

ABSTRAK

MODEL VERIFIKASI KLAIM BPJS PASIEN RAWAT INAP DI RS PKU MUHAMMADIYAH GAMPING

Dino Avinsa Anggara Putra¹, Mahendro Prasetyo Kusumo²

Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit

Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Yogyakarta, Republik Indonesia

E-mail : dinoavinsaanggaraputra@yahoo.com

Pada tanggal 1 Januari 2014, pemerintah mulai mengoperasikan program jaminan kesehatan yang dinamakan dengan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial).. Salah satu masalah yang sering ditemui di rumah sakit adalah ketidaksesuaian pendapatan hasil klaim rumah sakit terhadap pembayaran dari BPJS yang cenderung membuat keuntungan rumah sakit menjadi berkurang. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping masih menemui masalah tersebut selama beberapa bulan akhir ini, sehingga hasil penelitian ini dapat dijadikan pertimbangan sebagai alur model verifikasi klaim BPJS pasien rawat inap yang baik. Penelitian ini menggunakan metode pendekatan kualitatif dengan wawancara. Responden penelitian ini hanya yang berhubungan dengan klaim BPJS pasien rawat inap. Hasil pada penelitian ini ialah tingkat permasalahan tertinggi pada aspek DPJP tidak lengkap mengisi rekam medis. Kedua pada aspek Verifikator BPJS rumah sakit tidak selalu di tempat. Ketiga, kurangnya persamaan persepsi antara verifikator BPJS dengan rumah sakit. Keempat, tarif yang didapatkan rumah sakit lebih kecil dibandingkan tarif klaim yang diajukan. Kelima, Coding atau Grouping diagnosis Ina-CBG's yang tidak sesuai. Kesimpulan pada penelitian ini adalah pelaksanaan verifikasi klaim BPJS oleh verifikator dan rumah sakit di RS PKU Muhammadiyah Gamping belum berjalan dengan baik. Penyebab ketidaksesuaian klaim BPJS di RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah coding atau grouping diagnosis ke sistem INA-CBG's yang belum sesuai.

Kata Kunci : Klaim BPJS, Coding-Grouping INA-CBG's, Verifikasi klaim

I. PENDAHULUAN

Pemerintah mulai mengoperasikan program jaminan kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014 yang dinamakan dengan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial)¹. Penerapan sistem tersebut menuntut seluruh rumah sakit mengikuti program tersebut dengan mengikuti formulir klaim yang pemerintah sudah tentukan^{1,2}. Salah satu masalah yang sering ditemui di rumah sakit adalah ketidaksesuaian pendapatan hasil klaim rumah sakit terhadap pembayaran dari BPJS yang cenderung membuat keuntungan rumah sakit menjadi berkurang. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping masih menemui masalah tersebut selama beberapa bulan akhir ini, sehingga hasil penelitian ini dapat dijadikan pertimbangan sebagai alur model verifikasi klaim BPJS pasien rawat inap yang baik.

Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui dan menganalisis kelengkapan berkas klaim BPJS, pelaksanaan verifikasi klaim BPJS, serta penyebab ketidaksesuaian pelaksanaan klaim BPJS di RS PKU Muhammadiyah Gamping

II. Metode Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif yang dilakukan untuk mengetahui fenomena tentang apa yang dialami oleh subyek penelitian³. Rancangan penelitian ini adalah study kasus menggunakan pendekatan wawancara mendalam secara terbuka (*in deep interview*)⁴.

Subyek penelitian ini adalah dokter spesialis, dokter umum, perawat, tim BPJS RS, Petugas RM dan Petugas BPJS di PKU Muhammadiyah Gamping. Sedangkan Obyek penelitian ini adalah Rekam Medis. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping pada tahun 2016 bulan Januari sampai bulan April.

Teknik pengumpulan data responden pada penelitian ini menggunakan wawancara mendalam, studi dokumentasi dan observasi

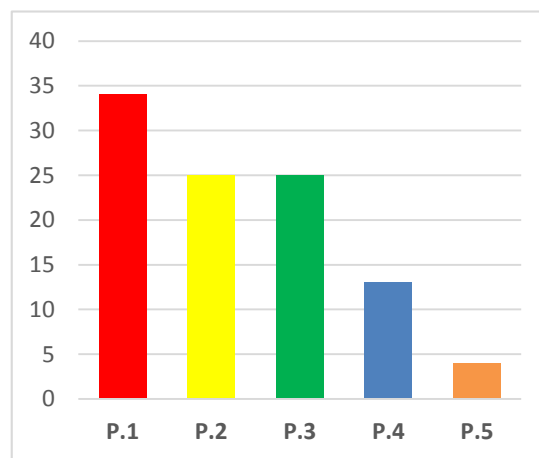
partisipatif. Sebagai kriteria inklusi pada penelitian ini adalah rekam medis pasien BPJS bulan Januari-September 2015, dokter penanggung jawab pasien, perawat, kepala bangsal, kepala bagian rekam medis, verifikator BPJS di rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping. Sedangkan kriteria eksklusinya adalah rekam medis yang rusak, dokter atau responden yang tidak ingin dilakukan wawancara. Penelitian ini menggunakan teknik analisis data yang bersifat kualitatif³, yaitu data yang diperoleh dari hasil wawancara, FGD, observasi dan dokumentasi serta dikumpulkan dan dikelompokkan berdasarkan indikator-indikator yang ada, serta berdasarkan fakta-fakta yang ada dan juga pada pemikiran-pemikiran yang kritis untuk memperoleh hasil yang berbobot^{3,4}. Maka dari itu dalam melakukan analisis data, digunakan teknik deskriptif analisis.

III. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tingkatan permasalahan klaim di RS PKU Muhammadiyah Gamping tertinggi didapatkan pada aspek dokter penanggung jawab pasien tidak lengkap dalam hal mengisi rekam medis.

Aspek berikutnya ialah verifikator BPJS rumah sakit tidak selalu ditempat. Dalam hal ini bahwa verifikator rumah sakit sebagai mediator antara rumah sakit dengan verifikator pusat, jikalau mediator tersebut tidak ada, maka akses untuk pengurusan klaim menjadi terhalang. Aspek selanjutnya ialah kurangnya persamaan persepsi antar verifikator BPJS. Bisa kita pahami bahwa yang berada di lapangan ialah seorang tim medis yaitu dokter penanggung jawab pasien, dalam hal ini terkadang verifikator tidak memahami kondisi nyata di lapangan, sehingga bisa mengakibatkan perbedaan dalam hal klaim yang didapatkan, sementara verifikator hanya mengikuti formularium yang sudah dimiliki. Selain ketiga aspek diatas, terdapat aspek lainnya yang juga berpengaruh, yaitu tarif yang didapatkan rumah sakit lebih kecil dibandingkan tarif yang diajukan rumah sakit kepada pihak BPJS. Hal ini sangat erat sekali hubungannya dengan masalah *coding* atau *grouping* diagnosisnya, karena jikalau *coding* atau *grouping* yang dimasukkan tidak sesuai, maka klaim yang didapatkan bisa sangat kecil. Hal tersebut bisa berpengaruh pada hasil

klaim yang didapatkan oleh sebuah rumah sakit khususnya RS PKU Muhammadiyah Gamping.



Gambar 1. Tingkatan permasalahan klaim BPJS di RS PKU Muhammadiyah Gamping

Tabel 1. Analisis tingkatan permasalahan klaim BPJS di RS PKU Muhammadiyah Gamping

(Sumber : Hasil pengolahan data)

Dalam pembahasan ini, model alur berkas yang diterima oleh pihak rumah sakit yang menangani pasien rawat inap dengan menggunakan program BPJS ialah Pertama, pasien yang rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Gamping ini berkasnya diterima oleh pihak verifikasi ruangan untuk diperiksa. Kemudian setelah di verifikasi ruangan selesai berkas tersebut akan dikirim ke verifikasi klaim untuk pendataan biaya yang harus ditanggung oleh pihak yang sakit pada pasien BPJS. Setelah selesai pihak verifikasi klaim akan melaporkan ke rekam medis untuk mendata penyakit yang dideritanya dengan menggunakan banyak diagnosa penyakitnya dan setelah selesai di data pihak rekam medis, berkas di kirim lagi ke pihak verifikasi klaim untuk pendataan lebih lanjut mengenai proses yang dilakukan oleh pihak sebelumnya. Jika dari pihak verifikasi klaim rumah sakit sudah menyetujui, maka data akan dikirimkan ke bagian BPJS pusat, dan selanjutnya BPJS pusat akan mengcheck data yang dikirimkan oleh

Permasalahan	Hasil
P.1 DPJP tidak lengkap mengisi rekam medis	33,33%
P.2 Verifikator BPJS rumah sakit tidak selalu ditempat	25%
P.3 Kurangnya persamaan persepsi antar verifikator BPJS	25%
P.4 Tarif yang didapatkan rumah sakit lebih kecil dibandingkan tarif klaim yang diajukan	12,67%
P.5 Coding atau Grouping diagnosis ke sistem Ina-CBG's berpengaruh pada hasil klaim yang didapatkan	4%

verifikator rumah sakit sudah sesuai atau belum, jika sudah sesuai maka dari pihak BPJS bagian keuangan akan membayarkan klaim ke rumah sakit yang mengajukan klaim khususnya RS PKU Muhammadiyah Gamping.

Terdapat empat aspek verifikasi yang harus dilengkapi untuk mendapatkan klaim^{5,6}. Diantaranya ialah verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan, verifikasi pelayanan kesehatan, dan verifikasi menggunakan software verifikasi⁵. Dari semua aspek yang ada, hanya ada satu aspek yang menjadi masalah dalam penelitian ini, yaitu

pada aspek verifikasi pelayanan kesehatan khususnya bagian pelayanan IGD di rumah sakit merupakan pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari termasuk rawat jalan. Dari 12 responden, terdapat 5 responden yang tidak setuju bahwa rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping sudah melakukan hal tersebut dan 7 responden setuju bahwa rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping sudah melakukan hal tersebut. Dalam hal ini, saya mencocokkan dengan hasil wawancara yang saya lakukan, dalam hal ini maka dari semua responden menyatakan bahwa rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping sudah melakukan pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari termasuk rawat jalan, jadi bisa dikatakan bahwa rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping sudah sesuai dengan petunjuk teknis verifikasi klaim tahun 2014.

