

## **Analisis Pelaksanaan Prosedur Klaim Rumah Sakit Pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kantor Cabang X**

Novia Ramadanis<sup>1</sup>, Wilda Tri Yuliza<sup>2</sup>, Gusrianti<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup>Program Studi Kesehatan Masyarakat STIKes Alifah Padang, Jalan Khatib Sulaiman No. 52B Padang 25134, Sumatera Barat, Indonesia

E-mail : [noviaramadanis1101@gmail.com](mailto:noviaramadanis1101@gmail.com)<sup>1</sup>, [wildatriyuliza@gmail.com](mailto:wildatriyuliza@gmail.com)<sup>2</sup>, [gusrianti819@gmail.com](mailto:gusrianti819@gmail.com)<sup>3</sup>

### **Abstrak**

Prosedur klaim penting untuk mendapatkan penggantian biaya pelayanan kesehatan. Permasalahan didalam pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit pada komponen autentifikasi penulisan dan audit pencatatan yang belum baik, masih menjadi penyebab resume medis pasien dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit pada BPJS Kesehatan Kantor Cabang X tahun 2024. Metode penelitian deskriptif kualitatif dengan melakukan wawancara mendalam. Penelitian dilakukan Maret-Agustus tahun 2024 menggunakan pedoman wawancara, lembar observasi, dan lembar *check list* dokumen. Data yang diperoleh dianalisis menggunakan triangulasi teknik dan triangulasi sumber. Hasil penelitian didapatkan jumlah petugas koding masih kurang, sementara jumlah verifikator BPJS Kesehatan sudah mencukupi, sarana prasarana pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit sudah lengkap. Metode yang digunakan oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan bisnis proses dan pihak rumah sakit sesuai Perjanjian Kerja Sama. Namun, proses melengkapi berkas klaim belum optimal berkas yang diserahkan tidak lengkap dan terlambat sehingga beberapa berkas klaim tidak lolos verifikasi. Klaim yang diajukan belum lengkap dan tidak tepat waktu, beberapa klaim dipending akibat adanya kesalahan klaim saat proses verifikasi. Disarankan petugas koding memastikan semua berkas klaim lengkap dan diserahkan tepat waktu. BPJS Kesehatan diharapkan memberikan peringatan tegas kepada rumah sakit yang tidak lengkap dan terlambat dalam menyerahkan berkas klaim.

**Kata kunci** : BPJS Kesehatan, klaim, rumah sakit, verifikasi

### ***Analysis of Hospital Claims Procedure Implementation at the Social Health Insurance Administration Body Office Branch X***

#### **Abstract**

Claim procedures are important to get reimbursement for health care costs. Problems in the implementation of hospital claim procedures in the authentication components of writing and poor recording audits are still the cause of patient medical resumes being returned by BPJS health verifiers. This study aims to determine the implementation of hospital claim procedures at BPJS health Branch Office X in 2024. The research method is descriptive qualitative by conducting in-depth interviews. The study was conducted from March to August 2024 using interview guidelines, observation sheets, and document checklist sheets. The data obtained were analyzed using technical triangulation and source triangulation. The results of the study showed that the number of coding officers was still lacking, while the number of BPJS Health verifiers was sufficient, the facilities and infrastructure for implementing hospital claim procedures were complete. The method used by BPJS health in accordance with the business process and the hospital according to the Cooperation Agreement. However, the process of completing claim files is not optimal, the files submitted are incomplete and late so that some claim files do not pass verification. Claims submitted are incomplete and not on time, some claims are pending due to claim errors during the verification process. It is recommended that coding officers ensure that all claim files are complete and submitted on time. BPJS Health is expected to provide a firm warning to hospitals that submit incomplete and late claim files.

**Keywords** : BPJS Health, claim, hospital, verification

## PENDAHULUAN

Indonesia termasuk salah satu negara yang memiliki penduduk padat. Setiap orang memiliki hak dalam menggunakan sumber daya di sektor kesehatan dan negara bertanggung jawab untuk memenuhi hak tersebut (Lewiani dkk., 2017). Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iurannya dan yang dibayarkan oleh pemerintah (Perpes RI No 111 Tahun 2013).

