

**FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGEMBALIAN ADMINISTRASI
KLAIM BPJS KESEHATAN DITINJAU DARI SYARAT-SYARAT
KELENGKAPAN ADMINISTRASI KLAIM**

Mustika Kurniawati¹, Tuty Satrijawati², Tuti Hariyanto³

Magister Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang
Indonesia^{1,2,3},

Rumah Sakit Permata Bunda Malang Indonesia²

Korespondensi : Mustika2807@gmail.com

ABSTRAK

BPJS kesehatan akan melakukan pembayaran klaim BPJS kepada rumah sakit rujukan apabila rumah sakit sudah menyelesaikan kewajibannya yaitu mengajukan dan melengkapi administrasi klaim BPJS Kesehatan. Berdasarkan data kunjungan pada bulan Juli 2018, Rumah sakit X di kota Malang yang merupakan provider BPJS Kesehatan sejak tahun 2014, masih mengalami pengembalian berkas administrasi klaim BPJS Kesehatan oleh verifikator BPJS Kesehatan. Dari 882 berkas administrasi klaim BPJS yang diajukan, sebanyak 31 (3,51 %) berkas yang dikembalikan, dan sebagian besar berasal dari unit rawat inap yaitu 26 (2,95 %), sedangkan dari unit rawat jalan yang dikembalikan hanya seperlima (1/5) dari total berkas pasien BPJS. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui akar masalah pengembalian berkas administrasi klaim BPJS. Desain penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif, dengan cara Diskusi Kelompok Terarah (DKT) dengan tim yang terkait dalam kelengkapan administrasi klaim BPJS, jumlah tim sebanyak 6 orang. Hasil penelitian diperoleh bahwa faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kelengkapan administrasi klaim BPJS yaitu peranan tim *casemix* dan unit-unit terkait belum berjalan optimal. Hal ini disebabkan karena belum adanya Regulasi dari Rumah Sakit berupa Panduan, Pedoman maupun SPO *Casemix*, hanya ada SK pembentukan tim *Casemix*. Pemecahan masalah rumah sakit membuat Regulasi berupa Panduan *Casemix*.

Kata kunci : pengembalian berkas klaim, *Casemix*, BPJS.

ABSTRACT

BPJS Health will make BPJS claim payments to the referral hospital requesting that the hospital have completed its obligation to request and complete the BPJS Health claims administration. Based on visit data in July 2018, Hospital X in Malang, which has been a provider of BPJS Health since 2014, is still discussing the administration of BPJS Health administrative claims by BPJS Health verifiers. Of the 882 BPJS claims administration files submitted, 31 (3.51%) files were issued, and most of them came from inpatient units, 26 (2.95%), while outpatient units were only available one fifth (1 / 5) of the total BPJS patient files. The purpose of this study is to study the root of the problem regarding the administration of BPJS claims. The design of this study used a descriptive research design, by means of Focus Group Discussion (DKT) with a team related to the completeness of the administration of BPJS claims, with a total of 6 people. The results obtained from the factors that affect the completeness of the administration of BPJS claims, namely the role of the *casemix* team and related units have not run optimally. This is due to the absence of a Hospital Regulation consisting of *Casemix* Guidelines, Guidelines and SPO, only a decree on the formation of the

Casemix team. The hospital's problem solving made the Regulations consisting of Casemix Guidelines.

Keywords: claims claims, Casemix, BPJS.

PENDAHULUAN

Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang no 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, mewajibkan setiap penduduk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan bermutu agar dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera. BPJS adalah badan yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan yang implementasinya telah dimulai sejak 1 Januari 2014.(1,2)

Pembayaran yang diterapkan Jaminan Kesehatan Nasional di fasilitas kesehatan lanjutan atau rumah sakit rujukan adalah pola *prospektif*(3). Pembayaran *prospektif* menjadi pilihan karena mempunyai keuntungan yaitu dapat mengendalikan biaya kesehatan, mendorong pelayanan kesehatan tetap bermutu dan sesuai standar, membatasi pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan secara berlebihan atau *under use*, mempermudah administrasi klaim dan mendorong provider untuk melakukan *cost containment*. Contoh pembayaran *prospektif* adalah *global budget*, *perdiem*, kapitasi dan *case base payment*(3,4).

