

Analysis of Verification Aspects Associated with the Return of BPJS Health Claims for Inpatients at RSUD Surya Husadha Denpasar

Analisis Aspek-Aspek Verifikasi yang Berhubungan dengan Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Surya Husadha Denpasar

Ni Putu Linda Yunawati^{1*}, I Putu Mega Aridayana², Nurul Faidah³, Putu Ayu Sri Murcittowati⁴

^{1,4}PORMIKI BALI, Indonesia

^{2,3}Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Stikes Wira Medika, Bali, Indonesia

lindaniputu@gmail.com

Abstract— Submission of claims by hospitals to the Social Security Agency (BPJS) Health will go through a verification process and requires compliance with verification aspects. However, they often experience refunds or delays in payments due to non-compliance with established regulations. This results in negative impacts such as disruption to hospital cash flow, increased workload, and failure to achieve service quality indicators. It is necessary to have claim data ready before submitting a claim by the hospital. The aim of this research is to determine the relationship between aspects of membership administration, service administration and health services with the return of BPJS Health claims. This type of research uses quantitative descriptive analysis with a cross sectional approach. This research was conducted on 145 pending claims selected using a simple random sampling technique. Based on the results of the discrepancy analysis in the aspects of membership administration, namely 6 files (4.1%), service administration, namely 103 files (71%), and health services, namely 36 files (24.8%). These three aspects of verification are related to the return of BPJS Health claims, resulting in a p -value = 0.000, meaning H_0 is rejected. To increase efficiency and reduce the number of claim returns, it is necessary to carry out internal verification before claims are sent to BPJS Health.

Keywords— Verification Aspects, Reimbursement, Claim Returns, BPJS Health

Abstrak— Pengajuan klaim oleh rumah sakit kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan akan melewati proses verifikasi dan perlu kesesuaian dengan aspek verifikasi. Namun, seringkali mengalami pengembalian atau penundaan pembayaran karena ketidaksesuaian dengan regulasi yang telah ditetapkan. Hal ini mengakibatkan dampak negatif seperti gangguan pada cash flow rumah sakit, peningkatan beban kerja, dan tidak tercapainya indikator mutu pelayanan. Perlu adanya kesiapan data klaim sebelum pengajuan klaim oleh rumah sakit. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan aspek administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan pelayanan kesehatan dengan pengembalian klaim BPJS Kesehatan. Jenis penelitian menggunakan analisis deskriptif kuantitatif dengan pendekatan cross sectional. Penelitian ini dilakukan terhadap 145 klaim pending yang dipilih menggunakan teknik simple random sampling. Berdasarkan hasil analisis ketidaksesuaian pada aspek administrasi kepesertaan yaitu 6 berkas (4,1%), administrasi pelayanan yaitu 103 berkas (71%), dan pelayanan kesehatan yaitu 36 berkas (24,8%). Ketiga aspek verifikasi tersebut ada hubungan dengan pengembalian klaim BPJS Kesehatan, dihasilkan p -value=0,000 berarti H_0 ditolak. Untuk meningkatkan efisiensi dan menurunkan angka pengembalian klaim perlu adanya verifikasi internal sebelum klaim dikirim ke BPJS Kesehatan.

Kata Kunci— Aspek Verifikasi, Reimbursement, Pengembalian Klaim, BPJS Kesehatan

I. PENDAHULUAN

Penyelenggara pelayanan kesehatan perorangan yaitu rumah sakit secara paripurna menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU Nomor 44 Tahun 2009). Rumah sakit yang memenuhi persyaratan dapat menjalin perjanjian kerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk berperan serta memenuhi ketersediaan fasilitas kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018). Rumah sakit yang telah menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan berperan sebagai Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) rujukan tingkat lanjutan, dan berhak menerima pembayaran klaim atas pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan [1].

Klaim merupakan permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan berdasarkan hasil grouping menggunakan aplikasi INA-CBG's (Indonesia Case Based Groups). Agar pihak rumah sakit segera mendapatkan pembayaran atas pelayanan yang sudah diberikan, maka rumah sakit harus melakukan pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (PERMENKES Nomor 28 Tahun 2014). Dalam pengajuan klaim membutuhkan peran serta koder untuk mengkode, menginput, dan melengkapi berkas pengajuan klaim tersebut yang selanjutnya akan dikirim kepada verifikasi BPJS Kesehatan untuk dilakukan verifikasi sebelum dilakukan pembayaran klaim.