BPJS Kesehatan merupakan badan hukum resmi yang menjamin penyelenggaraan jaminan sosial kesehatan untuk seluruh masyarakat Indonesia agar sistem jaminan sosial dapat dilaksanakan dengan baik. Penyelenggaraan jaminan kesehatan merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh sesuai dengan kebutuhan medik dan mengikuti standar pelayanan medik (BPJS Kesehatan, 2020). Pelayanan kesehatan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan dalam menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik *promotif*, *preventif*, *kuratif* dan *rehabilitatif* yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat (Amran, 2023). Rumah sakit berhak menerima pembayaran klaim atas pelayanan yang diberikan kepada peserta, dan BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran klaim kepada faskes atau PPK (Permenkes RI No 28 Tahun 2014).

Pihak BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran klaim paling lama 15 hari setelah dokumen klaim lengkap. Jika ditemukan ketidaklengkapan atau ketidaksesuaian berkas yang diajukan akan dikembalikan kepada pihak rumah sakit atau fasilitas kesehatan. Berdasarkan penelitian terdahulu keterlambatan pembayaran klaim disebabkan 2 (dua) faktor yakni disebabkan pihak rumah sakit dan BPJS Kesehatan (Puspaningsih dkk.,

2022). Penelitian (Dwi, 2022) menyebutkan bahwa terlambatnya pengembalian berkas rekam medis pasien akan menyebabkan terhambatnya proses klaim asuransi Kesehatan seperti BPJS. Penelitian lain yang dilakukan oleh (Amalia dkk., 2023) juga menyebutkan pengajuan klaim rawat inap dilakukan masih belum sempurna, sehingga berkas dikembalikan dan harus direvisi oleh pihak BPJS Kesehatan dikarenakan masih ada kesalahan dan kekurangan.

Masalah dalam pelaksanaan prosedur klaim menurut penelitian (Rahayu & Sugiarti 2021) seperti, pada prosedur administrasi kepesertaan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit masih ada yang belum memiliki Standar

Operasional 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.

Pengajuan klaim tertinggi di Indonesia dari tahun 2015-2020 terdapat pada Provinsi Jawa Barat dan paling sedikit terdapat di Provinsi Papua Barat (Salim, 2022). Di Indonesia terdapat rumah sakit yang mengalami keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan, adapun beberapa contoh seperti Rumah Sakit Kebon Jati di Jawa Barat yang sering mengalami keterlambatan pengajuan klaim sebanyak 78,36% di tahun 2019, sedangkan di Sumatera Utara rumah sakit yang sering mengalami keterlambatan dalam pengajuan klaim adalah Rumah Sakit Madani Medan sebanyak 72,41% di tahun 2020 (Nikhmah dkk., 2021).

Berdasarkan survey awal yang dilakukan di BPJS Kesehatan Kantor Cabang X terdapat salah satu rumah sakit yang mengalami klaim pending sebanyak 31% dan klaim tidak layak sebanyak 14% Sehingga banyak terjadi kendala dalam prosedur klaim yang dilakukan oleh pihak rumah sakit. Masalah yang sering terjadi didalam prosedur klaim rumah sakit yaitu

komponen autentifikasi penulis dan audit pencatatan yang belum baik masih menjadi penyebab resume medis pasien dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan, seperti tidak adanya tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dan resume medis tidak lengkap, serta ketidakakuratan kode tindakan. Sehingga terjadi pengembalian berkas seperti belum ada SOP untuk kodifikasi tindakan, kodifikasi belum sepenuhnya dilakukan oleh koder, kurangnya jumlah ICD 9-CM dan koder tidak melakukan koding secara lengkap, sehingga proses pengajuan klaim menjadi tidak optimal atau terjadinya pending klaim.

Pada penelitian ini peneliti tertarik untuk mengetahui lebih lanjut mengenai prosedur atau alur pengajuan klaim. Sehingga peneliti akan melakukan penelitian mengenai analisis pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit pada BPJS Kesehatan Kantor Cabang X tahun 2024, melalui variabel-variabel dalam teori pendekatan sistem, yaitu *input*, proses dan *output*. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kantor Cabang X tahun 2024.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif. Penelitian dilakukan pada bulan Maret-Agustus tahun 2024, pengambilan data dilakukan pada tanggal 16, 18, dan 25 Juli serta 25 Agustus tahun 2024. Teknik penentuan informan adalah *purposive sampling* dengan melibatkan beberapa informan untuk mendapatkan informasi tentang pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit pada BPJS Kesehatan, dimana pada penelitian ini melibatkan 7 (tujuh) orang informan. Data yang dikumpulkan yaitu data primer dari hasil wawancara mendalam (*Indept Interview*) lembar *check list* dokumen dan observasi, sedangkan data sekunder didapatkan dari data-data yang sudah tersedia yang berkaitan dengan prosedur klaim rumah sakit. Analisis data dilakukan dengan

metode triangulasi teknik dan triangulasi sumber.

