentication component and good recording audit that are not yet appropriate because there is no signature from medical personnel and there are still blank sections. And the writing of the diagnosis is not specific so that the coding is not accurate and the coder relies on memorization without referring to ICD-10 or only looks at ICD-10 volume 3 without referring to volume 1

Keywords: BPJS Kesehatan, Claims, Literature, Procedures

Abstrak

Pelaksanaan proses pengklaiman BPJS Kesehatan sudah terlaksana dengan baik. Proses pengklaiman merupakan proses administrasi yang harus dilaksanakan dengan baik, proses yang menjadi acuan dalam pengklaiman adalah mulai dari penerbitan SEP sampai pada proses pelayanan pasien. Faktor prosedur administrasi kepesertaan, faktor resume medis, faktor kodefikasi diagnosis dan faktor kodefikasi tindakan masih menjadi kendala sehingga berkas klaim dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan. Tujuan penelitian untuk mengetahui prosedur klaim BPJS Kesehatan di Klinik Al Fatih. Penelitian kepustakaan atau studi literatur dan pendekatan kuantitatif. Penelitian ini menggunakan jurnal berbasis online. Seperti dalam hal prosedur administrasi kepesertaan, faktor resume medis, faktor kodefikasi diagnosis dan faktor kodefikasi tindakan. Faktor yang menyebabkan berkas klaim BPJS kesehatan dikembalikan yaitu tidak adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) yang mengatur pendaftaran pasien mengenai pengumpulan berkas-berkas persyaratan pendaftaran pasien BPJS. Komponen autentikasi penulis dan audit pencatatan yang baik yang belum sesuai karena tidak ada tanda tangan tenaga medis dan masih adanya bagian yang kosong. Serta penulisan diagnosis tidak spesifik sehingga kodefikasi tidak akurat dan koder

mengandalkan hafalan tidak merujuk pada ICD-10 atau hanya melihat ICD-10 volume 3 saja tanpa merujuk pada volume 1

Kata kunci: BPJS Kesehatan, Klaim, Litertur, Prosedur

PENDAHULUAN

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Melalui penerapan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, pemerintah mengharapkan tidak akan ada lagi penduduk Indonesia, khususnya masyarakat kurang mampu, yang tidak berobat ke fasilitas kesehatan karena tidak memiliki biaya.

Metode pembayaran yang digunakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan saat ini adalah dengan metode pembayaran prospektif yaitu Casemix atau menggunakan sistem Indonesia Case Base Group's (INA- CBG's). Sistem pembayaran INA-CBG's menggunakan klaim yang nantinya akan mendapat penggantian biaya dari BPJS (Indawati, 2018).

Klaim adalah tagihan atau tuntutan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Klaim BPJS adalah tagihan atau tuntutan dari sebuah imbalan dari hasil pelayanan kesehatan dengan jumlah yang telah disepakati dalam perjanjian. Perjanjian yang dimaksud adalah perjanjian yang telah tertulis dalam kontrak kerjasama yang telah disepakati sejak awal. Klaim yang dibayarkan sesuai dengan paket tarif INA- CBG's yang telah ditentukan oleh Kemenkes (Artanto EP, 2018).

Berdasarkan penelitian (Megawati & Pratiwi, 2016) menyebutkan bahwa faktor-faktor pengembalian berkas klaim yaitu administrasi BPJS terkait berkas pengajuan klaim asuransi BPJS. Sehingga pihak verifikator BPJS terlebih dahulu harus mengembalikan berkas persyaratan klaim ke petugas verifikator yang berada di perkebunan socfindo yang merawat pasien untuk memintakan kelengkapan pengisian dokumen persyaratan tersebut. Lalu, hasil penelitian (Artanto EP, 2018) terdapat sekitar 10-15% klaim yang tertunda pembayarannya. Salah satu penyebab terbanyak adalah tidak adanya tanda tangan dokter penanggung jawab pasien pada lembar resume medis.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui prosedur klaim BPJS Kesehatan di Klinik Utama. Kesehatan merupakan salah satu bagian terpenting dari sebagian hak asasi manusia (HAM), setiap orang berhak atas taraf kehidupan yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya sendiri dan keluarganya yang telah disebutkan dalam Deklarasi Hak Asasi Manusia Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) pada tanggal 10 November 1994. Oleh karena itu, sesuai dengan norma HAM, negara mempunyai kewajiban untuk menghormati, melindungi, dan membantu hak-hak asasi kesehatan tersebut. Seluruh lapisan masyarakat Indonesia mempunyai hak hidup sejahtera lahir dan batin, mempunyai tempat tinggal dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Karena itu, perbaikan pelayan kesehatan pada dasarnya merupakan suatu investasi sumber daya manusia untuk mencapai masyarakat yang sejahtera. Di Negara berkembang seperti Indonesia, untuk dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat maka diperlukan adanya peran pemerintah melalui layanan publik untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar rakyatnya salah satunya adalah kesehatan.

