

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **1.1 Kesimpulan**

Berdasarkan pembahasan yang telah penulis kemukakan diatas, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

##### **1.1.1 Sistem Pengajuan Klaim**

1. Sistem pengajuan klaim oleh FKRTL kepada BPJS Kesehatan menggunakan aplikasi INA-CBGs. Mencakup tarif biaya pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan tanpa pengenaan iur biaya.
2. Klaim yang diajukan untuk RJTL (rawat jalan tingkat lanjutan), RITL (rawat inap tingkat lanjutan) secara kolektif oleh faskes kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya menggunakan aplikasi INA-CBGs.
3. Rumah sakit mengajukan klaim kepada bpjs kesehatan dalam bentuk *hard copy* (rekapitulasi) dan *soft copy* (data individual klaim)

##### **1.1.2 Sistem Administrasi Klaim**

1. Sistem administrasi klaim dilakukan menggunakan aplikasi vedika (verifikasi digital) oleh verifikator penjaminan manfaat rujukan.
2. Berkas yang harus dilengkapi adalah FPK, *softcopy* luaran aplikasi, kwitansi asli bermeterai, 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.

4. Serah terima berkas klaim dilakukan setelah berkas klaim diajukan oleh pihak rumah sakit dan serah terima berkas klaim dilakukan di Kantor BPJS Center oleh staf koding rumah sakit dengan verifikator penjamin manfaat rujukan.
  5. Proses verifikasi klaim meliputi, melengkapi berkas klaim, verifikasi administrasi klaim, verifikasi pelayanan kesehatan, verifikasi ulang unit keuangan dan persetujuan klaim oleh Kepala Bidang Keuangan dan Kepala Cabang.
3. Tujuan dilakukan verifikasi pelayanan kesehatan adalah untuk menjaga kualitas pelayanan agar tidak ada iur bayar dan untuk mencegah terjadinya Fraud.

### **1.1.3 Pembayaran Klaim kepada FKRTL**

1. Pembayaran klaim kepada FKRTL atas pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim di terima lengkap di kantor cabang.
2. Bagian kasir menerima berkas yang disetujui oleh Kepala Bidang Keuangan dan Kepala Cabang dan membawa Cek ke bank untuk dilakukan transaksi pembayaran kepada faskes.
3. Setelah transaksi selesai kasir menerima bukti transaksi kemudian dilakukan pembukuan pencatatan pembayaran oleh staf perencanaan dan pembukuan.

### **1.1.4 Evaluasi Sistem Akuntansi Pengajuan dan Pembayaran Klaim**

1. Perlunya sistem manajemen yang baik untuk meminimalisir keterlambatan pengajuan klaim oleh FKRTL yang sering terjadi yang menghambat proses verifikasi klaim.
2. Evaluasi penerimaan berkas klaim yang dilakukan di bpjs center oleh pihak coding rumah sakit dan verifikator bpjs karena adanya *double job* yang terjadi karena kurangnya petugas coding rumah sakit.
3. Otorisasi pengeluaran kas yang sangat baik dan adanya pemisahan fungsi antara pengajuan dan pembayaran klaim.
4. Perlindungan yang sangat baik terhadap catatan akuntansi yang bersifat rahasia yang tidak bisa diakses oleh staf lainnya.
5. Sistem pengendalian intern cukup baik dilihat dari otorisasi yang telah dilakukan oleh bagian yang terkait, dokumen yang digunakan sudah dirangkap, struktur organisasi yang ada sudah memisahkan tanggung jawab.

## 1.2 Saran

Setelah melakukan kegiatan magang selama 40 hari kerja di BPJS Kesehatan Cabang Padang di Bidang Penjaminan Manfaat Rujukan, Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan. Maka melalui laporan ini penulis akan memberikan saran yang mungkin dapat dijadikan masukan bagi BPJS Kesehatan Cabang Padang antara lain :

### 1.2.1 Proses Pengajuan dan Verifikasi Klaim

1. Dengan melihat dan mengamati sistem kerja di bidang penjaminan manfaat rujukan bpjs kesehatan cabang padang pada dasarnya sudah cukup baik, tetapi

- penulis menyarankan untuk lebih meningkatkan lagi efisiensi waktu kerja dan meningkatkan kedisiplinan terhadap karyawan.
2. Proses pengajuan klaim sudah cukup baik tetapi masih ada berkas klaim susulan akibat keterlambatan pengajuan klaim, untuk itu penulis menyarankan untuk adanya jadwal serah terima secara teratur setiap bulan untuk setiap rumah sakit sebelum dilakukan serah terima.
  3. Diharapkan untuk verifikator agar lebih teliti dalam melakukan proses verifikasi administrasi klaim dan verifikasi pelayanan kesehatan agar dapat mencegah fraud.
  4. Penulis menyarankan agar diadakan rencana penambahan tenaga koding oleh rumah sakit agar tidak terjadi *double job* sebagai petugas Klaim yang akan menyulitkan dalam membagi waktu.
  5. Diharapkan agar dilakukan pemeliharaan sarana dan prasarana penunjang prosedur klaim supaya tidak lagi menghambat pekerjaannya dilakukan kegiatan serah terima berkas klaim

### 1.2.2 Pembayaran Klaim

1. Sistem Akuntansi Pembayaran klaim kepada FKRTL oleh BPJS Kesehatan sudah cukup baik dan harus dipertahankan oleh perusahaan dengan cara melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan sistem akuntansi pembayaran klaim yang ada di perusahaan agar tetap berjalan dengan lancar.

2. Diharapkan proses pembayaran klaim kepada FKRTL dilakukan langsung setelah diterbitnya berita acara agar tidak adanya keluhan dari pihak rumah sakit terkait keterlambatan pembayaran klaim.
3. Diharapkan penjagaan atas catatan akuntansi lebih di perhatikan lagi agar tidak terjadinya kecurangan antar karyawan.

### **1.3.1 Evaluasi Sistem Pengajuan dan Pembayaran Klaim**

1. Diharapkan adanya evaluasi tata cara serah terima klaim
2. Diharapkan adanya evaluasi untuk dilakukan pemeliharaan sarana dan prasarana penunjang prosedur klaim supaya tidak lagi menghambat pekerjaan
3. Diharapkan agar BPJS Kesehatan membuat petunjuk khusus pelaksanaan dalam prosedur melengkapi berkas klaim untuk rumah sakit, begitu juga rumah sakit diharapkan membuat petunjuk pelaksana tersendiri agar lebih menegaskan peran dan tanggung jawab dari petugas pelaksana yang ada.
4. Diharapkan agar pihak rumah sakit melakukan monitoring pelaksanaan proses melengkapi berkas klaim dan pengajuan klaim.

