

**ANALISIS KETERLAMBATAN PENGAJUAN KLAIM BPJS
DI RUMAH SAKIT UNS**



**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Strata I
pada Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan**

Oleh :

EVI ALIFIA HARNANTI

J410 151 028

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

2018

HALAMAN PERSETUJUAN

**ANALISIS KETERLAMBATAN PENGAJUAN KLAIM BPJS
DI RUMAH SAKIT UNS**

PUBLIKASI ILMIAH

Oleh :

Evi Alifia Harnanti

J410151028

Telah diperiksa dan setuju untuk diuji oleh:

Dosen Pembimbing



Purwanti, S.KM., M.Kes

NIP. 196908101993112001

HALAMAN PENGESAHAN

ANALISIS KETERLAMBATAN PENGAJUAN KLAIM BPJS
DI RUMAH SAKIT UNS

OLEH

EVI ALIFIA HARNANTI

J410151028

Telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
Pada hari Sabtu, 10 November 2018
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat.

Dewan Penguji

Purwanti, S.KM., M.Kes
(Ketua Dewan Penguji)

Tanjung Anitasari I.K., S.KM., M.Kes
Anggota I Dewan Penguji

Kusuma Estu W, SKM., M.Kes
Anggota II Dewan Penguji

Mengesahkan,
Dekan

Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta



(M. Laila Zahmah, SKM., M.Kes)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam publikasi ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya di atas, maka akan saya pertanggungjawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 10 November 2018



Penulis

EVI ALIFIA HARNANTI

J410151028

ANALISIS KETERLAMBATAN PENGAJUAN KLAIM BPJS DI RUMAH SAKIT UNS

Abstrak

Kegiatan pembiayaan di rumah sakit wilayah Surakarta saat ini didominasi oleh Peserta JKN KIS, sebanyak 94,3% penduduk Surakarta telah terdaftar sebagai peserta JKN KIS. Jika pengajuan klaim mengalami keterlambatan maka kegiatan operasional rumah sakit yang terkait dengan ketersediaan obat, pengadaan alat medis dan juga pembayaran insentif kinerja pegawai dapat tertunda. Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis penyebab keterlambatan pelaksanaan proses pengajuan klaim BPJS di Rumah Sakit UNS. Metode penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Teknik penetapan informan dengan menggunakan *purposive sampling*. Informan yang dipilih peneliti terdiri dari 3 petugas coding dan grouping sebagai informan utama, dan 1 verifikator BPJS sebagai informan triangulasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses pengajuan klaim sudah sesuai, namun masih terjadi keterlambatan pengajuan berkas klaim yang disebabkan oleh kurangnya jumlah SDM, kurangnya sarana dan prasarana dan tidak adanya SPO.

Kata kunci : BPJS, Klaim, Keterlambatan

Abstract

Financing activities in Surakarta hospitals are currently dominated by JKN KIS participants, 94.3% of Surakarta residents have been registered as JKN KIS participants. If the claim is delayed, then the hospital's operational activities related to the availability of medicines, the procurement of medical devices and also the incentive payments for employee performance can be delayed. The purpose of this study was to analyze the causes of delay in implementing the BPJS claim process at the UNS Hospital. This research method uses qualitative research with a case study approach. The technique of determining informants using purposive sampling. The informants selected by the researchers consisted of 3 coding and grouping officers as the main informants, and 1 BPJS verifier as triangulation informants. The results showed that the claim filing process was appropriate, but there were still delays in filing claims that were caused by a lack of human resources, lack of facilities and infrastructure and the absence of SPO.

Keywords: BPJS, Claims, Delay

1. PENDAHULUAN

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan disebutkan bahwa jaminan kesehatan merupakan jaminan berupa perlindungan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan

perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membiayai iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan maka pemerintah membentuk badan hukum yang disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya. Kepesertaan BPJS dibedakan menjadi peserta BPJS PBI (Penerima Bantuan Iuran) dan bukan peserta BPJS PBI (Undang-Undang No 24 tahun 2011 tentang BPJS).

Fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan harus menyetujui Perjanjian Kerja Sama dengan BPJS Kesehatan serta memenuhi ketentuan perundang-undangan yang berlaku. BPJS Kesehatan akan membayar faskes tingkat pertama dengan Kapitasi. Untuk Faskes Rujukan Tingkat Lanjutan, BPJS Kesehatan membayar dengan sistem paket INACBG. Tarif paket INACBG adalah sistem pembayaran .

Berdasarkan diagnosa. Besarnya penggantian biaya untuk diagnosis tersebut telah disepakati bersama antara provider/asuransi atau ditetapkan oleh pemerintah sebelumnya. Pemberlakuan tarif dengan sistem INACBG, maka pemerintah berusaha mengubah tarif yang sebelumnya menggunakan sistem *fee for service* menjadi *prospective payment*. Penggunaan sistem INACBG menjamin pasien mendapatkan pelayanan yang maksimal dari rumah sakit tanpa tambahan biaya karena pasien tidak lagi mendapatkan pelayanan lain selain disesuaikan dengan diagnosanya dan pasien tidak boleh mengeluarkan biaya apapun untuk rumah sakit. Hal tersebut menjadikan rumah sakit harus memberikan pelayanan maksimal dan memperoleh pembiayaan yang efektif.

Pelayanan kesehatan dengan mutu yang baik dan biaya terjangkau menjadi harapan bagi seluruh masyarakat. Untuk itu, rumah sakit yang merupakan pemberi pelayanan kesehatan utama dituntut melakukan pengendalian biaya dan pengendalian mutu dengan cara memberikan pelayanan kepada pasien sesuai dengan *clinical pathway* yang sudah ditetapkan. Menurut Undang-undang No. 44

tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Pembayaran pelayanan kesehatan dari pihak BPJS Kesehatan ke rumah sakit harus melalui tahap verifikasi berkas yang diajukan oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan. Berkas yang diajukan terdiri dari perawatan pasien rawat jalan dan rawat inap. Berdasarkan Perjanjian Kerja Sama dengan BPJS batas pengajuan klaim adalah pada tanggal 10 di setiap bulan berikutnya, kemudian dilakukan proses verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan sehingga memunculkan nilai yang nantinya disepakati sebagai biaya yang dibayarkan BPJS ke rumah sakit. Jika proses verifikasi telah selesai maka pihak rumah sakit akan mendapatkan penggantian biaya perawatan pasien setelah 15 hari kerja dari disepakatinya jumlah pembayaran yang diajukan.

Rumah Sakit UNS merupakan salah satu dari 42 fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan di wilayah Cabang Surakarta sejak bulan November 2016. Kenaikan jumlah pasien dari bulan November 2016 sampai dengan Juni 2017 sebanyak 86,5%. Banyaknya pasien yang menggunakan BPJS menunjukkan banyaknya jumlah klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di rumah sakit UNS, kegiatan pengajuan klaim dari pihak rumah sakit ke BPJS Kesehatan mengalami keterlambatan. Pada bulan Juli 2017 sampai dengan November 2017 berkas klaim yang terlambat diajukan rata-rata sebanyak 43% dari total ajuan klaim yang seharusnya. Hal tersebut disebabkan oleh, kurangnya SDM sebagai *coder* dan *grouper* yang hanya berjumlah 3 orang, kurangnya sarana berupa komputer dan printer sebagai komponen utama terlaksananya kegiatan *grouping* ke dalam INACBG yang hanya berjumlah 2 unit, serta ketidaklengkapan berkas klaim yang terdiri dari bukti penunjang pelayanan (lembar bacaan hasil radiologi, hasil laboratorium, bacaan hasil pemeriksaan *Echocardiography*) yang seringkali terbawa oleh pasien atau hilang dan kurang lengkapnya tulisan dokter dalam lembar resume medis dan laporan operasi.