Aspek yang diteliti terdiri dari variabel *input* meliputi (tenaga pelaksana, sarana prasarana dan metode). Variabel proses meliputi (melengkapi berkas klaim, verifikasi administrasi klaim, verifikasi pelayanan kesehatan, persetujuan klaim dan pembayaran klaim) dan variabel *output* yaitu hasil pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit pada BPJS Kesehatan Kantor Cabang X tahun 2024. Selain itu pengolahan data yang digunakan terdiri dari membuat transkrip wawancara, mereduksi data, penyajian data serta menyimpulkan dan menafsirkan data.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### *Input*

Berdasarkan hasil penelitian, pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit melibatkan berbagai tenaga pelaksana, termasuk PIC rumah sakit, koder, dan staf BPJS Kesehatan, seperti staf administrasi klaim, staf verifikator, kepala bagian PMU, kepala bagian PKP, serta kepala cabang. Hal tersebut seperti yang diungkapkan informan berikut:

*“Melibatkan beberapa staf di bagian PMU ada....staf administrasi klaim, verifikator klaim, Kabag nya yg akan merigester, Kacab truss ke pembayaran keuangan nanti” (If-1)*

*”Kalau untuk melengkapi yaaa tu kan dari rumah sakit yang mengajukan klaim, itu sudah pasti PIC nya rumah sakit koder nya tu” (If-4)*

Dalam konteks verifikasi klaim, keberadaan tenaga kesehatan yang memadai sangat penting untuk memastikan bahwa setiap klaim memenuhi standar medis yang berlaku. Idealnya, tenaga verifikator klaim seharusnya memiliki latar belakang kesehatan, terutama dokter (Permenkes RI No 58 Tahun 2016). Namun, di BPJS Kesehatan Kantor Cabang X, hanya terdapat dua verifikator yang berlatar belakang pendidikan dokter, sementara sisanya berasal dari keperawatan dan kesehatan masyarakat.

Keterbatasan ini dapat menyebabkan kesulitan dalam memahami prosedur medis yang kompleks, sehingga berpotensi memperlambat proses verifikasi klaim. Hal tersebut seperti yang diungkapkan informan berikut:

*“Oo latar belakang pendidikan, yang paling tepatnya sih dokter bagroundnya yaa....karna emm kerja verifikator itu memeriksa pekerjaanya dokter, idealnya mereka yang paham juga diagnosa, kateregori-kategori penyakit, kan kita pakai INA-CBGs untuk pengkodean ICD 10 dan ICD 9-CM tu. Namun tidak menutup kemungkinan juga karna di BPJS dokter terbatas hanya di KC besar aja yang banyak dokternya, seperti ada Kacab, Kabag, Claim Advisor. Namun di BPJS ini kan boleh...bisa aja bagroundnya gak dokter gitu, tapi kita diberikan juga pembelajaran online dan offline otodidak lah bisa belajar dan regulasipun bisa kita baca, menjadi pedoman verifikasi itu kan halnya administrasi Kesmas kan administrasi bisa untuk itu dan itu bisa menyesuaikanlah” (If-3)*

Oleh karena itu, disarankan untuk menambah jumlah dokter dalam tim verifikator serta memberikan pelatihan tambahan kepada tenaga verifikator non-medis agar mereka dapat lebih memahami istilah medis, prosedur, dan diagnosis yang diperlukan.

Jumlah tenaga pelaksana prosedur klaim pada petugas koder masih belum mencukupi. Ketidakseimbangan antara jumlah pasien yang datang pada bulan-bulan tertentu dan petugas koding mengalami kesulitan karena kasus yang menumpuk. Hal tersebut seperti yang diungkapkan informan berikut:

*“Hemm belum ya... disini satu orang kadang pekerjaanya bisa dihendelah ketika kunjungan pasien gak rame, tapi dibulan tertentu pasien rumah sakit rame kesusahan jadinya, kan kasusnya banyak tu nanti numpuk” (If-5)*

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Wulandari F., 2020) bahwa

kekurangan jumlah tenaga koding yang menyebabkan beban kerja menjadi berat pada petugas yang ada, sehingga mengakibatkan penurunan produktivitas dan masalah dalam pengiriman berkas klaim. Untuk mengatasi tantangan ini, disarankan agar rumah sakit menambah jumlah tenaga koding serta menyesuaikan beban kerja dengan kapasitas masing-masing tenaga.