Klaim yang lengkap dan sesuai dengan regulasi akan dibayarkan oleh pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya kepada Rumah Sakit. Sementara klaim yang belum lengkap dan tidak sesuai akan dilakukan penundaan pembayaran oleh pihak BPJS Kesehatan. Sesuai petunjuk teknis verifikasi klaim tahun 2014, berkas klaim yang diajukan kepada BPJS Kesehatan akan melewati proses verifikasi dan perlu kesesuaian dengan tiga aspek verifikasi. Aspek verifikasi tersebut antara lain aspek administrasi kepesertaan, aspek administrasi pelayanan, dan aspek pelayanan kesehatan. Berkas klaim yang tidak sesuai dengan ketiga aspek verifikasi tersebut maka pihak BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas klaim tersebut atau mengalami pending klaim.

Menurut hasil penelitian [2] faktor penyebab pengembalian berkas klaim dari BPJS ke Rumah Sakit adalah ketidaksesuaian administrasi kepesertaan 11,6 %, ketidaktepatan kode diagnosa dan prosedur 62,8 %, dan ketidaklengkapan laporan penunjang 46,5 %. Namun, studi pendahuluan yang dilakukan dengan cara observasi di RSUD Surya Husadha, pada triwulan (TW) 2 dan triwulan (TW) 3 tahun 2023 terdapat 227 (7,99%) klaim yang dikembalikan (pending) dari 2839 total klaim yang diajukan. Adapun pengembalian klaim tersebut diantaranya aspek administrasi kepesertaan, aspek administrasi pelayanan, dan aspek pelayanan kesehatan. Pengembalian klaim tersebut akan berdampak pada cash flow rumah sakit, beban kerja yang meningkat, dan indikator mutu yang tidak tercapai. Dengan penelitian ini diharapkan dapat mengetahui aspek-aspek verifikasi yang berhubungan dengan pengembalian klaim BPJS Kesehatan untuk menjadi dasar melakukan perbaikan mengurangi jumlah pengembalian klaim.

II. METODE

Penelitian dilakukan di RSUD Surya Husadha Denpasar. Penelitian dilaksanakan di bulan Januari – Maret 2024. Penelitian ini menggunakan jenis deskriptif kuantitatif dengan menggunakan metode melalui pendekatan secara cross sectional. Jenis data yang digunakan adalah data primer, yaitu data yang didapat dari hasil observasi secara langsung atau mengambil fakta di lapangan [3]. Populasi yang digunakan meliputi data 277 data klaim pasien rawat inap periode TW 2 dan TW 3 tahun 2023 yang dikembalikan (pending) oleh verifikasi BPJS Kesehatan. Dari jumlah populasi yang ada, kami mengambil sampel sebanyak 145 data klaim untuk diteliti. Teknik pengambilan sampel menggunakan random sampling dimana pengambilan sampel secara acak tanpa menggunakan kriteria khusus pada populasi yang ada [4].

Instrumen penelitian yang digunakan berupa lembar observasi atau lembar checklist untuk mengetahui aspek-aspek verifikasi yang berhubungan dengan pengembalian klaim BPJS Kesehatan. Komponen yang diteliti meliputi aspek administrasi kepesertaan meliputi kesesuaian data Surat Eligibilitas Peserta (SEP), aspek administrasi pelayanan meliputi lembar individual pasien, SEP, surat perintah rawat inap, resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, rincian biaya perawatan dan bukti pendukung lainnya, dan aspek pelayanan kesehatan meliputi kesesuaian kode diagnosis dan tindakan, kasus special CMG's, pengkodean bayi lahir sehat, pengkodean diagnosis utama dan sekunder yang berkaitan, dan pengkodean diagnosis yang menjadi satu kode. Analisis data menggunakan teknik analisis univariat yaitu identifikasi aspek-aspek verifikasi yang dikembalikan, dilanjutkan dengan Teknik bivariat mencari hubungan antara aspek-aspek verifikasi dengan pengembalian data klaim menggunakan uji chi-square [5].

III. HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian terhadap data klaim BPJS Kesehatan yang dikembalikan dilakukan pada pasien rawat inap di RSUD Surya Husadha dengan jumlah sampel sebanyak 145 berkas. Berdasarkan telusur data klaim diketahui sebagai berikut : [6]

Hubungan Aspek Administrasi Kepesertaan dengan Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Berdasarkan Aspek Administrasi Kepesertaan di RSUD Surya Husadha

No.	Aspek Administrasi Kepesertaan	Berkas Pending				Total	
		Sesuai		Tidak Sesuai		F	%
		F	%	F	%	F	%
1.	Data SEP dengan data aplikasi INA-CBG	141	97,2	4	2,8	145	100
2.	Data SEP dengan berkas pendukung lainnya	143	98,6	2	1,4	145	100

Berdasarkan Tabel 1 diketahui bahwa terdapat ketidaksesuaian data SEP dengan data aplikasi INA- CBG sebanyak 4 berkas (2,8%) dan ketidaksesuaian data SEP dengan berkas pendukung lainnya sebanyak 2 berkas (1,4%) dari 145 berkas. Ini disebabkan oleh kesalahan penginputan kelas perawatan pasien antara SEP dan sistem INA-CBG yang berbeda, serta ketidaksesuaian tanggal masuk antara SEP dan resume medis pasien karena kesalahan pada waktu penginputan [7].

Tabel 2. Hubungan Aspek Administrasi Kepesertaan dengan Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Surya Husadha

Aspek Administrasi Kepesertaan	Berkas Klaim						P-Value
	Sesuai		Tidak Sesuai		Total		
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	
Sesuai	139	95,9	0	0	139	95,9	0,000
Tidak Sesuai	0	0	6	4,1	6	4,1	

Hasil uji bivariat chi-square menunjukkan nilai p-value sebesar 0,000. Maka H₀ ditolak, berarti ada hubungan aspek administrasi kepesertaan dengan pengembalian klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Surya Husadha. Sesuai dengan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim tahun 2014 jika terdapat ketidaksesuaian maka menjadikan berkas klaim berstatus pending sehingga dikembalikan kepada rumah sakit untuk direvisi atau dilengkapi oleh petugas sesuai penyebab ketidaksesuaiannya. Verifikator BPJS Kesehatan juga berwenang untuk mendapat konfirmasi ulang mengenai kondisi dan bukti dari berkas klaim yang mengalami pending.

Solusi untuk meminimalisasi terjadi-nya ketidaksesuaian administrasi kepesertaan dengan yang diinputkan dalam aplikasi INA-CBG dengan menerapkan bridging system yang bertujuan untuk meningkatkan akurasi data peserta, proses verifikasi dan klaim lebih cepat, kecepatan pengolahan data dan informasi layanan bisa meningkat, serta adanya transparansi pembiayaan karena perekaman data pada setiap sistem sama [8]. Oleh karena hal itu, diperlukan adanya verifikasi awal dari petugas klaim sebelum melakukan pengiriman berkas ke petugas verifikator BPJS Kesehatan untuk mengurangi pengembalian berkas karena ketidaksesuaian penginputan data pada sistem INA-CBG.

Hubungan Aspek Administrasi Pelayanan dengan Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Berdasarkan Aspek Administrasi Pelayanan di RSUD Surya Husadha

No.	Aspek Administrasi Pelayanan	Berkas Pending				Total	
		Sesuai		Tidak Sesuai		F	%
		F	%	F	%	F	%
1.	Lembar Individual Pasien	145	100	0	0	145	100
2.	SEP	145	100	0	0	145	100
3.	Surat Perintah Rawat Inap (SPRI)	141	97,2	4	2,8	145	100
4.	Resume Medis	117	80,7	28	19,3	145	100
5.	Hasil Pemeriksaan Penunjang	88	60,7	57	39,3	145	100
6.	Rincian Biaya Perawatan	145	100	0	0	145	100
7.	Bukti Pendukung Lainnya	131	90,3	14	9,7	145	100

Berdasarkan Tabel 3 diketahui bahwa berkas klaim rawat inap yang mengalami pengembalian ditinjau dari aspek administrasi pelayanan didominasi oleh ketidaksesuaian hasil pemeriksaan penunjang dengan 57 berkas (39,3%), diikuti oleh ketidaksesuaian resume medis sebanyak 28 berkas (19,9%), ketidaksesuaian bukti pendukung lain sebanyak 14 berkas (9,7%), dan SPRI sebanyak 4 berkas (2,8%) sedangkan untuk lembar individual pasien, SEP, dan rincian biaya perawatan sudah sesuai dengan aspek administrasi pelayanan (100%). Ketidaksesuaian hasil pemeriksaan penunjang di- sebabkan oleh tidak terlampirnya bukti penunjang yang mendukung penegakan suatu diagnosis.