BPJS Kesehatan yaitu Badan Usaha Milik Negara yang telah menjelma Badan Hukum Publik secara khusus diberikan kepada otoritas publik untuk memberikan perlindungan kesehatan kepada setiap individu Indonesia. Program ini melayani berbagai tingkat masyarakat. Kesejahteraan BPJS diharapkan dapat memberikan jaminan agar semua lapisan masyarakat mendapatkan jaminan kesejahteraan yang setara.

Klinik Utama yaitu Klinik yang dapat memberikan pelayanan spesialis atau pelayanan yang diberikan oleh Dokter Spesialis. Klinik Al Fatih sudah bekerjasama dengan BPJS sejak Tahun 2022, Klinik Al Fatih hanya melayani pasien yang berobat pada Dokter Spesialis Mata dan juga Dokter Umum (Pelayanan UGD). Namun, sampai saat ini proses pengklaiman masih saja seringkali menghadapi kendala. Untuk itulah penelitian ini dilaksanakan, karena kita ingin mengetahui bagaimana cara atau proses pengklaiman dapat terlaksana dengan baik dan tidak mengalami kendala.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kepustakaan atau studi literatur dengan pendekatan kualitatif. Kata kunci pencarian yaitu “Prosedur administrasi kepesertaan klaim BPJS”, “Resume medis klaim BPJS”, “Kodefikasi diagnosis klaim BPJS” dan “Kodefikasi tindakan klaim BPJS” dengan database pencarian google scholar dan Garuda. Melalui penelitian ini, data primer yang dikumpulkan dilakukan melalui wawancara mendalam antara peneliti dan informan yang menggunakan pendekatan tatap muka. Peneliti mendatangi lokasi penelitian guna pengumpulan data dalam sejumlah format, antara lain rekaman audio wawancara dan foto aktivitas lapangan. Data sekunder adalah “informasi yang diterima dari data primer yang dibutuhkan sebagai pelengkap informasi yang dihasilkan dari data sekunder dalam penelitian” (Moleng dalam Iofand 2006, 157). Informasi opsional mengacu pada data dari buku dan referensi berbeda yang terkait dengan Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Mengakses Layanan Masyarakat.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Klinik Al Fatih merupakan sebuah Klinik Utama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sejak Tahun 2022. Klinik Al Fatih memiliki layanan unggulan dalam memberikan layanan kesehatan khusus mata.

Klinik Al Fatih memiliki 5 (Tiga) Dokter Spesialis dan 1 (Satu) Dokter Umum, dan 10 Karyawan lainnya, yang mana terdiri dari Perawat, Bidan, Apoteker dan juga *Security* serta *cleaning service*.

2. Analisis Sistem Klaim BPJS Kesehatan di Klinik Al Fatih

Berdasarkan hasil penelitian, yang membahas mengenai prosedur administrasi kepesertaan klaim BPJS Kesehatan, yang menjadi penyebab pengembalian berkas klaim yaitu Klinik Al Fatih belum memiliki regulasi/prosedur (SOP) yang mengatur pendaftaran pasien BPJS yaitu prosedur mengenai pengumpulan berkas persyaratan pendaftaran pasien BPJS, SEP, KTP (maupun rujukan poli bila kasus bukan gawat

darurat) terdapat pada penelitian (Kurniawati et al., 2020), (Irmawati et al., 2018) dan (Susan et al., 2016).