Hasil penelitian menyatakan sarana dan prasarana pada pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit menggunakan perangkat lunak (aplikasi) diantaranya INA CBGs V-Claim, Vedika, BOA, Apol, Vidi dan LUPIS. Sarana dan prasarana penunjang prosedur klaim sudah mencukupi, baik sarana dan prasarana untuk proses melengkapi berkas klaim, proses verifikasi maupun proses pembayaran klaim. Hal tersebut seperti yang diungkapkan informan berikut:

*“Kita melakukan pembayaran sinkronisasi di aplikasi V-Claim oo... untuk pengajuan dari RS ke Aplikasi Vedika tuu Aplikasi untuk proses verifikasi klaim, truss pembuatan BA dan Finalisasi pembayaran klaim, lalu ke aplikasi BOA tuu.... Aplikasi persetujuan pembayaran klaim berdasarkan nomor register klaim yang sudah diapprov oleh verifikator dan disetujui oleh Kabag PMU” (If-2)*

*“Kalau kita dirumah sakit kan Pakai INA CBGs untuk pengkodean ICD 10 dan ICD 9-CM truss ada Pcare E-Klaim V-Claim, TXT, BOA, LUPIS, DIVA untuk mengajukan klaim ke BPJS” (If-5)*

Kebijakan yang mengatur tentang prosedur klaim rumah sakit adalah Peraturan Presiden Republik Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan dan panduan bisnis proses menjelaskan pelaksanaan, tanggung jawab, dan prosedur untuk melengkapi berkas serta pengajuan klaim dalam perjanjian kerja sama antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan. Hal tersebut seperti yang diungkapkan informan berikut:

*“Ada Perpres nomor 82 tahun 2018 kemandian PMK nomor 28 tahun 2014 Perpres RI Nomor 111 tahun 2013, Permenkes RI*

*Nomor 27 tahun 2014 tentang INA CBGs” (If-1)*

*“Iya.. di Bispro itu menjelaskan tugas dan tanggung jawab masing-masing kita, itu bisa juga pedoman kita siii..” (If-2)*

*“SOP kami antara RS dengan BPJS, itu ada kerjasama antara RS dengan pihak BPJS dengan itulah kami bisa jalankan prosedur klaimnya, kan ada kesepakatan itu sesuai dengan PKS namanya yaa..” (If-5)*

BPJS Kesehatan menjalankan aturan yang dibuat oleh direksi atau BPJS Kesehatan pusat yang berpedoman pada kebijakan yang telah ditetapkan oleh pemerintah. Sedangkan rumah sakit menjalankan aturan dan kebijakan yang dibuat oleh pemerintah sehingga pelaksanaan prosedur klaim sudah mulai lancar dan berjalan baik. Hal tersebut seperti yang diungkapkan informan berikut:

*“Iya... ada juknis bagi kami itu, surat keputusan dari direksi” (If-4)*

*“Sudah Semua kebijakan-kebijakan kami jadikan acuan untuk pelaksanaan klaim ini” (If-3)*

*“Emmm.... kita ada buku ICD 10 dan ICD 9 CM nanti kita pengkodean berpedoman semua disana” (If-5)*

### **Proses**

Proses dalam melengkapi berkas klaim dilakukan oleh petugas koding atau koder di rumah sakit. Hal tersebut seperti yang diungkapkan informan berikut:

*“Kalau untuk melengkapi yaaa tu kan dari rumah sakit yang mengajukan klaim, itu sudah pasti PIC nya rumah sakit koder nya tu” (If-4)*

Berkas yang harus dilengkapi yaitu Formulir Pengajuan Klaim (FPK), *softcopy* luaran aplikasi, kwitansi asli bermatri, *cheklist* klaim, surat anti *fraud*, Surat Egibilitas Peserta (SEP), resume medis yang ditandatangani Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan

prosedur serta ditandatangani DPJP untuk rawat jalan, surat perintah rawat inap untuk yang rawat inap, dan berkas pendukung lain yang diperlukan. Hal tersebut seperti yang diungkapkan informan berikut:

*“Ada Surat pengantar klaim, kwitansi asli bermaterai cukup, surat anti fraud, cheklist klaim, softcopy luaran aplikasi berbentuk txt klaim, SEP, resume medis yang ditandatangani DPJP, bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani DPJP untuk rawat jalan, surat perintah rawat inap untuk yang rawat inap, dan berkas pendukung lain yang diperlukan” (If-3)*

Berdasarkan peraturan (BPJS Kesehatan, 2019) menyatakan bahwa rumah sakit harus menyerahkan berkas klaim paling lambat tanggal 10 setiap bulan berikutnya. Namun, berdasarkan hasil penelitian penyerahan berkas klaim oleh petugas koding belum berjalan dengan baik karena berkas klaim yang diserahkan masih belum lengkap dan tidak tepat waktu. Berkas klaim yang diserahkan oleh petugas koding sering tidak lolos dalam proses verifikasi. Hal itu terjadi karena berkas yang diajukan tidak lengkap, jumlah klaim masih belum sesuai dan rumah sakit sering telat mengirimkan berkas klaimnya. Hal tersebut seperti yang diungkapkan informan berikut:

*“Pernah... karna berkasnya kurang lengkap, trus kadang udah mau cut off RS belum ngasi berkasnya” (If-4)*

*“Adaa sih,, kalau kita di verifikasi kendalanya karna klaim yang pending-pending itu, kalaim yg ditunda, tu kan nantinya memperlambat proses verifikasi yang seharusnya klaim nya sudah naik sudah mau persetujuan untuk dibayar, ee malah konfirmasi balik lagi ke PIC koder rumah sakit itu karna itu kan gak efisien waktu verifikasi menyelesaikan klaimnya” (If-5)*

Berkas yang tidak lolos verifikasi akan dikembalikan oleh verifikasi ke petugas klaim atau petugas koding untuk dilengkapi atau diperbaiki. Hal tersebut

seperti yang diungkapkan informan berikut:

*“Hemm ada berkas yg dikembalikan karna tidak lolos verifikasi. Setelah diperiksa orang BPJS kadang ada nanti ketidaklengkapan berkas katanya...Nah mereka nanti konfirmasi ke kami atau di kembalikan, kami nanti ulang melengkapi lagi tu” (If-5)*

Untuk meningkatkan efisiensi, disarankan agar petugas coding memastikan bahwa semua berkas klaim lengkap dan diserahkan tepat waktu sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan. Melakukan implementasi sistem pemantauan dan pelatihan tambahan bisa membantu memperbaiki masalah ketidaklengkapan berkas klaim.

Menurut pedoman administrasi klaim dapat diketahui bahwa proses verifikasi melibatkan pengecekan dan pemeriksaan dokumen untuk memastikan bahwa semua informasi yang diperlukan ada dan akurat. Jika berkas klaim tidak lengkap atau jumlah klaim tidak sesuai, maka klaim tersebut tidak dapat diverifikasi dengan benar. Jumlah klaim yang diajukan harus sesuai dengan data dan bukti yang disertakan. Ketidaksesuaian jumlah klaim, seperti klaim yang melebihi atau kurang dari yang seharusnya, dapat mengindikasikan kesalahan atau ketidaktepatan dalam dokumen yang memerlukan klarifikasi atau perbaikan (BPJS Kesehatan., 2014a).

Verifikasi pelayanan kesehatan adalah memperhatikan *severity level*, mencocokkan pengkodean pelayanan yang diberikan dan mengevaluasi pemanfaatan layanan kesehatan dengan cara meneliti kesesuaian diagnosa dengan kode ICD 10 dan ICD 9-CM (Amalia dkk., 2023). Dari hasil penelitian terdapat kendala dalam verifikasi pelayanan kesehatan meliputi kesalahan dalam pengkodean yang mengakibatkan pending klaim dan adanya tindakan-tindakan baru. Hal tersebut seperti yang diungkapkan informan berikut:

*“Aada sih,, kalau kita di verifikator kendalanya karna klaim yang pending-pending itu, kalaim yg ditunda, tu kan nantinya memperlambat proses verifikasi yang seharusnya klaim nya sudah naik sudah mau persetujuan untuk dibayar, ee malah konfirmasi balik lagi ke PIC koder rumah sakit itu karna itu kan gak efisien waktu verifikator menyelesaikan klaimnya” (If-4)*

Hal ini sejalan dengan penelitian (Wulandari F., 2020) yang menyatakan bahwa kode yang digunakan tidak sesuai dengan layanan atau diagnosa yang sebenarnya diberikan. Kesalahan ini bisa mengakibatkan klaim yang tidak diproses dengan benar atau ditolak oleh pihak BPJS Kesehatan. Ini sering disebut sebagai pending klaim, di mana klaim ditunda atau belum disetujui karena adanya masalah dalam pengkodean.

Klaim yang disetujui untuk dilakukan pembayaran oleh BPJS Kesehatan adalah klaim yang telah melalui proses verifikasi dan evaluasi sesuai dengan ketentuan dan kebijakan yang berlaku. Proses ini meliputi pemeriksaan terhadap keakuratan data, kesesuaian layanan dengan kode yang diajukan, serta validitas dokumen yang terkait. Setelah klaim dinyatakan memenuhi semua persyaratan dan tidak ditemukan kesalahan, BPJS Kesehatan akan memproses klaim tersebut untuk pembayaran kepada penyedia layanan kesehatan. Persetujuan ini memastikan bahwa biaya yang diklaim sesuai dengan layanan yang diberikan dan bahwa seluruh prosedur administrasi telah diikuti dengan benar (BPJS Kesehatan., 2017).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum pembayaran klaim dilakukan oleh bagian keuangan BPJS Kesehatan, penting untuk melakukan verifikasi ulang terhadap data yang diserahkan oleh bagian Pengelolaan Manfaat Utama (PMU) guna memastikan kebenaran dan kelengkapan berkas. Hal tersebut seperti yang diungkapkan informan berikut:

*“Iyaa perlu lahh hmmm... untuk melakukan koreksi atau cek ulang berkas data yang*

*diserahkan PMU, apa benar udah lengkap”(If-1)*

Proses ini menghindari kesalahan pembayaran dan memastikan akurasi data, serta menjamin bahwa dokumen klaim sudah sesuai dan jelas, sehingga mengurangi potensi masalah di masa mendatang, seperti penundaan atau sengketa jumlah klaim (BPJS Kesehatan., 2017). Meskipun berkas telah diverifikasi oleh bagian PMU, bagian keuangan tetap melakukan verifikasi untuk mencocokkan berkas dengan data di aplikasi. Dokumen yang diperiksa mencakup surat pengajuan klaim, kwitansi, dan Berita Acara hasil verifikasi klaim (BPJS Kesehatan., 2014a).

Pembayaran klaim biasanya dilakukan pada hari ke-15, namun di BPJS Kesehatan Kantor Cabang X pembayaran lebih cepat, yaitu pada hari ke-13, tergantung pada kelengkapan dokumen dan efisiensi proses internal. Hal tersebut seperti yang diungkapkan informan berikut:

*“Sudahlah...kalau untuk pembayaran itu tepat waktulah. klaim biasanya dibayar di hari ke 15, emmm kalau lewat dari hari ke-15 BPJS kena denda. Tapi kita di BPJS KC ini hari ke-13 semua klaim itu sudah kita bayarkan.” (If-1)*

*“Tepat waktu lah... itu kan udah sesuai aplikasi dan aturan yang berlaku,... Pembayaran klaim dapat bervariasi tergantung pada kepatuhan penyedia layanan dalam melengkapi dokumen, kompleksitas klaim, dan efisiensi proses internal BPJS Kesehatan. kalau misalkan ada klaim yg tidak bisa dibayar yg ditinggalkan aja kalau udah sampai waktu bayarnya semua klaim itu wajib dibayarkan” (If-2)*

Dengan mempercepat proses pembayaran, BPJS Kesehatan menunjukkan komitmennya dalam meningkatkan efisiensi sistem keuangan dan memastikan arus kas yang lebih baik bagi peserta dan mitra layanan.