Di Indonesia, metode pembayaran prospektif yang digunakan adalah sistem *Casemix (case based payment)* dan sudah diterapkan sejak tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem *casemix* adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis, penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang

mirip/sama, pengelompokan dengan menggunakan *software grouper*. Sistem *casemix* yang diterapkan di Indonesia dikenal dengan sistem INA CBG's (*Indonesia Case Based Group's*)(5,6). BPJS kesehatan akan membayar Rumah Sakit berdasarkan besaran yang sudah ditetapkan sesuai dengan diagnosa pasien dengan sistem INA CBG's yang diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor (440/MENKES/SK/XII/2012) tentang tarif rumah sakit berdasarkan *Indonesia Case Based Group's*.(7)

BPJS Kesehatan akan melakukan pembayaran kepada rumah sakit rujukan apabila rumah sakit sudah menyelesaikan kewajibannya yaitu mengajukan dan melengkapi administrasi klaim BPJS Kesehatan(8,9). Berkas administrasi klaim BPJS kesehatan yang diverifikasi oleh verifikator BPJS adalah berkas rawat jalan dan berkas rawat inap yang meliputi : SEP (Surat Elegibilitas Peserta), billing pasien rawat jalan/rawat inap, kopi resep dan resi, kopi surat rujukan, resume medis/lembar casemix, bukti penunjang laboratorium, radiologi dan laporan operasi bila ada(10–12).

Pengembalian berkas klaim yang berhubungan dengan resume medis dialami oleh beberapa rumah sakit yang ada di Indonesia. Salah satu Rumah sakit yang mengalami pengembalian klaim BPJS adalah Instalasi Gawat darurat Rumah Sakit dr Cipto Mangunkusumo (IGD RSCM). Berkas klaim yang dikembalikan sejumlah 855 resume medis yang gagal verifikasi. Akibatnya tagihan tidak dapat diklaim sesuai pengeluaran, secara finansial

rumah sakit mengalami kerugian dan secara etika kedokteran petugas kesehatan yang sudah melakukan kewajiban profesinya tidak mendapatkan haknya (13).

Permasalahan tentang pengembalian berkas klaim BPJS juga dialami oleh sebuah Rumah sakit X yang berlokasi di Malang. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit tipe D, BOR rata-rata 70% dan memiliki 65 Tempat Tidur (TT). Rumah sakit ini bergabung dengan BPJS Kesehatan sejak tanggal 1 Januari 2014. Berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan setelah dilakukan verifikasi sebanyak 31(3,51%) berkas klaim, yaitu 26 (2,95%) berkas klaim rawat inap dan 5 (0,56%) berkas klaim rawat jalan. Berdasarkan beberapa permasalahan yang menyebabkan pengembalian berkas klaim tersebut di atas, maka tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui akar masalah penyebab pengembalian berkas klaim BPJS(14,15)

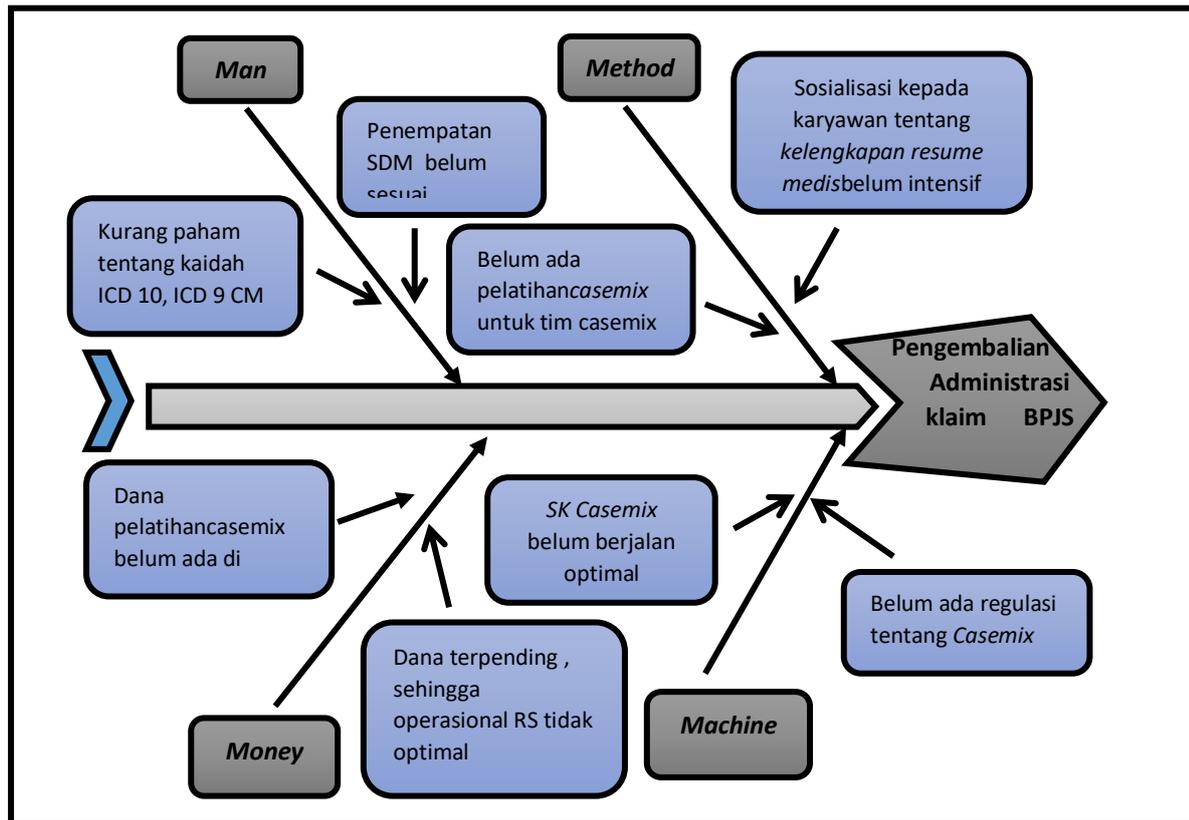
METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif. Data yang dianalisa adalah data sekunder dari berkas klaim bulan Juli 2017 yang dikembalikan. Jumlah klaim yang dikembalikan sebanyak 31 berkas. Langkah selanjutnya adalah melakukan diskusi kelompok terarah (DKT) /*Focus Group Discussion*(FGD) dengan tim casemix untuk memperoleh masukan atau informasi mengenai permasalahan/akar masalah yang menyebabkan pengembalian berkas administrasi klaim BPJS. Untuk

