

ABSTRAK

Judul : Tinjauan Faktor Penyebab Dikembalikannya Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSUD Raden Mattaher Jambi Tahun 2021

Nama : Dwi Tania Putri

Program Studi : Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Jaminan kesehatan nasional (JKN) dalam pemeliharaan kesehatan masyarakat menunjuk BPJS kesehatan sebagai penyelenggara pembayaran program jaminan kesehatan. Dalam pelaksanaannya BPJS menggunakan metode pembayaran sistem pembiayaan prospektif INA-CBGs, rumah sakit mengajukan klaim atas layanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta JKN nantinya biaya pelayanan tersebut akan dibayar oleh BPJS Kesehatan. Dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan melalui tahapan verifikasi yaitu verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan kesehatan. Apabila dalam proses verifikasi ditemukan ketidaklengkapan berkas klaim dengan ketentuan BPJS, maka berkas klaim tersebut akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi kembali. Tujuan penelitian adalah mengetahui faktor yang mempengaruhi pengembalian Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSUD Raden Mattaher Jambi. Metode penelitian yang digunakan adalah kuantitatif deskriptif. Sampel adalah 110 berkas klaim yang dikembalikan pada bulan Mei 2021. Pengumpulan data menggunakan observasi dan wawancara dengan instrumen daftar tilik dan pedoman wawancara. Hasil penelitian menemukan RS belum memiliki SPO yang mengatur pelaksanaan klaim BPJS, faktor yang menyebabkan pengembalian klaim yaitu ketidaksesuaian SEP dengan data yang di upload 3,6% (4 klaim), ketidaklengkapan softfile yang di upload dengan persyaratan 3,6% (4 klaim), kesalahan penulisan tanggal masuk 2,7% (3 klaim), kesalahan nama tindakan di lembar laporan tindakan 1,9% (2 klaim), ketidaksesuaian kode diagnosa utama & prosedur 30% (33 klaim), ketidaksesuaian kode diagnosa sekunder 18,2% (20 klaim), ketidaksesuaian kelas perawatan 12,7% (14 klaim), tidak ada hasil penunjang 20,9% (23 klaim), tidak tertulis riwayat penyakit 6,4% (7 klaim). Saran membuat SPO yang mengatur pelaksanaan klaim BPJS sehingga dapat meminimalisir pengembalian klaim.

Kata Kunci: Pengembalian Klaim, Persyaratan Klaim, BPJS Kesehatan

ABSTRACT

Title : Overview of the Causes of the Return of BPJS Claim Files for Inpatients at Raden Mattaher Jambi Hospital in 2021

Name : Dwi Tania Putri

Study Program : Medical Records and Health Information

The National Health Insurance (JKN) in the maintenance of public health appoints BPJS Kesehatan as the provider of payment for the health insurance program. In its implementation, BPJS uses the INA-CBGs prospective financing system payment method, hospitals submit claims for health services that have been provided to JKN participants, the cost of these services will be paid by BPJS Kesehatan. In the process of submitting BPJS Health claims, it goes through verification stages, namely verification of membership administration, verification of service administration and verification of health services. If in the verification process it is found that the claim file is incomplete with the provisions of BPJS, then the claim file will be returned to the hospital to be completed again. The purpose of the study was to determine the factors that influence the return of BPJS Inpatient Claim Files at Raden Mattaher Hospital Jambi. The research method used is descriptive quantitative. The sample is 110 claim files that were returned in May 2021. Data collection used observation and interviews with checklist instruments and interview guidelines. The results of the study found that the hospital did not have an SPO that regulates the implementation of BPJS claims, the factors that led to the return of claims were the SEP incompatibility with the uploaded data 3.6% (4 claims), the incompleteness of the uploaded softfile with 3.6% requirements (4 claims), entry date writing error 2.7% (3 claims), action name error in action report sheet 1.9% (2 claims), primary diagnostic code & procedure mismatch 30% (33 claims), secondary diagnostic code mismatch 18.2 % (20 claims), treatment class discrepancy 12.7% (14 claims), no supporting results 20.9% (23 claims), no written medical history 6.4% (7 claims). Suggestions for making SOP that regulate the implementation of BPJS claims so that they can minimize claim returns.

Keywords: *Claim Refund, Claim Terms, BPJS Health*