### **Output**

Keluaran yang diharapkan dari pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit adalah kelengkapan dan ketepatan waktu penyerahan berkas klaim ke BPJS Kesehatan serta ketepatan waktu pembayaran klaim rumah sakit. Meskipun prosedur klaim telah diatur sesuai kebijakan, kendala seperti keterlambatan pengajuan klaim, ketidaklengkapan berkas seperti tidak tersedianya Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), serta resume medis yang tidak lengkap, masih sering terjadi. Hal ini menyebabkan sejumlah klaim dipending saat proses verifikasi, mengakibatkan berkas dikembalikan untuk perbaikan dan keterlambatan dalam pembayaran biaya medis, yang berdampak pada arus kas penyedia layanan kesehatan. Hal tersebut seperti yang diungkapkan informan berikut:

*“Perbulanya....emm bagus..udah oke.. kadang kan dalam klaim sebulan itu banyak klaim yang dipending..itu ajasih yang menjadi kendalanya”(If-1)*

*Emmm gimana ya.. baik lah....itu aja siiii mengenai kelengkapan berkas dan ketepatan waktu mengajukan berkas klaim...aaa truss pengkodingan nya harus tepat dari rumah sakit biar gak ada klaim pending atau klaim yang di tunda” (If-4)*

Untuk memperbaiki situasi ini, rumah sakit perlu memastikan kelengkapan dokumen, melakukan pemeriksaan berkala terhadap status klaim, dan mengajukan klaim lebih awal dari tenggat waktu, sehingga proses dapat berjalan lebih lancar dan efisien.

### **SIMPULAN**

Jumlah tenaga untuk pelaksanaan prosedur klaim di BPJS Kesehatan Kantor Cabang X sudah mencukupi, sesuai dengan kebijakan yang meliputi staf administrasi klaim, staf verifikator, kepala bagian PMU, staf bagian PKP, kepala bagian PKP dan kepala cabang BPJS Kesehatan. Namun petugas coding di rumah sakit masih belum mencukupi. Tenaga verifikator dengan

latar belakang medis atau dokter di BPJS Kesehatan Kantor Cabang X masih kurang, di mana sebagian besar verifikator memiliki latar belakang kesehatan masyarakat, sehingga dapat mengakibatkan kesulitan dalam memahami prosedur medis atau diagnosis yang kompleks. Hal ini berpotensi mempengaruhi akurasi penilaian klaim dan memperlambat proses verifikasi, karena mungkin memerlukan konsultasi tambahan dengan dokter atau tenaga medis.

Proses verifikasi, persetujuan dan pembayaran klaim yang dilakukan oleh pihak BPJS Kesehatan berpedoman pada bisnis proses yang dibuat langsung oleh kantor pusat, sedangkan dalam proses melengkapi berkas klaim berpedoman pada Perjanjian Kerja Sama yang dibuat antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan. Serta kebijakan yang mengatur tentang prosedur klaim berupa Peraturan Presiden, Peraturan Menteri Kesehatan, dan peraturan dari direksi.

Mekanisme prosedur klaim sudah dilaksanakan sesuai dengan pedoman atau bisnis proses yang ada, namun dalam pelaksanaannya belum berjalan dengan baik. Masih ditemukan beberapa permasalahan seperti berkas klaim yang diserahkan ke kantor cabang belum lengkap dan tidak tepat waktu serta ada beberapa klaim yang dipending akibat adanya kesalahan klaim yang ditemukan saat proses verifikasi pelayanan kesehatan. Kendala-kendala ini menyebabkan berkas klaim dikembalikan ke rumah sakit atau koder untuk dilakukan perbaikan.

## UCAPAN TERIMAKASIH.

Ucapan terimakasih peneliti sampaikan kepada Kepala BPJS Kesehatan Kantor Cabang X yang telah mengizinkan kegiatan penelitian ini di kantor BPJS Kesehatan Kantor Cabang X.

## DAFTAR PUSTAKA

Adisasmito W. (2018) *Sistem Kesehatan Edisi Kedua*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.

