

ABSTRAK

Latar Belakang: BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sistem pembayaran dilakukan berdasarkan diagnosis pasien keluar. Rumah sakit mendapatkan pembayar berdasarkan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh rumah sakit untuk suatu diagnosis penyakit. Besaran biaya ini sangat ditentukan oleh diagnosis akhir pada saat pasien keluar rumah sakit yang ditetapkan oleh dokter yang merawat atau bertanggung jawab dan ketepatan kode yang diberikan oleh petugas rekam medis. Berdasarkan studi pendahuluan di Rumah Sakit Umum Tidar Magelang, pasien pengguna BPJS baik rawat inap maupun rawat jalan sebesar 80% setiap harinya. Hasil klaim dari rekam medis ke BPJS setiap bulannya ada yang dikembalikan dikarenakan ketidaklengkapan dokumen klaim. Dengan adanya hal tersebut, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai faktor penyebab klaim pasien BPJS dikembalikan oleh verifikator BPJS di RSUD Tidar Kota Magelang.

Tujuan: Mengetahui proses alur klaim BPJS pasien rawat inap, mengetahui faktor penyebab klaim BPJS pasien rawat inap dikembalikan oleh verifikator BPJS dan upaya untuk mengatasi berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS di RSUD Tidar Kota Magelang.

Metode Penelitian: Jenis penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Rancangan Penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah fenomenologi.

Hasil: Proses alur klaim BPJS di RSUD Tidar Kota Magelang dimulai dari pendaftaran pasien BPJS, pasien mendapat pelayanan rawat inap hingga selesai, pembuatan klaim BPJS di bagian rekam medis, entry klaim oleh petugas entry dan verifikator klaim BPJS. Berkas yang dikembalikan karena disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas pendukung klaim dan salah kode diagnosa dan tindakan maupun kesalahan entry. Upaya yang dilakukan oleh Perkam medis terhadap berkas klaim yang dikembalikan oleh bagian verifikator BPJS yaitu memperbaiki, merevisi dan melengkapi berkas yang salah dan tidak lengkap. Proses alur klaim BPJS di RSUD Tidar Kota Magelang dimulai dari pendaftaran pasien BPJS, pasien mendapat pelayanan rawat inap hingga selesai, pembuatan klaim BPJS di bagian rekam medis, entry klaim oleh petugas entry dan verifikator klaim BPJS. Faktor penyebab klaim BPJS pasien rawat inap dikembalikan oleh verifikator adalah faktor *man* dan *materials*. Faktor *man* berupa kesalahan dalam kode diagnosis dan tindakan serta kesalahan entry. Faktor *materials* berupa ketidaklengkapan berkas pendukung klaim BPJS.

Kata Kunci: Klaim BPJS, Pengembalian Klaim, Kelengkapan klaim

ABSTRACT

Background: *The BPJS health is a legal entity formed to organise Health assurance program. Health financing is an important part in the implementation of National health coverage (JKN). The system of payment is made based on the patient's diagnosis came out. Hospitals get a pembayarn based on the average cost spent by hospitals to a diagnosis of the disease. The magnitude of this cost is largely determined by the end of the diagnosis at the time of the patient out of the hospital established by the treating physician or responsible and the accuracy of the code given by the officers of the medical record.*

Based on preliminary studies on General Hospital Tidar Magelang, patient user BPJS either inpatient or outpatient amounting to 80% every day. The results of the claims of medical record to the BPJS every month there are returned due ketidialengkapan document claims. The existence of such things, then researchers interested in conducting research on factors causes the patient's claim of verifikator returned by the BPJS BPJS in RSUD Tidar Magelang.

Objective: *Know the process flow BPJS inpatient claim, knowing the factors cause inpatients BPJS claims returned by the BPJS verifikator and attempts to resolve the claim file returned by the BPJS verifikator in RSU Tidar Magelang.*

Methods: *The type of research conducted in this research is descriptive research with kuantitatif approach. The design of the Research used in this study is Phenomenology.*

Results: *the process flow of the claim in the RSUD Tidar BPJS Magelang city starts from patient registration BPJS, patients received inpatient services to finish, making claims on the part of the medical record BPJS, entry by entry and claims verifikator BPJS claims. The returned file because it is caused by incomplete and false claim of support files code diagnosis and action as well as the error entry.*

Keywords: *claims BPJS, Refund claims, the completeness of the claim*