identifikasi akar masalah digunakan metode diagram *Ishikawa (fishbone)*. Fungsi diagram tersebut adalah untuk membantu menampilkan secara visual sumber-sumber penyebab masalah sehingga memudahkan tim mengidentifikasi akar penyebab masalah yang timbul.

Hasil DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan data sekunder dan hasil FGD (*Focus Group Discussion*) maka untuk identifikasi masalah penyebab pengembalian berkas administrasi klaim BPJS digambarkan dengan diagram Ishikawa atau diagram tulang ikan, pada gambar di bawah ini :



Gambar 1. Fishbone Faktor penyebab pengembalian administarasi klaim BPJS

Hasil dari DKT/FGD untuk identifikasi masalah yang digambarkan dengan diagram Ishikawa/Duri Ikan diperoleh gambaran bahwa pengembalian administrasi klaim BPJS disebabkan adanya kendala baik dari SDM, Dana dan Sarana Prasarananya. Regulasi berupa Surat Keputusan (SK) Direktur mengenai Tim Casemix belum berjalan optimal, serta belum adanya regulasi berupa Panduan prosedur pengklaiman khusus pasien BPJS Kesehatan. SDM/ Tim Casemix belum sesuai kompetensi dan belum pernah mendapatkan pelatihan-pelatihan tentang Kelengkapan administrasi klaim dan Pengkodean INACBGs. Belum dilakukan pelatihan karena dana untuk pelatihan belum masuk dalam RAK (Rencana Anggaran Kegiatan). Tergendahnya dana klaim BPJS kesehatan menyebabkan operasional Rumah sakit berjalan kurang optimal, sehingga dana yang ada dimanfaatkan dahulu untuk operasional rumah sakit.

Pengembalian berkas administrasi klaim BPJS dialami oleh beberapa rumah sakit yang ada di Indonesia, yaitu : RSUD RA Kartini Jepara, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan RS Bhayangkara Semarang. Menurut penelitian Irmawati dkk (2016) penyebab utama berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan di RSUD RA Kartini Jepara adalah resume medis yang tidak lengkap dan bukti pelayanan medis yang tidak sesuai (16). Faktor lain yang menyebabkan pengembalian berkas klaim adalah rumah sakit 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). Rumah Sakit juga belum mempunyai Panduan pengklaiman khusus pasien BPJS (17)

Pengembalian berkas administrasi klaim BPJS juga dialami oleh Instalasi Gawat darurat Rumah Sakit dr Cipto Mangunkusumo (IGD RSCM). Berkas administrasi klaim yang gagal verifikasi dan dikembalikan oleh verifikator BPJS sebanyak 855 berkas, kemudian diambil sampel sebanyak 270 secara acak diketemukan hasil sebagai berikut : 55 (20,4%) tulisan tidak dapat dibaca , 64 (23,7%), resume medis tidak lengkap, 132 (49%) kasus memang tidak gawat darurat, 58 (42%) diagnosa tidak menggambarkan kegawatdaruratan, dan 22,6% koding tidak sesuai dengan diagnosis di resume medis(13)

Proses koding sangat penting untuk menetapkan besaran biaya yang akan dibayarkan kepada fasilitas kesehatan(18). Kendala yang dihadapi oleh RSCM dalam proses penagihan adalah dikembalikannya resume medis pasien IGD yang tidak lolos verifikasi BPJS (13).

