

## INTISARI

**Latar Belakang:** Mekanisme pembayaran rumah sakit dalam era JKN dengan tarif paket INA CBGs. Pembiayaan layanan yang telah diberikan rumah sakit dibayarkan BPJS Kesehatan dengan proses pengklaiman. Banyak faktor penyebab yang mempengaruhi klaim tidak layak bayar .

**Tujuan:** Mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan klaim tidak layak bayar, mengidentifikasi penyebab dan perbedaan klaim tidak layak bayar, mendeskripsikan sikap dokter, sikap pimpinan rumah sakit, sikap administrasi RSJS, sikap BPJS Kesehatan Kota Magelang dan mendeskripsikan komunikasi pimpinan RSJS terhadap penyebab klaim tidak layak bayar di Layanan Rawat Jalan RSJS.

**Metode:** Jenis penelitian ini adalah penelitian studi kasus eksploratoris dengan desain studi kasus tunggal holistik (single holistik). Unit analisis penelitian ini adalah Layanan Rawat Jalan di RSJ Prof dr Soerojo Magelang. Informan penelitian ini adalah dokter spesialis dan dokter umum RSJS, pimpinan RSJS, administrasi RSJS dan BPJS Kesehatan Kota Magelang. Pemilihan informan penelitian ini dipilih secara purposive sampling. Pengumpulan data dengan wawancara mendalam dan observasi dokumen.

**Hasil:** Penyebab klaim tidak layak bayar terdiri dari penyebab pelayanan medik dan penyebab administrasi. Penyebab pelayanan medik terbanyak yaitu satu episode rawat jalan, satu episode rawat inap dan diagnosis bukan gawat darurat. Perbedaan penyebab dari data BPJS Kesehatan dan data rekam medis, yaitu diagnosis bukan gawat darurat merupakan diagnosis gawat darurat, satu episode rawat jalan/rawat inap merupakan dua episode rawat jalan/rawat inap. Komunikasi pimpinan RSJS tentang penyebab klaim tidak layak bayar tidak optimal, sikap dokter dengan informasi yang kurang, adanya aturan yang belum jelas dalam pemberian layanan kesehatan, ketidakpedulian terklaim atau tidaknya layanan yang telah diberikan ke peserta JKN, pemahaman verifikator BPJS Kesehatan tentang medik yang kurang sehingga dalam menentukan klaim tidak layak bayar menjadi inkonsistensi, terlalu ketat dalam proses verifikasi diperberat beban kerja verifikator BPJS Kesehatan di RSJS cukup besar dapat meningkatkan klaim tidak layak bayar. Sikap pimpinan RSJS yang telah melakukan tindak lanjut tetapi informasi tindak lanjut tidak dikomunikasikan ke dokter RSJS, sikap administrasi RSJS yang berespon positif dapat meminimalisir klaim tidak layak bayar

**Kesimpulan:** Komunikasi pimpinan, sikap dokter, sikap verifikator BPJS Kesehatan, dan tidak adanya standar operasional prosedur dalam menentukan langkah dalam menetapkan klaim tidak layak bayar merupakan faktor penyebab terjadinya klaim tidak layak bayar di Layanan Rawat Jalan RSJS.

**Kata Kunci :** Faktor Penyebab Klaim Tidak Layak Bayar, Peserta Jaminan Kesehatan Nasional dan Layanan Rawat Jalan RSJ Prof dr Soerojo Magelang.

## ABSTRACT

**Background:** The hospital payment mechanism in National Health Insurance era used INA-CBGs package tariff. The service payment which had given by hospital was paid by Indonesian National Health Insurance Agency with claiming mechanism. There were several factors and causes that affected unfeasible payment claim which could harm the hospital.

**Objective:** Identify the factors that caused the unfeasible payment claim , identify the cause of the unfeasible payment claim, describe the attitude of doctors, the attitude of the leadership of the hospital, the attitude of the administration RSJS, attitude BPJS Health Magelang and describe RSJS leadership communication to the cause of the unfeasible payment claim in the outpatient service RSJS.

**Method:** This research was an exploratory case study research with single holistic case study design. Analysis unit in this research was outpatient services in Prof. dr. Soerojo Magelang Mental Health Hospital. Research informants were specialized doctor and general practitioner RSJS, Prof. dr. Soerojo Magelang Mental Health Hospital's leaders, Prof. dr. Soerojo Magelang Mental Health Hospital's administrators, and Indonesian National Health Insurance Agency branch in Magelang City. The informant selection used purposive sampling. Data collection used in-depth interview and document observation.

**Result:** The cause of unfeasible payment claim consisted of medical services cause and administrative cause. The cause of medical services most that one episode of outpatient, one episode of inpatient and diagnosis is not emergency. The data difference between BPJS Kesehatan and medical record, non-emergency diagnosis that considered as emergency diagnosis, one episode of outpatient/inpatient considered as two episodes of outpatient/inpatient. The communication RSJS leaders about unfeasible payment claim is not optimal, the attitude doctor's with less information, the rules have not been clearly linked specificity RSJS in healthcare delivery, indifference claim services were they have rendered to the participant JKN, understanding verifier BPJS about medically less in determining the unfeasible payment claim into inconsistencies, too tight in the verification process and the workload verifier BPJS in RSJS large enough can increase in unfeasible payment claim .The attitude of the leadership of RSJS own conduct follow-up but follow-up information was not communicated to the doctor RSJS, the attitude of the administration RSJS who respond positively to minimize the unfeasible payment claim.

**Conclusion:** The leaders' communication, doctor's attitude, Indonesian National Health Insurance Agency's attitude and the unrepresented operational standard and procedure in determining steps of unfeasible payment claim were factors that could enhance the incidence of unfeasible payment claim.

**Keyword(s):** Unfeasible Payment Claim, National Health Insurance Participant, Outpatient Service of Prof. dr. Soerojo Magelang Mental Health Hospital.