Saat ini langkah yang ditempuh untuk menanggulangi keterlambatan pengajuan klaim adalah dengan menambah 1 unit laptop dan mengingatkan kembali kepada DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) terkait kelengkapan penulisan resume medis atau laporan operasi.

Jika pengajuan klaim mengalami keterlambatan maka kegiatan operasional rumah sakit yang terkait dengan ketersediaan obat, pengadaan alat medis dan juga pembayaran insentif kinerja pegawai juga dapat tertunda. Hal ini, tentu akan berdampak pada mutu pelayanan yang diberikan rumah sakit kepada pasien.

Verifikasi digital klaim (Vedika) adalah peralihan proses verifikasi yang sebelumnya dilakukan secara manual saat ini dilakukan dengan bantuan sistem. Di pertengahan bulan Januari 2018 rumah sakit UNS sudah melakukan Vedika (Verifikasi Digital Klaim). Dengan adanya Vedika pihak rumah sakit harus secara rutin menyerahkan berkas ajuan klaim di tanggal 10 di bulan berikutnya, jika pengajuan klaim tidak mencapai 80% dari total ajuan klaim maka secara sistem akan tertolak dan BPJS tidak dapat membayarkan biaya perawatan pasien kepada rumah sakit, dan apabila Rumah Sakit UNS masih mengalami kendala terkait terlambatnya ajuan klaim dan ketidaklengkapan berkas klaim, maka BPJS tidak akan membayarkan seluruh biaya perawatan pasien yang diajukan. Oleh karena itu perlu dilakukan analisis terhadap proses pengajuan klaim oleh pihak Rumah Sakit UNS kepada pihak BPJS.

2. METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus yaitu bertujuan untuk mengungkapkan informasi yang lebih mendalam, terperinci dan utuh tentang suatu kejadian (apa, mengapa dan bagaimana) serta dapat pula digunakan sebagai latar belakang untuk penelitian yang lebih besar dan kompleks. Kasus dalam penelitian ini adalah keterlambatan pengajuan klaim BPJS.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Rumah Sakit UNS adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran dan/atau kedokteran gigi, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi.

Rumah Sakit UNS telah secara resmi mendapatkan Izin Operasional dan ditetapkan sebagai Rumah Sakit Umum Tipe C, berdasarkan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo Nomor 445/8426/VI/2016 tanggal 28 Juni 2016. Dengan demikian, Rumah Sakit UNS telah memiliki landasan hukum yang kuat untuk menjadi penyedia layanan kesehatan di bidang perumahsakit.

Saat ini, Rumah Sakit UNS telah membuka tiga belas klinik spesialis dan lima klinik kesehatan dasar. Telah dibuka pula Instalasi Radiologi dan Instalasi Farmasi yang aktif 24 jam seperti halnya IGD dan Laboratorium Klinik.

Berdasarkan hasil wawancara, petugas pendaftaran rumah sakit UNS harus memastikan kepesertaan pasien dengan menunjukkan kartu BPJS milik pasien, kemudian memastikan bahwa pasien memiliki surat kontrol ataupun surat rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Ketika semua yang ditunjukkan kepada petugas telah lengkap, maka petugas pendaftaran akan mencetak SEP (Surat Eligibilitas Peserta). Berdasarkan uraian tersebut, maka prosedur pelayanan pasien rawat jalan peserta BPJS di rumah sakit UNS sudah sesuai dengan prosedur pelayanan kesehatan yang terdapat dalam perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan Cabang Surakarta dengan Rumah Sakit UNS.

Dalam perjanjian kerjasama disebutkan bahwa, setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing FKRTL. Hal tersebut sudah sesuai dengan yang ada di rumah sakit UNS, karena setelah mendapatkan pelayanan, peserta harus menandatangani bukti pelayanan pada *casemix* rawat jalan.