Berdasarkan hasil penelitian mencari akar masalah pengembalian administrasi klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit X, dengan *metode Ishikawa* atau *fishbone* pengembalian berkas klaim BPJS kesehatan lebih banyak dari unit rawat inap. Pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan tersebut disebabkan karena beberapa faktor yaitu faktor Man/SDM, Sarana prasana, metode maupun dana yang ada.

Kelengkapan pengisian resume medis pasien, melibatkan SDM yaitu Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), petugas paramedis di rawat jalan maupun rawat inap, petugas penunjang medis yaitu laboratorium dan radiologi. Informasi yang tertulis dalam resume medis rawat inap sama dengan informasi dalam rekam medis, sehingga bila ada perbedaan informasi disebut kondisi yang tidak layak dan informasi dianggap tidak

valid bisa menyebabkan proses verifikasi gagal (19).

Penelitian oleh Leonard (2016) di sebuah RSUP dr M Djamil Padang, bahwa kelengkapan berkas klaim BPJS melibatkan SDM yaitu petugas coding dan grouping, petugas administrasi keuangan. SDM yang terlibat dalam pelaksanaan kelengkapan administrasi klaim BPJS masih dihadapkan pada masalah kualitas dan kuantitas SDM, yaitu diagnosis tidak lengkap, tidak jelas dan tidak sesuai dengan kaidah ICD 10 untuk diagnosa dan ICD 9 CM untuk tindakan /prosedur yang disebabkan kurangnya pemahaman dan pengetahuan SDM(20) Pengisian lembar resume medis rawat inap yang tidak lengkap dan tanda tangan DPJP tidak ada yang menyebabkan gagal verifikasi sehingga berkas dikembalikan oleh tim verifikator BPJS(21). Diperlukan adanya upaya pengembangan SDM melalui pelatihan untuk meningkatkan kinerja SDM. Jumlah dan kualifikasi SDM yang terlibat dalam setiap tahapan pelaksanaan kelengkapan berkas klaim perlu diperhatikan seperti adanya pelatihan, , harapan dan sikap SDM sebagai pelaksanaan kelengkapan berkas klaim menerima atau menolak sistem yang berlaku.(20)

Salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM yang berkaitan dengan kelayakan pengisian resume medis baik di rawat jalan maupun di rawat inap adalah dengan menerapkan sistem resume medis elektronik, yaitu resume medis tidak dibuat dengan tulisan tangan melainkan diketik dalam formulir elektronik terstruktur, sehingga tulisan dipastikan dapat dibaca dan komponen penting yang harus dituliskan dalam resume dapat diisi. Upaya ini memerlukan edukasi dan pelatihan penggunaan perangkat kepada

SDM, sehingga ada kepatuhan petugas kesehatan menuliskan laporan menggunakan istilah dan singkatan baku di rumah sakit(13,22)

Sarana prasarana/ Machine yang digunakan dalam mendukung pelaksanaan kelengkapan administrasi klaim BPJS adalah SPO (Standar Operasional Prosedur), yaitu SPO yang mengatur tentang pengisian diagnosis sesuai kaidah ICD 10 dan tindakan/prosedur sesuai kaidah ICD 9 CM¹³. Belum ada SPO yang mengatur alur pelayanan pasien rawat jalan, rawat inap, IGD bagi peserta BPJS dengan sistem casemix INA CBGs. Dengan adanya SPO dan buku Panduan diharapkan pengisian diagnosa dan prosedur tindakan sesuai dengan kaidah ICD 10 dan ICD 9 CM, terutama resume medis rawat inap, sehingga diharapkan berkas klaim terisi lengkap dan tidak dikembalikan oleh verifikator BPJS.(21,23)

Dana untuk pelatihan tim *casemix* belum masuk pada program ataupun anggaran rumah sakit, sehingga belum bisa dilaksanakan pelatihan pada tim *casemix*. Dana berkas klaim BPJS terpending, belum bisa tertagihkan, sehingga kegiatan operasional rumah sakit tidak optimal.