Tabel 4. Hubungan Aspek Administrasi Pelayanan dengan Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Surya Husadha

Aspek Administrasi Pelayanan	Berkas Klaim				Total	P-Value
	Sesuai		Tidak Sesuai			
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Sesuai	42	29,0	0	0	42	29,0
Tidak Sesuai	0	0	103	71,0	103	71,0

Hasil uji bivariat chi-square menunjukkan nilai p-value sebesar 0,000 berarti ada hubungan aspek administrasi pelayanan dengan pengembalian klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Surya Husadha. Pada Permenkes 269/MENKES/PER/III/2008 pasal 4 bahwa ringkasan pulang atau resume medis harus memuat antara lain diagnosis masuk,

indikasi pasien dirawat, ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, ringkasan hasil pengobatan dan tindak lanjut. Apabila terdapat indikasi medis yang tidak tertulis, anamnesa, diagnosis, obat atau terapi tidak lengkap maka akan menyebabkan berkas klaim dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan.

Ketidaksesuaian bukti penunjang penegakan suatu diagnosis atau hasil pendukung lainnya berupa hasil laboratorium, lembar monitoring, hasil pemeriksaan radiografi, laporan operasi, surat kematian, surat keterangan lahir, protokol terapi dan laporan polisi. Apabila laporan penunjang tidak ada atau tidak lengkap dalam pengajuan syarat klaim BPJS pada verifikator BPJS maka akan dikembalikan untuk dilengkapi atau dilampirkan [9]. Pengembalian data klaim dampak buruk bagi rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim sehingga dapat menyebabkan kerugian material [10]. Hal ini pula akan berdampak pada beban kerja petugas yang semakin bertambah, untuk mengatasi masalah pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan. Sehingga, perlu dilakukannya evaluasi terhadap kinerja dan kepatuhan petugas dalam pengisian berkas yang akan dilampirkan [11]. Oleh karena itu, diperlukannya peningkatan peran case manager dalam pelaksanaan monitoring dan open review rekam medis. Hal ini sebaiknya dilaksanakan sebelum pengiriman berkas ke koder untuk mengurangi pengembalian berkas karena ketidakefektifan pada berkas administrasi pelayanan.

Hubungan Aspek Pelayanan Kesehatan dengan Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Berdasarkan Aspek Pelayanan Kesehatan di RSUD Surya Husadha

No.	Aspek Pelayanan Kesehatan	Berkas Pending				Total	
		Sesuai F	%	Tidak Sesuai F	%	F	%
1.	Kesesuaian kode diagnosis dan tindakan berdasarkan ICD 10 dan 9 CM	119	82,1	26	17,9	145	100
2.	Kasus spesial CMG's	145	100	0	0	145	100
3.	Pengkodean bayi lahir sehat	145	100	0	0	145	100
4.	Pengkodean diagnosis utama dan sekunder yang berkaitan	139	95,9	6	4,1	145	100
5.	Pengkodean diagnosis yang menjadi satu kode	141	97,2	4	2,8	145	100

Berdasarkan Tabel 3 ditemukan bahwa ketidaksesuaian tertinggi dalam berkas klaim rawat inap yang ditinjau dari aspek pelayanan kesehatan terjadi karena masalah ketidaksesuaian kode diagnosis dan tindakan berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM sebanyak 26 berkas (17,9%). Selain itu, terdapat ketidaksesuaian dalam pengkodean diagnosis utama dan sekunder yang berkaitan sebanyak 6 berkas (4,1%), serta kasus di mana beberapa diagnosa digabung menjadi satu kode sebanyak 4 berkas (2,8%). Kesesuaian mencapai 100% diperoleh pada kasus spesial CMG's dan pengkodean bayi lahir sehat, hal ini menunjukkan bahwa pengkodean tersebut sudah sesuai dengan petunjuk verifikasi klaim.

