



ANALISIS SISTEM KLAIM BPJS KESEHATAN PADA PERKEBUNAN SOCFINDO AEK PAMIENKE

Siti Aminah Nasution

Fakultas Ekonomi Dan Bisnis Islam Negeri Sumatera Utara

sitiaminahnasution36@gmail.com

Abstract

The membership administration procedure factor, medical resume factor, diagnosis codeification factor and action codeification factor are still obstacles so that the claim file is returned by the BPJS Health verifier. The aim of this research is to find out the procedures for BPJS Health claims on socfindo plantations. Library research or literature study and quantitative approach. This research uses an online-based journal. As in the case of membership administration procedures, medical resume factors, diagnosis codification factors and action codification factors. The factor that caused the BPJS health claim files to be returned was the absence of a Standard Operating Procedure (SOP) governing patient registration regarding the collection of documents required for BPJS patient registration. Author authentication components and good record audits are not appropriate because there is no medical staff's signature and there are still blank sections. As well as writing non-specific diagnoses so that the codification is inaccurate and the coder relies on memorization not referring to ICD-10 or only looking at ICD-10 volume 3 without referring to volume 1.

Keywords: BPJS, Claims, Literature, Procedures

Abstrak

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 perkebunan socfindo. 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, Klaim, Literatur, 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 rumah sakit.

METODE PENELITIAN

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.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Prosedur Administrasi Kepesertaan Klaim BPJS Kesehatan di Perkebunan SOCFINDO.

Berdasarkan hasil penelitian, yang membahas mengenai prosedur administrasi kepesertaan klaim BPJS Kesehatan, yang menjadi penyebab pengembalian berkas klaim yaitu Perkebunan SOCFINDO belum memiliki regulasi/prosedur (SOP) yang mengatur pendaftaran pasien BPJS yaitu prosedur mengenai pengumpulan berkas-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 Perkebunan SOCFINDO dari 6 jurnal yang dianalisis yaitu penelitian (Susan et al., 2016), (Irmawati et al., 2018), (Lewiani et al., 2017), Adam, C.M dkk (2019), (Kurniawati et al., 2020), dan (Nurdiyanti et al., 2017) yaitu membahas 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 sesuainya 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 Perkebunan SOCFINDO 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 Perkebunan SOCFINDO belum memiliki regulasi/prosedur (SOP) yang mengatur pendaftaran pasien BPJS yaitu prosedur mengenai pengumpulan berkas-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 Perkebunan SOCFINDO.

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 verifikasi 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 Perkebunan SOCFINDO.

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) verifikasi 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

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat diambil kesimpulan bahwa : Prosedur Administrasi Kepesertaan Klaim BPJS Kesehatan di Perkebunan SOCFINDO yang belum memiliki prosedur (SOP) yang mengatur pendaftaran pasien BPJS yaitu prosedur mengenai pengumpulan berkas-berkas persyaratan pendaftaran pasien BPJS (SEP, KTP maupun rujukan poli bila kasus bukan gawat darurat), sehingga terjadi pengembalian berkas klaim. Faktor Resume Medis dalam Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Perkebunan SOCFINDO. Komponen autentikasi penulis dan audit pencatatan yang baik masih menjadi penyebab resume medis pasien dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan, seperti tidak adanya tanda tangan tenaga medis penanggung jawab pasien dan resume medis tidak lengkap. Faktor Kodefikasi Diagnosis dalam Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Perkebunan SOCFINDO. Faktor ketidakakuratan kodefikasi diagnosis yaitu penulisan diagnosis tidak spesifik sehingga kodefikasi tidak lengkap serta koder mengandalkan hafalan tidak merujuk pada ICD10 atau hanya melihat ICD-10 volume 3 saja tanpa merujuk pada volume 1. Hal ini dapat berpengaruh pada tarif klaim BPJS, tarif bisa menjadi lebih besar atau lebih kecil tergantung hasil dari kode yang berhasil di grouping. Faktor Kodefikasi Tindakan dalam Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Perkebunan SOCFINDO. Faktor ketidakakuratan kode tindakan sehingga terjadi pengembalian berkas yaitu belum ada SOP untuk kodefikasi tindakan, kodefikasi belum sepenuhnya

dilakukan oleh koder, kurangnya jumlah ICD-9-CM dan koder tidak melakukan koding secara lengkap.

SARAN

Berikut adalah saran penilaian efektivitas asuransi kecelakaan kerja BPJS Ketenagakerjaan:

1. Tingkat klaim: Evaluasi tingkat klaim harus dilakukan untuk memastikan bahwa peserta yang membutuhkan asuransi kecelakaan kerja dapat memperoleh manfaat yang dijanjikan. Analisis harus meliputi jumlah klaim yang diajukan, jumlah klaim yang disetujui, dan jumlah klaim yang ditolak.
2. Waktu proses klaim: Pengukuran waktu proses klaim harus dilakukan untuk memastikan bahwa klaim diajukan dan diproses sesuai dengan jangka waktu yang dijanjikan. Analisis harus meliputi waktu rata-rata untuk menyelesaikan klaim dan jumlah klaim yang melebihi batas waktu yang dijanjikan.