


Pengembangan Sistem Penyiapan Dokumen Klaim Dalam Menghadapi Era Verifikasi Digital Klaim (VEDIKA)

¹Addinda Intan Mayangsari, ²Budi Hidayat

^{1,2}Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

Article Info Article history: Received 16 Desember 2022 Publish : 13 Januari 2023	Abstrak Latar Belakang: Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dengan penyelenggaranya menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib berdasarkan Undang-undang (UU) tentang SJSN yang memiliki tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iuran dibayarkan oleh Pemerintah melalui Badan Penyelenggara Kesehatan Sosial (BPJS) Kesehatan. Dalam sistem pembayaran ini memerlukan rekam medis berisikan ringkasan rekam medis dari Fasilitas kesehatan (Faskes), ringkasan rekam medis ini dapat berisikan identitas pasien, diagnosis, serta riwayat pemeriksaan dan pengobatan yang akan ditagihkan biayanya. Tujuan: artikel ini dibuat agar memahami pengelolaan keuangan pada sistem penyiapan dokumen klaim yang dilakukan oleh beberapa petugas. Metode: Observasi, pengumpulan data, dan analisa data dengan menggunakan pendekatan <i>design thinking</i> . Hasil: Didapatkan masih kurang patuhnya dokter Verifikator Internal Medis (VIM) dalam penggunaan sistem penyiapan dokumen klaim. Kesimpulan: Diperlukan pemantauan dan evaluasi terkait kepatuhan petugas dalam menggunakan sistem penyiapan dokumen klaim.
Article Info Article history: Received 16 Desember 2022 Publish : 13 Januari 2023	Abstract <i>The National Health Insurance (JKN) is part of the National Social Security System (SJSN) with its implementation using a mandatory social health insurance mechanism based on the Law (UU) on SJSN which has the aim of meeting basic public health needs that deserve to be given to everyone. who have paid dues or contributions are paid by the Government through the Social Health Administration (BPJS) Health. In this payment system, it requires a medical record containing a summary of medical records from health facilities, this summary of medical records may contain the patient's identity, diagnosis, and history of examination and treatment for which costs will be billed. This article was created to understand the financial management of the claim document preparation system carried out by several officers in dealing with the digital verification system carried out by BPJS Health. Through observation and analysis using a design thinking approach, the results obtained are that Internal Medical Verifier (VIM) doctors are still not suitable in using the claim document creation system. Therefore, it is necessary to monitor and evaluate the compliance of officers in using the claim document preparation system.</i>
Corresponding Author: Addinda Intan Mayangsari Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia Korespondensi: intandinda78@gmail.com	<p style="text-align: center;">This is an open access article under the Lisensi Creative Commons Atribusi-BerbagiSerupa 4.0 Internasional</p> 

1. PENDAHULUAN

Pada proses pengajuan klaim dijelaskan pada Peraturan Presiden no 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan bahwa pengajuan klaim yang diajukan oleh pihak Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan diberikan jangka waktu paling lambat 6 bulan sejak pelayanan selesai diberikan. BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama melalui sistem kapitasi dan untuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) berdasarkan cara *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's). (1) Manfaat dari JKN adalah jaminan sosial yang menjadi hak peserta dan atau anggota keluarganya. Kepesertaan disini terbagi atas dua yaitu PBI dan bukan PBI, untuk PBI peserta yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah dan bukan PBI adalah peserta rutin membayarkan iuran. Fasilitas kesehatan yang digunakan dalam

menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik dari segi promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilaksanakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan Masyarakat. Hal penting yang perlu diperhatikan dalam sistem pembayaran ini memerlukan rekam medis berisikan ringkasan rekam medis dari Fasilitas Kesehatan, yang terdiri atas identitas pasien, diagnosis, serta riwayat pemeriksaan dan pengobatan yang akan ditagihkan biayanya.