FKRTL wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam Aplikasi Sistem Informasi Manajemen yang telah disediakan BPJS Kesehatan. Pencatatan pelayanan dan tindakan yang dilakukan di rumah sakit UNS, diinputkan dalam *software* INACBG. Pada pelaksanaan JKN, sistem INACBG merupakan salah satu instrumen penting dalam pengajuan dan pembayaran klaim.

Sistem INACBG terdiri dari beberapa komponen yang saling terkait satu sama lain. Komponen yang berhubungan langsung dengan output pelayanan

adalah *clinical pathway*, koding dan teknologi informasi, sedangkan secara terpisah terdapat komponen *costing* yang secara tidak langsung mempengaruhi proses penyusunan tarif INACBG. Proses pencatatan pelayanan kesehatan di rumah sakit UNS, dilakukan oleh perekam medis sesuai dengan Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Kepala Badan Kepegawaian Negara Nomor 48 Tahun 2014 Nomor 22 Tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Perekam Medis dan Angka Kreditnya. Jika petugas pengentry kedalam *software* INACBG tidak dilakukan oleh seorang perekam medis, maka bisa saja dalam pelaksanaannya petugas akan kebingungan mengenai kode diagnosis penyakit yang diinputkan kedalam *software* INACBG, hal tersebut karena petugas tidak memiliki kompetensi sebagai perekam medis yang bisa memberikan kode diagnosis untuk setiap diagnosis dan tindakan yang diinputkan kedalam *software* INACBG. Seperti halnya yang diungkapkan dalam penelitian yang berjudul Analisis Pengajuan Klaim BPJS di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano yang disusun oleh Malonda dkk (2015) yang menyatakan bahwa kode diagnosis yang dikode oleh seorang DPJP tidak sesuai dengan ICD 10 dan ICD 9 CM. Hal tersebut karena seorang DPJP tidak memiliki kompetensi koding seperti halnya seorang perekam medis.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan menyebutkan bahwa pelayanan pasien peserta BPJS PBI dan bukan PBI di RS UNS diberlakukan sama. Tidak ada perbedaan dalam pemberian pelayanan oleh tenaga kesehatan ataupun tenaga bukan kesehatan yang bekerja di RS UNS. Begitu pula dengan persyaratan administrasi yang harus dipenuhi oleh peserta, pasien peserta PBI dan bukan PBI mengumpulkan persyaratan yang sama, penyederhanaan pengumpulan persyaratan merupakan solusi yang dipilih oleh BPJS untuk menangani komplain.

Perlakuan yang berbeda ditemui ketika pasien menghendaki untuk naik kelas, karena pasien PBI tidak diperkenankan untuk mendapatkan perawatan yang tidak sesuai dengan hak kelasnya. Hal tersebut diatur dalam Permenkes 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, yang

menjelaskan bahwa untuk peserta JKN, kecuali peserta PBI, dimungkinkan untuk meningkatkan kelas perawatan atas permintaan sendiri pada FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Untuk pasien yang hendak naik kelas maka petugas pendaftaran akan meminta keluarga pasien untuk menyetujui dan mengisi formulir persetujuan naik kelas sehingga ada bukti legal yang ditagihkan ke pasien untuk dimintai iur biaya. Formulir pernyataan naik kelas juga dipersyaratkan sebagai berkas klaim yang ditagihkan ke BPJS, karena pihak BPJS hendak melihat berapa besar pasien yang mendapatkan layanan naik kelas untuk dilakukan evaluasi mengenai pelayanan yang diberikan rumah sakit kepada peserta pasien BPJS.

Pengurusan denda di RS UNS sudah sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, bahwa pasien yang terkena denda adalah pasien yang belum membayarkan iuran sehingga kartu JKN KISnya tidak aktif dan hendak mendapatkan layanan rawat inap di fasilitas kesehatan tingkat lanjut sehingga harus membayarkan iuran kemudian membayar denda pelayanan rawat inap berdasarkan diagnosa awal pasien.