SIMPULAN

Beberapa akar masalah penyebab pengembalian berkas klaim BPJS kesehatan di rumah sakit X adalah kurangnya pemahaman petugas kesehatan di rawat jalan dan unit rawat inap dalam hal pengisian lembar resume medis pasien. Perlunya suatu prosedur yang mengatur alur dan persyaratan kelengkapan berkas administrasi klaim BPJS, dan perlunya pelatihan pada petugas kesehatan dan tim *casemix* untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas petugas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-Undang no.40. UU RI No. 40 tahun 2004 Tentang SJSN. 2004;(40).
2. Undang-Undang no.24. UU no 24 tahun 2011 tentang BPJS. 2011;1–43.
3. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan no 27 tahun 2014, tentang Petunjuk teknis Sistem Indonesia Case Base Group (INA-CBGs). 2014;
4. Kementerian Kesehatan RI. Overview INA-CBG Konsep pembayaran prospektif: Sistem Casemix. 2013;
5. Kementerian Kesehatan RI. PMK nomor 76 tahun 2016 tentang pedoman INA CBG's dalam Pelaksanaan JKN. 2016;
6. Purnama I. Faktor – Faktor yang Memengaruhi Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tentang Klaim INACBG ' s di Rumah Sakit Islam Malahayati Medan. Sumatera Utara Medan; 2018.
7. Kementerian Kesehatan RI. Out line Update PMK 76/2016. Koding Ina. 2015;
8. Feriawati P. dan KA. Faktor-faktor keterlambatan pengklaiman BPJS di Rumah sakit Bhayangkara Semarang. 2015;15:1689–99.
9. Rachmayanti L. Gambaran Pelaksanaan Sistem Pelayanan Pasien Rujukan Rawat Jalan Pelayanan Tingkat Ii Pada Pasien Peserta Bpjs Di Rumah Sakit Al Islam Bandung Tahun 2017. 2017;
10. BPJS kesehatan. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan. 2014;1–40.
11. BPJS kesehatan. Panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim. Menteri Kesehatan RI. 2014;
12. Suhartoyo. Klaim Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan Berkaitan

- Dengan Rawat Inap Dengan Sistem INA – CBGs. 2018;1(2007):79–92.
13. Habib H, Mulyana RM, Albar IA, Sulistio S. Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Resume Medis IGD RSCM oleh Verifikator BPJS Kesehatan. *Cermin Dunia Kedokt.* 2018;45(263):251–4.
 14. Bagian Rekam medis RSPB Malang. *Profil RSPB.* 2018;(75).
 15. RSPB R. *Pedoman Organisasi RSPB.* Malang; 2017.
 16. Irmawati., Kristijono A., Susanto E. BY. Cause Of Fair Reverse Claims Of Social Security Institution (BPJS) Patients Representative Required From Terms Of Claims In RSUD R . A Kartini Jepara Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Di RSUD R . A Kartini Jepara Irma. 2017;(April):45–51.
 17. Jurnal S, Kesehatan I, Riyantika D. Analisis Faktor-Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Pengisian Lembar Resume Medis Pasien Rawat Inap. 2018;7(1):69–73.
 18. Syam N. Gambaran pelaksanaan sistem pembayaran layanan kesehatan dengan sistem diagnosis penyakit (INA CBG's) di rawat inap RSUD TENRIAWARU KAB. BONE tahun 2017. 2017.
 19. Artanto A. Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr . 2016;4:38–50.
 20. Leonard D. Pengorganisasian Klaim Pelayanan Pasien JKN di RSUP dr. M. Djamil Padang, *Menara Ilmu, X* (1) November, pp. 168 - 177. 2016;X(72):168–77.
 21. Sophia DE. Analisis Keterlambatan Pengajuan Klaim Kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Pada Rumkital dr. Mintohardjo, DKI Jakarta. *Bul Penelit Sist Kesehat [Internet].* 2017;20(3):83–8. Available from: <http://ejournal.litbang.kemkes.go.id/index.php/hsr/article/view/6231/5610>
 22. Harijanto T, Djauhari T, Kebidanan A, Bunda H, Nusa B, Barat T, et al. Faktor-Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Malang Factors Affecting Incomplete Inpatient Medical Record Completion at Muhammadiyah University Hospital Malang. 2016;29(3):258–64.
 23. Windari A, Kristijono A. Analisis Ketepatan Koding Yang Dihasilkan Koder Di RSUD Ungaran. *J Ris Kesehat.* 2016;5(1):35–9.