Tugas dokter yang dijelaskan dalam Peraturan Menteri Kesehatan no 26 tahun 2021 adalah seorang dokter memiliki tanggung jawab menegakkan dan menuliskan diagnosis utama, diagnosis sekunder dan tindakan/prosedur yang telah dilaksanakan serta membuat *resume* medis pasien secara lengkap, jelas dan spesifik selama pasien dirawat di rumah sakit. Diagnosis utama adalah diagnosis yang ditegakkan oleh dokter pada akhir episode perawatan yang menyebabkan pasien mendapatkan perawatan atau pemeriksaan lebih lanjut. Jika terdapat lebih dari satu diagnosis utama, maka dipilih yang menggunakan sumber daya paling banyak dengan tetap berpedoman pada aturan koding sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri ini, kecuali dalam kondisi tertentu. Diagnosis sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama selama episode perawatan yang merupakan komorbiditas atau komplikasi. (2) Dimana diagnosis sekunder berpengaruh dapat meningkatkan tarif INACBGS's melalui tingkat keparahan berdasarkan kode diagnosis di *resume* medis. *Resume* medis adalah informasi riwayat penyakit pasien yang dapat digunakan sebagai syarat klaim asuransi atau Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan sebagai bukti hukum. Prinsip *resume* medis bagi pasien BPJS Kesehatan adalah bahan untuk BPJS Kesehatan melakukan pembayaran ke rumah sakit (RS) atas pelayanan yang dilakukan, dan harus dapat menjelaskan semua yang terjadi pada pasien. Sehingga dalam pengisian pada *resume* medis harus berkesinambungan. Kejelasan penulisan pada *resume* medis adalah suatu keharusan sehingga kata-kata terlampir, suspek dan diferensial diagnosis tidak boleh ada. Selain itu, *resume* medis ialah informasi riwayat penyakit pasien yang dapat digunakan sebagai syarat klaim asuransi atau Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan sebagai bukti hukum. Prinsip *resume* medis bagi pasien BPJS Kesehatan adalah bahan untuk BPJS Kesehatan melakukan pembayaran ke rumah sakit (RS) atas pelayanan yang dilakukan, dan harus dapat menjelaskan semua yang terjadi pada pasien. Sehingga dalam pengisian pada *resume* medis harus berkesinambungan. Kejelasan penulisan pada *resume* medis adalah suatu keharusan sehingga kata-kata terlampir, suspek dan diferensial diagnosis tidak boleh ada.

Sistem pembayaran yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan membuat rumah sakit berinovasi melakukan pembuatan alur dalam proses penyiapan dokumen klaim, agar posisi dokumen klaim lebih tercatat lebih tercatat dan terekam sudah melalui proses dimana saja dokumen klaim berada, sehingga RS dapat memiliki target waktu untuk melakukan penagihan kepada pihak pembayar dan mengetahui dokumen-dokumen mana saja yang mendekati kadaluarsa untuk ditagihkan.

Proses penagihan klaim oleh RS dimana kelengkapan *resume* medis sangat perlu diperhatikan dan proses ini terbagi atas 2 (dua) yaitu proses penagihan biaya jaminan BPJS dan penagihan biaya jaminan Non-BPJS. Kelengkapan *resume* medis pada pasien rawat inap sangatlah penting karena merupakan salah satu syarat dalam pemberkasan klaim verifikasi rawat inap pasien jaminan, khususnya BPJS Kesehatan. Kelengkapan *resume* medis ini bagian dari ketidaksempurnaan isi *resume* medis, selain akuntansi biaya RS juga memiliki dampak yang signifikan pada pengelolaan rekam medis, seperti klasifikasi kode diagnosis dan tindakan, kompilasi statistik kesehatan, dan pembuatan laporan internal dan eksternal RS. (3)

Agar layanan kesehatan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan lebih efektif dan efisien, maka diperlukan kecepatan dalam proses verifikasi. (4) Proses verifikasi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan terbagi ada 2 (dua) proses, yaitu verifikasi klaim dan verifikasi pelayanan. Verifikasi administrasi klaim merupakan proses pengecekan dokumen yang akan diklaim dan sudah terdata dalam INACBG's, sedangkan verifikasi administrasi pelayanan adalah pengecekan kesesuaian *resume* medis yang dibuat baik dalam hal penegakkan diagnosis, tindakan, ada atau tidaknya kasus re-admisi, dan pemakaian alat kesehatan yang digunakan salam pasien dilakukan rawat inap. (5)

Sistem Verifikasi Digital Klaim (Vedika) merupakan program inovasi yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan yang bertujuan untuk mempercepat proses verifikasi, mengurangi klaim yang tertunda dan membuat lebih efisien dalam pekerjaannya bagi petugas BPJS Kesehatan. (6) Makna dari sistem Vedika ini semua pengerjaan verifikasi yang sebelumnya dilakukan di kantor pusat BPJS Kesehatan, saat ini dapat dikerjakan di kantor-kantor cabang BPJS Kesehatan, dikatakan lebih efisien baik dari sisi SDM, waktu proses verifikasi, pengaturan sistem Teknologi Informasi (IT) lebih optimal dan membangun proses pembayaran klaim lebih baik. Terdapat 2 (dua) proses verifikasi dalam sistem ini yaitu Virtual Klaim dan Verifikasi Digital. Dalam menghadapi sistem terbaru yang telah dibangun oleh BPJS Kesehatan, RS melakukan juga turut melakukan inovasi dengan membuat sistem penyiapan dokumen klaim secara elektronik. Tujuan kegiatan ini agar mengetahui tahapan dari masing-masing petugas dalam menyiapkan dokumen klaim agar tercatat dan terlacak tahapan tiap prosesnya.