4. PENUTUP

Berdasarkan wawancara dan hasil wawancara dan pembahasan tentang analisis keterlambatan pengajuan klaim BPJS di Rumah Sakit UNS maka dapat disimpulkan sebagai berikut: Prosedur pelayanan pasien di rumah sakit UNS sudah sesuai dengan Perjanjian Kerjasama antara BPJS Kesehatan Cabang Surakarta dengan Rumah Sakit UNS, Masih terdapat ketidaklengkapan berkas klaim yang diserahkan ke BPJS Kesehatan yang terdiri dari; resume medis, hasil EKG. *Billing*/rincian biaya perawatan, Ketidaklengkapan berkas bisa menjadi salah satu faktor yang menghambat proses verifikasi oleh verifikator BPJS, sehingga bisa menjadikan berkas tersebut gagal terverifikasi dan ditunda bayar oleh BPJS Kesehatan.

Pengumpulan berkas klaim menjadi salah satu penilaian bagi Tim remunerasi, Adanya tugas tambahan dari verifikator BPJS yang memberatkan petugas klaim.

Terdapat beberapa faktor keterlambatan pengajuan klaim BPJS yang terdiri dari : Kurangnya jumlah tenaga SDM, baik secara kuantitas maupun kualitas. Secara kuantitas sebaiknya pihak rumah sakit menambah jumlah pegawai untuk mendukung proses pengajuan klaim. Selanjutnya secara kualitas, sebaiknya pihak rumah sakit menambahkan motivasi pegawai mengenai pentingnya proses pengajuan klaim, Ketidaklengkapan berkas klaim memberatkan kinerja petugas klaim karena harus melengkapi berkas klaim sebelum diajukan ke BPJS, Tidak terbacanya tulisan dokter dan pemakaian singkatan yang tidak baku sehingga menyulitkan dalam proses coding, Kurangnya sarana dan prasarana dalam proses pengajuan klaim, Tidak terdapatnya SPO mengenai alur prosedur pengajuan klaim di rumah sakit UNS.

Bagi Rumah Sakit , Menambah jumlah pegawai, Meningkatkan kualitas pegawai (koder) dengan mengirimkan pelatihan coding, Menertibkan penulisan dokter di berkas rekam medis, Menumbuhkan motivasi dan kesadaran pegawai dalam era JKN, Menambah sarana dan prasarana berupa printer yang menunjang dalam proses pengajuan klaim, Menetapkan adanya *punishment* terhadap bangsal yang mengumpulkan berkas klaim secara tidak lengkap, Membuat dan menetapkan SPO mengenai alur prosedur pengajuan klaim BPJS di rumah sakit UNS, Sebaiknya Tim remunerasi melakukan *review* terhadap kelengkapan berkas klaim

Bagi Verifikator BPJS, Tugas yang seharusnya menjadi tugas dari petugas BPJS sebaiknya diberjakan oleh pihak BPJS sehingga tidak memberatkan tugas dari pegawai rumah sakit.

Rumah Sakit UNS dipimpin oleh seorang Direktur yang bertanggung jawab kepada Rektor UNS. Dalam menjalankan tugasnya, Direktur dibantu oleh tiga Wakil Direktur yang mengatur bidang kerja masing-masing.

DAFTAR PUSTAKA

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). 2014. *Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim Direktorat Pelayanan*. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). 2014. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial BPJS.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). 2017. *User Manual Vclaim*. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial BPJS.
- Feriawati, dkk. 2015. Faktor-Faktor Keterlambatan Pengeklaiman BPJS di Rumah Sakit Bhayangkara.
- Kementrian Kesehatan. 2013. *Bahan Paparan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Murti, B. 2004 Cetakan Kelima. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*. Yogyakarta: Kanisius
- Noviatri, L. Wahyu dan Sugeng. Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho. *Jurnal Kesehatan Vokasional*. Vol. 1 No.1-Oktober 2016. ISSN 2541-0644.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta : Permenkes RI.
- Peraturan Presiden RI Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.