- Adam C, Maramis F, & Wowor R. (2019). Analisis Prosedur Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rawat Inap RSUD Lapangan Sawang Kabupaten Kepulauan Siau Tagulandang Biaro. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi*, 8(7).
- Amalia I, Fannaya P, Vitianingsih W, & Rumana NA. (2023). Gambaran Prosedur Klaim Peserta Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSPAD Gatot Subroto Tahun 2022. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 3(4), 259–276. <https://doi.org/10.36418/cerdika.xxx>
- Amir BI, Suhadi, & Harun H. (2020). Identifikasi Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2020. *Jurnal Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (JAKK-UHO)*, 1(2), 1–12. Diambil dari <http://ojs.uho.ac.id/index.php/jakk->
- Amran R. (2023). Prosedur BPJS dan klaim BPJS di Rumah Sakit. *Health and Medical Journal*, 5(42), 147–157.
- Azwar A. (2018). *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi 3*. Jakarta: Binarupa.
- BPJS Kesehatan. (2014a). Pedoman Administrasi BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan. (2014b). Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim.
- BPJS Kesehatan. (2015). Mekanisme Verifikasi Klaim INA CBGs.
- BPJS Kesehatan. (2017). Panduan Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan Cabang Padang.
- BPJS Kesehatan (2018). Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Menyelenggarakan Jaminan Kesehatan.
- BPJS Kesehatan (2018). Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2018 Tentang Verifikasi dan Persetujuan Klaim.
- BPJS Kesehatan (2019). Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2019. Tentang Pedoman Pelaksanaan Klaim mengatur tata cara dan syarat pelaksanaan klaim dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- BPJS Kesehatan (2020). Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

- Nomor 5 Tahun 2020 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 Tentang Administrasi Kepesertaan Program Jaminan Sosial. BPJS Kesehatan (2020). Jakarta: BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan (2023). *Bisnis Proses C03 Manajemen Jaminan Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan*.
- Dwi U. (2022). Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketepatan Waktu Pengembalian Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Universitas Andalas Tahun 2022. *Skripsi (Tidak dipublikasi)*. Universitas Andalas.
- Lewiani N, Lisnawaty, & Akifah. (2017). Proses Pengelolaan Klaim Pasien BPJS. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2(6), 1–16.
- Muninjaya G. (2015) *Manajemen Kesehatan Edisi II. Kedokteran EGC: Jakarta*
- Nikhmah U. (2021). Tinjauan Keterlamabatan Pengajuan Klaim Pelayanan Ranap Pasien BPJS Kesehatan Di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2021. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan*, 26–33.
- Nurkonita F. (2019) Pelaksanaan Klaim BPJS/SJSN Terkait Case-mix ina CBG's di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta. *Skripsi (Tidak dipublikasikan)*. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada
- Permenkes RI No 28 Tahun (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.
- Permenkes RI Nomor 36 Tahun (2015). Tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Permenkes RI Nomor 58 Tahun (2016). Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.
- Permenkes RI No 3 Tahun (2020). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi Perizinan Rumah Sakit. Menkes RI (2020). Jakarta.
- Perpres RI No 111 Tahun (2013). Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 111 Tahun 2013 Tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Sistem Jaminan Sosial. Presiden RI (2013). Jakarta: Presiden Republik Indonesia.
- Perpres RI No 82 Tahun (2018). Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan. Presiden RI (2018). Jakarta: Presiden Republik Indonesia.
- Puspaningsih M, Chriswardani, Suryawati, & Paweles S. (2022). Evaluasi Administarasi Klaim BPJS Kesehatan dalam menurunkan kalim Pending. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 7(6), 7056–7064. <https://doi.org/https://doi.org/10.36418/syntax-literate.v7i6.7317>
- Rahayu L, & Sugiarti I. (2021). Analisis Prosedur Klaim BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit. *Indonesian Journal of Health Information Management (IJHIM)*, 1(2).
- Salim A. (2022). Bukti Baru dari Data Sampel BPJS Kesehatan: Pelayanan Penyakit Katastropik dan Transformasi Kesehatan. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan. *Diambil dari <https://chpm.fk.ugm.ac.id/bukti-baru-dari-data-sampel-bpjs-kesehatan-pelayanan-penyakit-katastropik-dan-transformasi-kesehatan/>*
- UU RI No 40 Tahun (2004). Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Presiden RI (2004). Jakarta: Presiden Republik Indonesia.
- UU RI No 44 Tahun (2009). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. Presiden RI (2009). Jakarta.
- UU RI No 24 Tahun (2011). Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Presiden RI (2011). Jakarta: Presiden Republik Indonesia.
- Wulandari F. (2020). Faktor-Faktor Penyebab Berkas Klaim BPJS Rawat Inap Yang Pending di Rumah Sakit Tahun 2020. *Skripsi (Tidak dipublikasikan)*. Stikes Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo, Surabaya.