

Intisari

Latar Belakang: BPJS kesehatan merupakan badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan dengan tujuan memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat. Besaran pembayaran yang dilakukan BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah fasilitas kesehatan tersebut berada serta mengacu pada standar tarif INA CBGs. Pada saat proses verifikasi oleh verifikator BPJS masih ditemukan beberapa klaim yang dikembalikan, yaitu kasus klaim yang tidak purifikasi, klaim yang tidak sesuai dan klaim yang tidak layak. Klaim yang tidak layak adalah klaim yang tidak bisa untuk diklaimkan kembali dan tidak dapat direvisi. Hal tersebut dapat mengakibatkan rumah sakit tidak mendapatkan penggantian biaya yang telah dikeluarkan. Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Unit II Yogyakarta masih terdapat beberapa kasus klaim yang tidak layak, dari uraian tersebut maka peneliti tertarik untuk mengetahui faktor penyebab klaim BPJS tidak layak. **Tujuan:** Mengetahui alur pelaksanaan klaim BPJS dan mengetahui faktor penyebab klaim bpjs tidak layak klaim di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Unit II Yogyakarta.

Metode: Penelitian ini akan menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif dan rancangan penelitian *cross sectional*. Subjek yang akan menjadi penelitian ini adalah petugas pendaftaran, Petugas klaim BPJS/verifikator, dan Petugas *Grouping*. Objek yang akan menjadi penelitian ini adalah 200 klaim BPJS tidak layak pada bulan oktober dan desember 2014.

Hasil: Alur serta proses pelaksanaan klaim BPJS di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Unit II Yogyakarta telah sesuai dengan Manual Pelaksanaan JKN BPJS Kesehatan. Faktor penyebab klaim BPJS tidak layak adalah *man* (SDM) petugas medis yaitu dokter dan petugas rekam medis atau petugas *grouping*. *Money* (uang) yaitu kerugian dari klaim BPJS tidak layak pada bulan oktober dan desember 2014 dengan tarif rumah sakit Rp. 35.715.961 dan tarif INA CBGs senilai 38.474.600. *Matherial* (bahan) upaya pelayanan tindakan medis yang dilakukan, obat-obatan, jasa dokter dan barang medis habis pakai terutama pemberian paket obat kronis. *Methode* meliputi pelaksanaan pemberian paket obat kronis dengan jumlah 86 kasus, pengklaiman paket pelayanan/episode 109 kasus, dan pelayanan tidak berjenjang 5 kasus yang tidak sesuai dengan aturan BPJS Kesehatan serta belum adanya SOP pelaksanaan *grouping*. *Machine* yang meliputi belum adanya sistem *warning* pemberian paket obat kronis pada ruang dokter baik komputerisasi maupun manual. *Market* yaitu pihak yang mengajukan klaim atau pasien yang tidak mengikuti aturan pelayanan berjenjang.

Kata Kunci : Analisis, Faktor, Penyebab, Klaim, Alur klaim, BPJS, Tidak layak.

ABSTRACT

Background: BPJS health are the agency public law that are implementing the health insurance for the purpose meet the needs of public health. The amount of payments made to health facilities BPJS determined in accordance with agreement between the Health BPJS association of health facilities in the area of health facilities are located and refers to the standard fare CBGs INA . a claim which is not in accordance and the claims that are not suitable. At the time of the verification process by the verifier BPJS still found some claims that had been returned, the case of a claim that is not purified, a claim which is not in accordance and the claims that are not suitable. Claims that are not worthy of a claim that could not to be claimed back and can not be revised. This can result in the hospital did not get the costs have been issued. In PKU Muhammadiyah Hospital Unit II Yogyakarta there are still some cases of claims that is not worthy , of the discussion was then the researcher interested to know the causes of claims bpjs not worthy.

Objective: Knowing a groove BPJS the implementation of a claim and get to know the factors causing the claims BPJS not worthy of a claim in the PKU Muhammadiyah Hospital Unit II Yogyakarta.

Methods: This study will use descriptive method with qualitative approach and cross-sectional study design. Which will be the subject of this research is the registration officer, officers claim of BPJS / verifier , and officers grouping .The object will become of this research is 200 claims BPJS unfit in october and december 2014.

Results: A groove as well as the implementation process claim BPJS in PKU Muhammadiyah Hospital in Yogyakarta Unit II was in line with the Implementation Manual JKN BPJS Health. The factors causing the BPJS claims not worthy is man of that doctors and medical personnel medical records officer or officers grouping. Money is the loss of a claim BPJS not worthy in October and December 2014 with the hospital fare Rp. 35,715,961 and INA rates CBGs worth 38.4746 million. Matherial attempts medical procedures performed services, drugs, physician services and medical consumable goods, especially chronic administration of the drug package. Methods include the implementation of the provision of chronic medication package with the number of 86 cases, claiming package of services / episode 109 cases, and the service is not tiered 5 cases that do not comply with the rules BPJS Health and absence of SOP implementation of the grouping. Machine which include the lack of a warning system package chronic drug administration on the doctor's office either computerized or manual. Market is the party who filed the claim or patients who do not follow the rules of tiered services.

Keywords: Analysis, Factors, Causes, Claims, groove claims, BPJS, Not worth.