

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan

Adapun kesimpulan dari penelitian ini antara lain :

1. Komponen *input*
 - a. Jumlah tenaga untuk pelaksanaan prosedur klaim di BPJS Kesehatan Kantor Cabang Padang 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 Kantor Cabang Padang. Namun petugas koding di RSJ Yaunin Padang hanya ada 1 orang petugas yang merangkap sebagai petugas klaim jumlah ini masih belum mencukupi.
 - b. Kurangnya tenaga verifikator dengan latar belakang medis atau dokter di BPJS Kesehatan Kantor Cabang Padang, 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.
 - c. Sarana dan prasarana penunjang prosedur klaim sudah mencukupi, sarana dan prasarana yang tersedia sudah sangat membantu dalam pelaksanaannya, serta penggunaannya sudah sesuai dengan fungsinya.
 - d. 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.

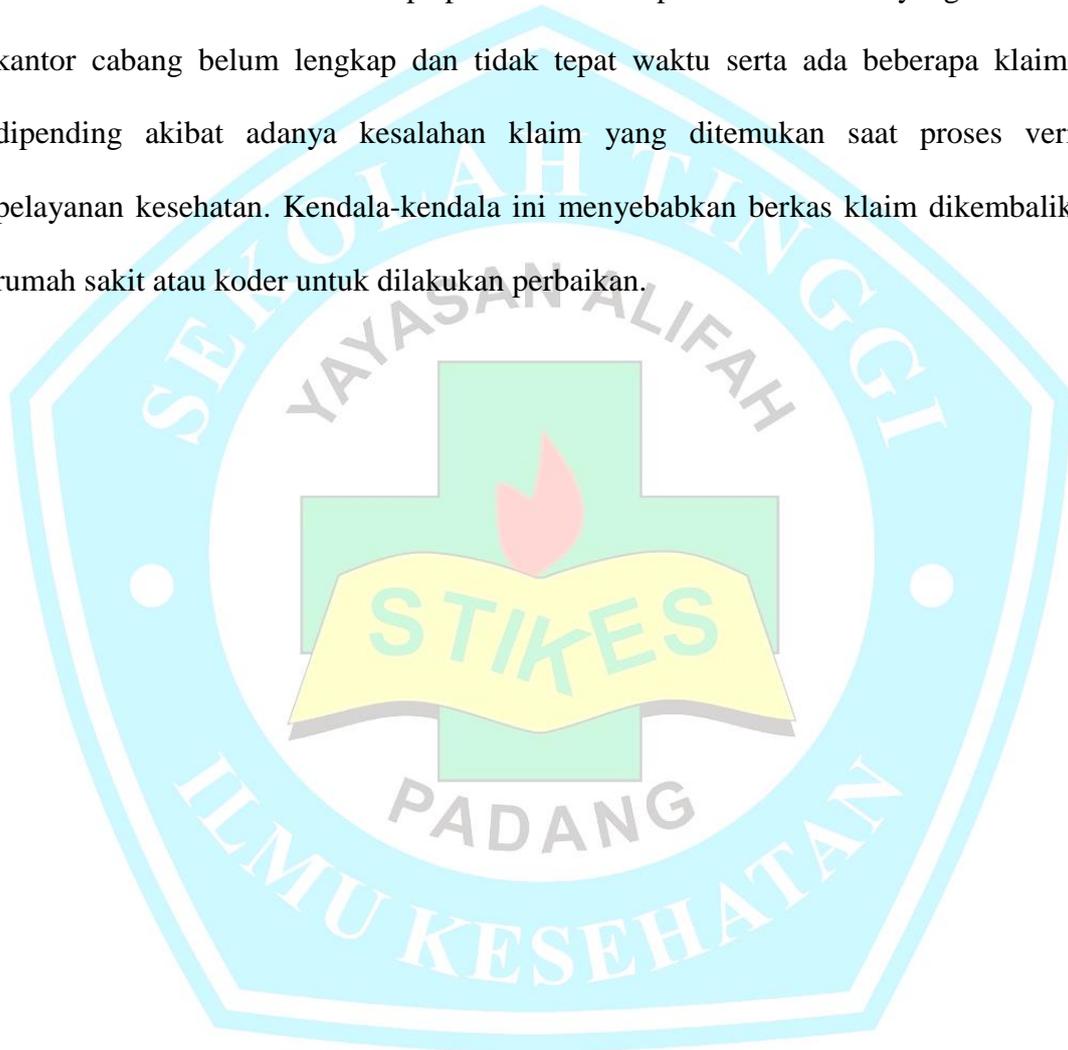
2. Komponen proses

- a. Berkas yang harus dilengkapi yaitu Formulir Pengajuan Klaim (FPK), *softcopy* luaran aplikasi, kwitansi asli bermatrai, *checklist* 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.
- b. Masih ada berkas klaim yang 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. Berkas yang tidak lolos verifikasi akan dikembalikan oleh verifikator ke petugas klaim atau petugas coding untuk dilengkapi atau diperbaiki.
- c. Tujuan dilakukan verifikasi pelayanan kesehatan adalah untuk menentukan kelayakan klaim untuk dilakukan pembayaran yang bertujuan memastikan pasien menerima pelayanan yang berkualitas serta mencegah terjadinya kecurangan.
- d. Dalam melakukan persetujuan klaim tidak ditemukan kendala, jika Kepala cabang tidak ada di kantor, ada surat tugas yang menyatakan penggantian tugas sementara kepada Pejabat pengganti sementara (Pps) Kepala BPJS Kesehatan yang berwenang melaksanakan tugas dan tanggung jawab Kepala Cabang.
- e. Verifikasi ulang berkas klaim di bagian keuangan sebelum pembayaran bertujuan untuk memastikan keakuratan klaim, mempercepat administrasi, meningkatkan efisiensi sistem keuangan, dan mengelola arus kas dengan baik, sehingga mengurangi

risiko penundaan dan penumpukan klaim serta menunjukkan komitmen BPJS Kesehatan dalam mendukung mitra layanan kepada penyedia layanan kesehatan.

3. Komponen *Output*

Mekanisme prosedur klaim sudah dilaksanakan sesuai dengan pedoman atau bisnis proses yang ada, namun dalam pelaksanaannya belum berjalan dengan baik dan lancar. 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.