2. METODE PENELITIAN

Metode penelitian menggunakan observasi dan melakukan analisa sistem penyiapan dokumen klaim ini menggunakan pendekatan *design thinking*, suatu metode pemikiran secara holistik yang berfokus pada terciptanya solusi yang dimulai dari proses empati dari manusia ditujukan untuk kebutuhan spesifik menuju inovasi yang berkelanjutan berdasarkan kebutuhan pengguna. Tahapan dalam *design thinking* ini terdiri atas proses *empathize*, *define*, *ideate*, *prototype* dan *test*. (7) Metode ini digunakan untuk mengembangkan sistem penyiapan dokumen klaim RS yang bertujuan untuk mengetahui rekam jejak berkas klaim pasien JKN yang dimulai dari pasien pulang sampai ke bagian penagihan jaminan RS.

3. HASIL PEMBAHASAN

Merancang sistem penyiapan dokumen klaim adalah perubahan yang baru pada sebuah rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Penyesuaian kondisi ini dapat menimbulkan risiko inefisiensi dan menimbulkan masalah yang tak terduga pada sistem yang baru dibentuk. Maka dari itu, artikel ini menggunakan analisa sistem *design thinking*, agar rumah sakit dapat melakukan deteksi pada tiap tahapan yang dijalankan. Pemikiran dasar dari *design thinking* ini adalah untuk mengetahui perencanaan, proses uji coba sistem, dan kendala pada sistem yang telah dibangun. (8) Sehingga pada sistem penyiapan dokumen klaim ini memiliki tujuan agar proses penyiapan ini dapat tercatat secara elektronik dalam sistem IT RS.

Berikut tahapan yang dilakukan berdasarkan pendekatan sistem *design thinking* :

1. *Empathize*, merupakan proses untuk menentukan masalah yang dibutuhkan dalam sistem ini. (8) Pada alur dokumen klaim di rumah sakit, peran serta dari berbagai profesi, dalam menyiapkan berkas resume medis pasien pulang, dimulai dari penata rekening, Verifikator Internal Medis (VIM), koder, dan Verifikator Internal Administrasi (VIA).
2. *Define*, melakukan pengumpulan informasi terkait kendala penyiapan dokumen klaim dari masing-masing bagian/profesi, sehingga pihak manajemen mengetahui rekam jejak berkas klaim berada di bagian mana dan segera dapat ditindak lanjuti.
3. *Ideate*, berdasarkan masalah yang ditemukan bagian keuangan RS, melakukan inovasi dengan membuat sistem penyiapan dokumen klaim secara elektronik. Dilakukan pemantauan dengan sampel sebanyak 100 resume medis saat pasien pulang. Pemantuan sampel ini bertujuan untuk melihat kontribusi dari masing-masing bagian/profesi dalam penyiapan dokumen klaim. Harapannya dengan sistem ini dibuat, berkas resume medis tersebut dapat dipantau dalam proses penyiapan dokumen klaimnya. Didapatkan dari 100 sampel resume medis ini, capaian penyiapan dokumen klaim yang dilakukan oleh 4 profesi tersebut hanya 3 berkas (3%), sedangkan penyiapan dokumen klaim oleh 2-3 profesi memiliki capaian paling tinggi jumlah berkasnya yaitu sebesar 97 berkas (97%).
4. *Prototype*, dilakukan identifikasi masalah berdasarkan hasil tersebut, ditemukan masalahnya adalah masih kurang patuhnya VIM dalam penyiapan dokumen klaim tersebut, dikarenakan kurangnya sosialisasi sistem tersebut. Selain itu, ditemukan juga ada perbedaan akses sistem

IT (IP, *Internet Protocol Address*) antara yang digunakan VIM dengan profesi yang lain (seperti penata rekening, koder, dan VIA