IV. SIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil penelitian diatas, dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan verifikasi klaim BPJS oleh verifikator di RS PKU Muhammadiyah Gamping belum berjalan dengan baik, hal ini disebabkan karena

verifikator sering tidak berada di RS PKU Muhammadiyah Gamping dan kurangnya persamaan persepsi antar verifikator di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Kemudian, pelaksanaan verifikasi klaim BPJS oleh rumah sakit di RS PKU Muhammadiyah Gamping belum berjalan dengan baik, hal ini disebabkan karena tenaga medis atau dokter penanggung jawab pasien (DPJP) tidak lengkap dalam mengisi rekam medis. Simpulan terakhir ialah penyebab ketidaksesuaian klaim BPJS di RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah coding atau grouping diagnosis ke sistem INA-CBG's yang belum sesuai. Hal ini disebabkan karena kurangnya pemahaman rekam medis di RS PKU Muhammadiyah Gamping sehingga terdapat selisih antara paket INA-CBG's dengan hasil Verifikator RS PKU Muhammadiyah Gamping.

SARAN

Dari hasil penelitian diatas, dapat disarankan beberapa hal bagi RS PKU Muhammadiyah Gamping, yaitu pihak RS PKU Muhammadiyah Gamping perlu melakukan komunikasi secara cepat, tepat, dan efisien terhadap bagian BPJS Kesehatan agar masalah

ini tidak terulang kembali. Kedua, pihak manajemen perlu mendukung klinisi khususnya DPJP dalam memacu mengisi rekam medisi secara lengkap.

Saran selanjutnya ialah bagi pihak BPJS, yaitu perlu untuk menetapkan satu verifikator BPJS tetap di RS PKU Muhammadiyah Gamping untuk memudahkan dalam hal verifikasi yang berkaitan dengan lingkup rawat inap pasien di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Saran terakhir ialah bagi peneliti selanjutnya, yaitu perlu dilakukan penelitian serupa pada rumah sakit lain guna mencari permasalahan dan menemukan titik solusi dari permasalahan tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

1. Aljunid. (2014). Sistem Casemix Untuk Pemula: Konsep dan Aplikasi Untuk Negara Berkembang. Indonesia: ITCC-UKM.
2. Brown, J. L. (2002). Insurance Administrassion. Georgia: Life Office Management Association.
3. Cahyaning, T. (2015). Review Cause Any Claim Terms Incompleteness BPJS Patient In Hospital Unit Bhakti Wiratama. Semarang: RMIK UDINUS.
4. Direktur Utama BPJS. (2014). Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS. Direktorat Pelayanan.
5. Direktur Utama BPJS tentang Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan. BPJS Kesehatan.
6. Health Insurance Association of America, Group Life and Health Insurance. Washington, DC.
7. Ilyas, Y. (2006). Mengenal Asuransi Kesehatan Review Utilisasi Manajemen Klaim dan Fraud. Depok: Cetakan Kedua. FKM UI.
8. Monica, F. (2016). The Incidence Of Mandated Health Insurance : Evidence From The Affordable Care Act Dependent Care Mandate. Cambridge.
9. Nur Hidayah, L. (2015). Kualitas Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan. Surabaya: BPJS Ketenagakerjaan.
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, (2014). Penggunaan Dana Kapitasi JKN Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional.
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang pelayanan kesehatan pada jaminan kesehatan nasional.
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang standar tarif pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.
14. Peraturan Presiden No.32 Tahun 2014 tanggal 21 April 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada Fasilitas Kesehatan Tingkat

Pertama Milik Pemerintah Daerah. LEMBARAN
NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2014
NOMOR 81.

15. Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan tahun 2014
16. Ramli, R. (1999). Modul Kuliah Manajemen Klaim. Depok: Program Diploma III AKK FKM UI.
17. SK Pimpinan Pusat Muhammadiyah tahun 1998 No. 86/SK-PP/IV-B/1.c/1998 tentang Qaidah Amal Usaha Muhammadiyah di Bidang Kesehatan.
18. Sugiono. (2013). Metode Penelitian Manajemen. Bandung: Alfabeta.
19. Sutopo, H. (2006). Metode Penelitian Kualitatif. Surakarta: UNS Pres.
20. Taliana D, M. (2014). Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano. Manado: FKM UNSRAT.
21. Thabrany H. (2005). Asuransi Kesehatan Nasional. Jakarta: PMJAKI.
22. Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD) tentang Asuransi atau Pertanggungan pasal 246.
23. Undang-undang No.2 Tahun 1992 tentang Asuransi atau pertanggungan kesehatan.
24. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan
25. Undang-undang Republik Indonesia nomor 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional kesehatan.

