

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan mengenai tinjauan penyebab-penyebab pengembalian berkas klaim di RSPAL dr. Ramelan dapat diperoleh kesimpulan bahwa hasil penelitian berdasarkan observasi dan wawancara yang dilakukan penulis bahwa 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. Maka dapat disimpulkan bahwa faktor penyebab pengembalian berkas klaim di RSAL dr. Ramelan Surabaya di pengaruhi oleh faktor *machine,man,material*, dan faktor *methode*.

6.2 Saran

Saran yang dapat diberikan yaitu, untuk RSPAL dr. Ramelan

yaitu:

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 Kesehatan sehingga DPJP maupun tenaga medis mampu membantu dalam pengisian bagian-bagian tindakan yang diperlukan untuk klaim BPJS Kesehatan, hal ini bertujuan agar petugas UPKS dengan mudah melakukan pengajuan klaim BPJS.
2. Untuk verifikator dan BPJS kesehatan RSPAL dr. Ramelan Surabaya untuk lebih koordinasi untuk penegakan koding yang sesuai dengan kaidah koding yang benar, adanya sosialisasi terhadap kebijakan terbaru permasalahan koding yang sesuai panduan klaim INA-CBGS yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan agar dapat meminimalisir perbedaan persepsi koding diagnosa dengan verifikator BPJS Kesehatan.
3. Kemudian untuk meminimalisir terjadinya fragmentasi, readmisi, satu episode serta pending klaim pada pelayanan rawat jalan maupun rawat inap mampu 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.