5. *Test*, setelah diketahui kedua akar masalah tersebut, pihak keuangan RS melakukan tindak lanjut dengan mengadakan sosialisasi sistem dan membuat rapat evaluasi penyiapan dokumen klaim RS. Permasalahan perbedaan akses IP *Address* itu pun segera ditindak lanjuti ke Unit Manajemen Sistem Informasi (UMSI) RS. Kemudian dilakukan uji coba kembali dengan memantau 100 sampel resume medis pasien pulang melalui sistem penyiapan dokumen klaim ini. Data yang didapatkan berupa, penyiapan dokumen klaim yang dilakukan ke-empat profesi memiliki capaian tertinggi yaitu sebesar 57 berkas (57%) dan penyiapan dokumen klaim oleh 2-3 profesi dengan capaian 43 berkas (43%).

Dokumen klaim adalah seluruh berkas yang dibutuhkan untuk pengajuan proses klaim, terdiri atas Surat Eligibilitas Pasien (SEP), Surat Perintah Rawat (SPR), resume medis, dan laporan tindakan atau operasi pasien. (9) Sistem penyiapan dokumen klaim ini dibuat untuk meminimalisir ketidak lengkapan berkas yang akan digunakan nantinya pada sistem Vedika pada BPJS Kesehatan. (6)

Dalam artikel ini analisa dengan menggunakan design thinking sangat tepat karena dasar dari metode ini adalah pendekatan berpusat pada manusia yang menciptakan inovasi untuk dapat bekerja secara dinamis dan berkesinambungan. (10) Berdasarkan analisa *design thinking*, proses *empathize* mengetahui kegiatan pemberkasan dokumen klaim ini bertujuan agar penyiapan dokumen klaim dapat terukur *response time* masing-masing bagian dan mempercepat pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan untuk peningkatan pendapatan RS. Proses *define*, melihat keterkaitan dalam tiap bagian profesi. Sehingga dapat memprediksi masalah yang akan muncul. Pada *ideate*, setelah masalah teridentifikasi, maka dilakukan pembuatan proyek inovasi yang menghubungkan profesi-profesi tersebut, pada *prototype*, melakukan simulasi sistem penyiapan dokumen, melakukan telusur risiko permasalahan, dan mencari solusi terhadap masalah yang terjadi. Dilakukan *test* yaitu melakukan tatalaksana terhadap masalah yang ditimbulkan dan mengharapkan umpan balik dari solusi yang telah diberikan. (8)

Program ini masih belum banyak dibuat oleh rumah sakit, karena mereka lebih berfokus pada dokumen klaim yang sudah dilakukan verifikasi oleh verifikator RS dan siap dikirimkan ke pihak BPJS Kesehatan. (4) Sehingga kebanyakan RS hanya membuat sistem persamaan persepsi hasil verifikasi pihak RS dengan pihak BPJS Kesehatan. (11)

Pada sistem penyiapan dokumen klaim ini, faktor dukungan dan kerjasama antar profesi sangat memengaruhi karena tanpa dukungan, sistem yang dibuat tidak akan berjalan dan manfaat yang didapatkan adalah percepatan pengembalian klaim dari RS. (12)

4. SIMPULAN

Menurut von Thienen, Royalty, dan Meinel (2017) *design thinking* adalah suatu proses pemecahan masalah yang berpikir kreatif, inovatif, dan kolaborasi dengan tim multi-perspektif. (13) Hal tersebut yang mendorong bagian keuangan rumah sakit melakukan inovasi dengan membuat sistem penyiapan dokumen klaim. Pada sistem penyiapan dokumen klaim di rumah sakit, terdapat 4 (empat) profesi yang berkontribusi dalam proses ini. Melalui penyiapan dokumen klaim secara elektronik, rumah sakit telah mempersiapkan diri dalam mengikuti program Vedika yang dilaksanakan oleh pihak BPJS Kesehatan. Proses telusur dokumen lebih tercatat dan setelah dokumen lengkap untuk diajukan klaimnya.

Pada sistem ini juga akan terlihat berapa pembiayaan rumah sakit yang telah dikeluarkan dan estimasi klaim yang akan didapatkan berdasarkan hasil koding oleh tim koder RS. Diperlukan prosedur yang jelas dalam melaksanakan program inovasi ini, secara harfiah prosedur adalah langkah kerja dimana fungsi atau metode dilakukan langkah demi langkah sampai akhir secara pasti untuk memecahkan masalah. Prosedur dalam penggunaan sistem ini, belum disosialisasikan secara jelas, sehingga urutan pelaksanaan penyiapan dokumen ini menjadi kendala. (14) Kendala yang ditemukan adalah masih kurangnya sosialisasi standar prosedur yang harus dilakukan

kepada beberapa profesi terutama kepada VIM dan perbedaan akses pada sistem IT yang masih belum sama pada IP *address*-nya saat menggunakan program ini.