Tabel 6. Hubungan Aspek Administrasi Pelayanan Dengan Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Surya Husadha

Aspek Administrasi Pelayanan	Berkas Klaim				Total	P-Value	
	Sesuai		Tidak Sesuai				
	Jumlah	%	Jumlah	%			
Sesuai	42	29,0	0	0	42	29,0	0,000
Tidak Sesuai	0	0	103	71,0	103	71,0	

Hasil uji bivariat chi-square menunjukkan nilai p-value sebesar 0,000. Maka H_0 ditolak, berarti ada hubungan aspek administrasi pelayanan dengan pengembalian klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Surya Husadha.

Penyebab pending klaim terhadap pemberian kode diagnosis dan tindakan berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM disebabkan oleh beberapa pengkodean kondisi utama dan sekunder saling berkaitan dapat digambarkan dengan satu kode dalam ICD 10 tetapi dikode secara terpisah. Selain itu, Berdasarkan rule morbiditas pada ICD-10 Volume 2 bahwa kondisi sekunder yang berupa gejala dari kondisi utama jika dapat dikode menjadi satu dengan kondisi utama maka tidak perlu dipisah. Ketidaksihesuaian tatacara pengkodean juga terjadi jika ada beberapa diagnosis yang tidak dikode menjadi satu padahal dapat dikode menjadi satu dan ada kode gabungan tersedia pada ICD 10. Diagnosis tersebut bukan merupakan diagnosis utama beserta penyebab atau gejala melainkan diagnosis penyerta. Koding merupakan suatu yang berpengaruh dalam program JKN. Oleh karena itu, perlu adanya peningkatan kompetensi pada koder dalam penetapan kode yang akurat.

IV. SIMPULAN

Aspek administrasi kepesertaan, aspek administrasi pelayanan dan aspek pelayanan kesehatan berhubungan dengan tingginya angka pengembalian data klaim. Semakin tingginya tingkat kesesuaian aspek administrasi kepesertaan, aspek administrasi pelayanan dan aspek pelayanan kesehatan maka akan semakin rendah angka pengembalian data klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Surya Husadha.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kami ucapkan kepada seluruh pihak dan bentuk penghargaan kami kepada para pihak yang telah membantu penelitian sampai dengan penulisan artikel.

REFERENSI

- [1] BPJS Kesehatan, Petunjuk Teknis Verifikasi. Jakarta, Indonesia: BPJS Kesehatan, 2014.
- [2] Departemen Kesehatan, "Peraturan Menteri Kesehatan No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis," Jakarta, Indonesia: Kementerian Kesehatan, 2008.
- [3] Departemen Kesehatan, Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Jakarta, Indonesia: Kementerian Kesehatan, 2009.
- [4] L. Indawati, "Analisis Akurasi Koding pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap di RSUP Fatmawati Tahun 2016," J. Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMiki), vol. 7, no. 2, pp. 113, 2019. [Online]. Available: <https://www.jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/105>
- [5] Irmawati, A. Kritijono, E. Susanto, and Y. Belia, "Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di RSUD R.A. Kartini Jepara," J. Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, vol. 1, pp. 45–51, 2018.
- [6] L. Megawati and R. Pratiwi, "Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta," J. Kesehatan Vokasional, vol. 1, pp. 36–43, 2016.
- [7] Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, Jakarta, Indonesia: Kementerian Kesehatan, 2014.

- [8] Peraturan Presiden Republik Indonesia, Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. [Online]. Available: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/94711/Perpres-No-82-Tahun-2018>
- [9] Sugiyono, Metode Penelitian Pendidikan: Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung, Indonesia: Alfabeta, 2016.
- [10] R. Triyulia Citra, A. Frisya, and N. Heltiani, "Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim dari BPJS ke Rumah Sakit," J. Manajemen Informasi Kesehatan (Health Information Management), vol. 8, no. 1, pp. 46–54, 2023. [Online]. Available: <https://doi.org/10.51851/jmis.v8i1.401>
- [11] World Health Organization, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), Volume 2. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2010. Peraturan Presiden Republik Indonesia. (2018). Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/94711/Perpres-No-82-Tahun-2018>