Prosedur administrasi kepesertaan klaim BPJS Kesehatan di Klinik Al Fatih yaitu membahasa mengenai berkas-berkas yang harus disediakan untuk melakukan pendaftaran administrasi yaitu KTP/KK, surat rujukan dan kartu peserta, berkas tersebut bertujuan untuk penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang merupakan salah satu syarat untuk verifikasi berkas klaim. Hal ini dikarenakan, kesesuaian administrasi kepesertaan berkas klaim dilaksanakan dengan melihat sesuai atau tidak sesuai data SEP dengan data yang diinputkan dalam aplikasi INA-CBG's pada lembar individual pasien dengan data berkas pendukung klaim.

Hal tersebut sejalan dengan prosedur rawat jalan dan rawat inap menurut BPJS Kesehatan 2014 mengenai kesesuaian kepesertaan data dimulai dari petugas registrasi/ pendaftaran Klinik Al Fatih melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan input data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP. Prosedur tersebut akan memudahkan dalam verifikasi administrasi kepesertaan mengenai meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA-CBG's.

Berdasarkan hasil penelitian, yang menjadi penyebab pengembalian berkas klaim yaitu Klinik Al Fatih belum memiliki regulasi/prosedur (SOP) yang mengatur pendaftaran pasien BPJS yaitu prosedur mengenai pengumpulan berkas persyaratan pendaftaran pasien BPJS (SEP, KTP maupun rujukan poli bila kasus bukan gawat darurat) terdapat pada penelitian (Susan et al., 2016) di RSUD Kota Semarang, (Irmawati et al., 2018) di RSUD R.A Kartini Jepara dan (Kurniawati et al., 2020) di Rumah sakit X yang berlokasi di Malang.

Faktor Resume Medis dalam Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Klinik Al Fatih. Berdasarkan pembahasan mengenai faktor resume medis dalam prosedur klaim BPJS Kesehatan yang menjadi penyebab dikembalikan verifikator BPJS yaitu seperti menurut (Nurdiyanti et al., 2017) masih ditemukan ketidaklengkapan resume medis pasien yang disebabkan oleh beberapa faktor yaitu penulisan diagnosa kurang spesifik atau tulisan dokter terkadang susah dibaca dan tidak menuliskan nama dokter dan tanda tangan dokter penanggungjawab pasien.

Faktor resume medis dalam prosedur klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit dari 8 jurnal yang dianalisis yaitu penelitian (Lewiani et al., 2017), (Kurniawati et al., 2020), (Nurdiyanti et al., 2017), (Apriyanti, 2016), (Dzakiy et al., 2020), (Habib et al., 2018), (Pardede, 2020) dan (Ariyanti & Gifari, 2019) membahas mengenai kelengkapan resume medis dinilai dari empat komponen yaitu identifikasi pasien, laporan penting, autentifikasi penulisan dan catatan yang baik.

Hal ini dikarenakan resume medis yang tercantum identitas pasien, nomor rekam medis, tanggal pelayanan, diagnosa dan prosedur/tindakan medis yang diberikan kepada pasien serta tanda tangan dokter dan nama jelas dokter, menjadi persyaratan kelengkapan berkas yang dibutuhkan untuk pengajuan klaim BPJS. Menurut (Widjaya, 2018) kelengkapan resume medis dinilai 4 komponen analisis kualitatif pada rekam medis yaitu melakukan audit komponen identifikasi pasien pada lembaran resume

medis (nomor RM, nama pasien, tanggal lahir/umur, jenis kelamin), melakukan audit komponen pelaporan/ pencatatan yang penting (riwayat saat masuk, kondisi selama dirawat, keterangan saat akan pulang), melakukan audit komponen autentikasi penulis (nama dan tanda tangan) dan audit pencatatan yang baik (tidak ada coretan, tidak ada tipp-ex, tidak ada bagian yang kosong).

Berdasarkan hasil penelitian yang menjadi penyebab resume medis dikembalikan verifikator BPJS yaitu pada komponen autentikasi penulis dengan tidak ada tanda tangan tenaga medis seperti dalam penelitian (Lewiani et al., 2017) di Rumah Sakit Dr. R. Ismoyo Kota Kendari, (Nurdiyanti et al., 2017) di RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara dan (Ariyanti & Gifari, 2019) di RSUD Tangerang Selatan. Faktor penyebab dikembalikan lainnya yaitu pada komponen pencatatan yang baik dengan masih adanya bagian yang kosong, seperti dalam penelitian (Kurniawati et al., 2020), (Nurdiyanti et al., 2017), (Apriyanti, 2016), (Dzakiy et al., 2020), (Habib et al., 2018) dan (Pardede, 2020). Faktor Kodefikasi Diagnosis dalam Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Klinik Al Fatih.