Keuntungan dari analisa menggunakan design thinking ini dimana sebuah instansi dapat berpikir secara logis untuk mencari solusi dalam pemecahan masalah yang akan atau telah dihadapi menjadi sebuah inovasi yang dikerjakan secara berkelompok untuk menghasilkan hasil yang baru dan lebih baik.(15) Pada sistem penyiapan dokumen klaim ini terlihat jelas bahwa dibutuhkan kerja sama antar profesi agar bekerja se-efektif dan efisien dalam meningkatkan pendapatan RS ditunjang dengan sarana pra-sarana RS yang harus mumpuni.(16)

5. DAFTAR PUSTAKA

1. Presiden RI P. Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang JKN. Jakarta; 2018. p. 1–74.
2. Sadikin B. Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 26 tahun 2021 tentang pedoman indonesian case base groups (ina-cbg) dalam pelaksanaan jaminan kesehatan. 2021;
3. Sumiati S, Siswati S. Perbandingan Kelengkapan Pengisian Resume Medis Pasien Rawat Inap Jaminan BPJS Dan Non BPJS Terhadap Penagihan Biaya Di RSUD Kabupaten Karimun Kepulauan Riau. *Indones Heal Inf Manag J*. 2015;3(1):30–5.
4. Wahyuni Y, Suharyo S. Analisis Implementasi Verifikasi Digital Klaim (Vedika) Dengan Kejadian Tertundanya Klaim Bpjs Kesehatan Pada Bulan Januari, Februari Dan Maret 2019 Di Rs Panti Rahayu Purwodadi. *VISIKES J Kesehat Masy*. 2020;18(2).
5. Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial. Panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim. Jakarta; 2014.
6. Ahid M. Sistem Verifikasi Digital Klaim (VEDIKA) BPJS Kesehatan di RSUD Kabupaten Sidoarjo tahun 2019. Fakultas Kesehatan Masyarakat; 2019.
7. Razi AA, Mutiaz IR, Setiawan P. Penerapan Metode Design Thinking Pada Model Perancangan Ui/Ux Aplikasi Penanganan Laporan Kehilangan Dan Temuan Barang Tercecer. *Demandia J Desain Komun Vis Manaj Desain, dan Periklanan*. 2018;3(02):219–37.
8. Petrosoniak A, Hicks C, Barratt L, Gascon D, Kokoski C, Campbell D, et al. Design thinking–informed simulation: an innovative framework to test, evaluate, and modify new clinical infrastructure. *Simul Healthc*. 2020;15(3):205–13.
9. Widyaningrum L, Wariyanti AS, Parwati H. Faktor-Faktor Keterlambatan Klaim BPJS. In: Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKESnas). 2021. p. 14–8.
10. Hussein AS. Metode Design Thinking untuk Inovasi Bisnis. Universitas Brawijaya Press; 2018.
11. Putra DAA, Kusumo MP. Model Verifikasi Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Gamping. In: *Prosiding Interdisciplinary Postgraduate Student Conference*. 2016.
12. Alvianitasari EF, Jati SP, Fatmasari EY. Evaluasi Pelaksanaan Sistem Verifikasi di Kantor (Vedika) BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum William Booth Semarang. *J Kesehat Masy*. 2018;6(4):10–7.
13. Panke S. Design Thinking in Education: Perspectives, Opportunities and Challenges. 2019;1(1):281–306. Available from: <https://doi.org/10.1515/edu-2019-0022>
14. Rohman H, Wintolo A, Susilowati E. Analisis Penundaan Pembayaran Klaim Pada Sistem Vedika Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan Di Rumah Sakt Nur Hidayah Yogyakarta. *J Wiyata Penelit Sains dan Kesehat*. 2021;8(1):72–83.
15. Gerardou FS, Meriton R, Brown A, Moran BVG, Bhandal R. Advancing a design thinking approach to challenge-based learning. *Emerald Handb Chall Based Learn*. 2022;93–129.
16. Putri, Mutik Aromsin, Rusi Septyanani, and Aris Prio Agus Santoso. "Dampak Covid-19 pada Perekonomian Indonesia." *Prosiding HUBISINTEK 1*. 2020; 198-198.