B. Saran

Adapun saran yang dapat peneliti berikan adalah:

1. Bagi BPJS Kesehatan

- a. Agar verifikator dapat membagi waktu lebih efektif disarankan untuk melakukan penyesuaian beban kerja berdasarkan kapasitas dan keterampilan individu, serta situasi spesifik dari setiap klaim yang harus diverifikasi. Kemudian manajemen beban kerja, dengan pembagian kerja yang baik dan sesuai dengan kemampuan verifikator, sehingga proses verifikasi dapat dilakukan dengan lebih cepat dan lebih akurat.
- b. Disarankan untuk menambah jumlah verifikator dengan latar belakang pendidikan dokter dan menyediakan pelatihan khusus bagi verifikator yang memiliki latar belakang non-medis untuk meningkatkan pemahaman mereka tentang prosedur medis dan diagnosa penyakit.
- c. Disarankan melakukan pemeliharaan sarana dan prasarana penunjang prosedur klaim dapat dilakukan untuk tidak menghambat pekerjaan terutama saat melakukan verifikasi. Hal tersebut dapat membuat sarana dan prasarana bisa digunakan dalam jangka waktu yang lama.
- d. Disarankan untuk memberikan peringatan tegas kepada rumah sakit, termasuk mempertimbangkan penerapan sanksi berupa pemutusan kerja sama, bagi rumah sakit yang sering menyerahkan berkas klaim yang tidak lengkap atau tidak tepat waktu. Langkah ini bertujuan untuk mendorong perbaikan dalam pengelolaan berkas klaim dan memastikan kepatuhan terhadap prosedur serta batas waktu yang ditetapkan, sehingga proses administrasi dapat berjalan dengan lebih efisien dan akurat.

2. Bagi Rumah Sakit

- a. Diharapkan agar diadakan rencana penambahan tenaga koding oleh rumah sakit agar tidak lagi merangkap sebagai petugas klaim yang menyulitkan untuk membagi waktu.
- b. Disarankan agar petugas koding memastikan bahwa semua berkas klaim lengkap dan diserahkan tepat waktu sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan, memperbaiki kinerja untuk menyerahkan berkas klaim dengan lengkap sesuai petunjuk yang ada.
- c. Disarankan untuk meningkatkan pelatihan untuk mengurangi kesalahan koding bagi rumah sakit dan terapkan sistem pemeriksaan ganda di rumah sakit untuk memastikan bahwa berkas klaim telah dikodekan dengan benar.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Untuk peneliti selanjutnya, disarankan untuk melakukan penelitian lebih mendalam mengenai pelaksanaan prosedur klaim di rumah sakit, khususnya terkait dengan peran dan kinerja petugas koding agar dapat meningkatkan kualitas dan efektivitas proses klaim.