Faktor kodefikasi diagnosis dalam prosedur klaim BPJS kesehatan di rumah sakit dari 5 jurnal penelitian yang dianalisis yaitu (Pardede, 2020), Ningtyas, N.K dkk (2019), (Sukawan & Meilany, 2020), (Trisetyawan & Eryani, 2018) dan (Irmawati et al., 2019) yaitu mengenai keakuratan kodefikasi diagnosis. Hal ini dikarenakan keakuratan kode diagnosa sangat mempengaruhi kualitas pembayaran biaya kesehatan dengan sistem case-mix, faktor kodefikasi sangat menentukan, dimana yang digunakan untuk menentukan tarif adalah dengan pedoman ICD-10 untuk menentukan diagnosa. Hal tersebut sejalan dengan teori BPJS (2014) verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosa pada tagihan dengan kode ICD-10. Penulisan diagnosa harus lengkap dan spesifik, apabila terjadi kesalahan penulisan diagnosa akan mempengaruhi tarif.

Berdasarkan teori Hatta (2014) keakuratan dalam pemberian kode diagnosa merupakan hal yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis/koder, ketepatan data diagnosa sangat penting dibidang manajemen data klinis dan dalam hal penagihan biaya kepada pihak BPJS Kesehatan beserta hal- hal lain yang berkaitan dalam asuhan dan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian, yang menjadi faktor penyebab ketidakakuratan kode yaitu penulisan diagnosis tidak spesifik sehingga kodefikasi tidak lengkap seperti dalam penelitian (Ningtyas et al., 2019) di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten , (Sukawan & Meilany, 2020) pada penyakit diabetes mellitus tipe II di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar Sulawesi Selatan, serta penelitian (Trisetyawan & Eryani, 2018) pada diagnosis dyspepsia di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu. Selain faktor tersebut, yang menyebabkan kode diagnosis tidak akurat yaitu koder mengandalkan hafalan tidak merujuk pada ICD- 10 atau hanya melihat ICD-10 volume 3 saja tanpa merujuk pada volume 1, yaitu pada penelitian (Pardede, 2020) dan (Trisetyawan & Eryani, 2018). Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengembalian berkas dengan alasan revisi penempatan diagnosis berjumlah 1.190 berkas atau 21,9% dari seluruh berkas klaim pending. Hal ini terjadi karena koder hanya melakukan koding sesuai diagnosis yang tertulis pada resume medis. Koder tidak diperbolehkan untuk mengubah diagnosis primer dan sekunder di resume medis. Setelah diteliti lebih lanjut, kesalahan ini bersumber dari kurangnya pemahaman DPJP terkait penempatan diagnosis primer dan sekunder.

Penyelesaian klaim pending terkait hal ini dilakukan dengan menghubungi DPJP dan menanyakan kembali diagnosis yang menggunakan sumber daya terbesar atau penyebab pasien dirawat. Permasalahan ini dapat dicegah dengan melakukan sosialisasi ulang ke DPJP tentang aturan penulisan diagnosis serta aturan kelengkapan pengisian resume medis agar tidak ada lagi klaim pending karena ketidaksinambungan antara diagnosis dan anamnesis, pemeriksaan fisik, tindakan, dan terapi.

KESIMPULAN

1. Klinik Al Fatih sudah optimal dalam melaksanakan proses pengklaiman, namun di perlukan SOP untuk mengatur semuanya agar segala sesuatunya berjalan sebagaimana mestinya
2. Untuk Pelayanan Rawat Jalan sudah baik, sehingga agar sekiranya terus dipertahankan atau ditingkatkan.

DAFTAR PUSTAKA

Aminah, Siti. Analisis Sistem Klaim Bpjs Kesehatan Pada Perkebunan Socfindo Aek Pamienke. Fakultas Ekonomi Dan Bisnis Islam Negeri Sumatera Utara