

INTISARI

Latar Belakang : Dalam rangka meningkatkan efektivitas dan optimalisasi proses verifikasi klaim, BPJS Kesehatan membentuk sistem verifikasi klaim digital yang disingkat VEDIKA. Sejak diimplementasikannya sistem Vedika pada tahun 2018, terdapat peningkatan jumlah klaim yang dipending setelah implementasi Vedika di RSUD dr. H. Jusuf SK. Sampai saat ini masih belum ada evaluasi mengenai implementasi Vedika yang telah berjalan lebih dari 5 tahun, baik dari pihak RSUD dr. H. Jusuf SK maupun dari pihak BPJS Kesehatan Cabang Tarakan.

Metode : Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain Studi Kasus. Data primer diperoleh dari wawancara mendalam. Data sekunder berupa telaah dokumen pendukung.

Hasil : Dalam pelaksanaan Vedika di RSUD dr. H Jusuf SK Kota Tarakan tahun 2022 terdapat permasalahan klaim yang menyebabkan klaim tidak dibayarkan. Faktor penyebab permasalahan klaim yang paling sering ditemukan adalah faktor verifikator, aplikasi Vedika dan kelengkapan dokumen klaim yang diajukan. Temuan ini dapat menjadi masukan untuk BPJS Kesehatan agar bisa menyeragamkan cara verifikasi yang dilakukan oleh masing-masing verifikator agar hasil verifikasi tidak jauh berbeda. BPJS Kesehatan juga dituntut untuk memperbaiki aplikasi agar permasalahan dalam penerapan Vedika bisa berkurang. Temuan ini juga menjadi masukan bagi RS untuk menyusun dan mengembangkan rekam medis elektronik untuk meminimalisir permasalahan klaim yang disebabkan oleh rekam medis.

Kesimpulan : Dalam penerapan Vedika di RSUD dr. H Jusuf SK Kota Tarakan tahun 2022, ditemukan bahwa masih terdapat klaim-klaim yang ditunda pembayarannya yang disebabkan oleh adanya kasus readmisi, ketidaksesuaian kode diagnosa dan prosedur serta kasus yang masuk dalam penjaminan pihak lain. Selain itu Verifikator BPJS Kesehatan memiliki persepsi yang berbeda-beda terkait proses verifikasi klaim, sehingga hasil verifikasi akan berbeda pada masing-masing verifikator.

Kata Kunci : *Vedika*, BPJS Kesehatan, Manajemen Klaim

ABSTRACT

Background : In order to enhance the effectiveness and optimization of claim verification processes, BPJS Kesehatan has established a digital claim verification system called VEDIKA. Since the implementation of the Vedika system in 2018, there has been an increase in the number of pending claims after the implementation of Vedika at RSUD dr. H. Jusuf SK. There has been no evaluation of the implementation of Vedika that has been running for more than 5 years, both from the RSUD dr. H. Jusuf SK and BPJS Kesehatan Tarakan.

Method : This study is a qualitative research with a Case Study design. Primary data was obtained through in depth interviews. Secondary data consisted of document reviews.

Results : In the implementation of Vedika at RSUD dr. H Jusuf SK Tarakan in 2022, there were issues with claims that resulted in unpaid claims. The most common causes of claim issues were found to be verifier-related factors, the Vedika application, and the completeness of the submitted claim documents. These findings can serve as input for BPJS Kesehatan to standardize the verification process carried out by each verifier so that verification results are not significantly different. BPJS Kesehatan is also required to improve the application to reduce issues in Vedika implementation. These findings also provide input for healthcare facilities to develop and enhance electronic medical records to minimize claim issues caused by medical records.

Conclusion : In the implementation of Vedika at RSUD dr. H Jusuf SK Tarakan in 2022, it was found that there were still claims that were delayed in payment due to cases of readmission, inconsistency in diagnosis and procedure codes, and cases falling under the coverage of other parties. Additionally, BPJS Kesehatan verifiers have varying perceptions regarding the claim verification process, resulting in different verification outcomes among verifiers.

Keywords : Vedika, BPJS Kesehatan, Claim Management