

ABSTRACT

Background: The guarantor service is the payment service that is charged to the guarantor who already has a cooperation agreement with the hospital. There are two categories of guarantees, namely guarantees for commercial purposes and guarantees for social purposes. BPJS claim is the submission of costs for the care of BPJS participants by the hospital to BPJS Health, carried out collectively and billed to BPJS Health every month. After that BPJS Kesehatan will approve the claim and make payments for files that are eligible, but for files that are not eligible, they must be returned to the hospital for re-examination. This study uses the type of research conducted is qualitative research. This research instrument uses observation, interviews and documentation. Analysis of the data in this study using data reduction, data presentation, and drawing conclusions. The results of the study contained 7,941 files that were eligible to be paid by BPJS Health, then 136 files that were not eligible for inpatient services, in Outpatient services as many as 55,587 files that were eligible to be paid by the BPJS then that are not worth as many as 3089 files. Files that are not eligible to be paid and returned to RSPAL dr. Ramelan with various causes, including one episode in inpatient services as much as 83%, then the second most common cause is readmission which is 8%, and not BPJS guarantees as much as 6%. And in outpatient care, the cause is one episode of treatment as much as 57% then fragmentation or unbundling as much as 10% and pending claims as much as 8%. The data is taken from the data report on returning files that are not eligible to be paid by the BPJS Health. and BPJS health RSPAL dr. Ramelan Surabaya for more coordination for enforcement of coding in accordance with correct coding rules, socialization of the latest policy on coding issues in accordance with the INA-CBGS claim guidelines issued by the Ministry, Socializing regulations and culture oriented to quality control and cost control, the implementation of good organizational and clinical governance, as well as regular monitoring and evaluation

Keywords: Claim, BPJS Health, Claim Return

ABSTRAK

Latar belakang: Pelayanan penjamin yaitu pelayanan pembayarannya yang dibebankan kepada penjamin yang sudah ada perjanjian kerjasama dengan Rumah Sakit. Terdapat dua kategori penjaminan yaitu penjaminan yang bertujuan komersial dan penjaminan yang bertujuan sosial. Klaim BPJS ialah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Setelah itu BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang memang layak, namun untuk berkas yang tidak layak harus dikembalikan ke rumah sakit untuk dapat diperiksa kembali. Penelitian ini menggunakan Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kualitatif. Instrumen penelitian ini menggunakan observasi, wawancara dan dokumentasi. Analisis data pada penelitian ini menggunakan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Hasil penelitian terdapat 7.941 berkas yang layak dibayarkan oleh BPJS Kesehatan, kemudian 136 berkas yang tidak layak pada pelayanan Rawat Inap, pada pelayanan Rawat Jalan sebanyak 55.587 berkas yang layak dibayarkan oleh pihak BPJS kemudian yang tidak layak sebanyak 3089 berkas. Berkas yang tidak layak bayar dan dikembalikan pada RSPAL dr. Ramelan dengan berbagai penyebab diantara lain satu episode pada pelayanan Rawat Inap sebanyak 83%, kemudian penyebab terbanyak kedua yaitu readmisi terbilang 8%, serta bukan jaminan BPJS sebanyak 6%. Dan pada Rawat Jalan penyebabnya adalah satu episode perawatan sebanyak 57% kemudian fragmentasi atau unbundling sebanyak 10% dan pending klaim sebanyak 8%. Data tersebut diambil dari laporan data pengembalian berkas yang tidak layak bayar oleh pihak BPJS Kesehatan. 1. Untuk meminimalisir jumlah pengembalian klaim selanjutnya sangat perlu dibuatkan checklist kelengkapan berkas klaim BPJS yang diberikan pada bagian DPJP atau pada bagian pemeriksaan pasien pengguna BPJS, 2. Untuk verifikator dan BPJS kesehatan RSPAL dr. Ramelan Surabaya untuk lebih koordinasi untuk penegakan coding yang sesuai dengan kaidah coding yang benar, adanya sosialisasi terhadap kebijakan terbaru permasalahan coding yang sesuai panduan klaim INA-CBGS yang diterbitkan oleh Kementerian, 3. adanya mensosialisasikan regulasi dan budaya yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya, adanya pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang baik, serta adanya monitoring dan evaluasi secara berkala

Kata kunci: Klaim, BPJS Kesehatan, Pengembalian