

Analisis Penyebab Klaim Pending Pasien BPJS Kesehatan Rawat Inap Rumah Sakit Ummi Bogor Tahun 2023 = Cause Analysis of Claim pending For BPJS Kesehatan Inpatient Services of Ummi Hospital Bogor in 2023

Saly Salim Saleh Alatas, author

Deskripsi Lengkap: <https://lib.ui.ac.id/detail?id=9999920524929&lokasi=lokal>

Abstrak

Pemerintah Indonesia membentuk Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan untuk menjamin kesehatan warga negara Indonesia. Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial Kesehatan selanjutnya bekerjasama dengan rumah sakit untuk mewujudkannya. Rumah Sakit Ummi Bogor adalah rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan dan menerima dana pembayaran klaim dari tarif yang sudah ditetapkan BPJS Kesehatan berdasarkan berkas bukti pelayanan yang didapatkan pasien. Ketidaksesuaian hasil verifikasi klaim akan mengakibatkan klaim pending. RS Ummi Bogor merupakan RS tipe C yang sebagian besar pasiennya merupakan pasien BPJS, sehingga adanya klaim pending sangat berpengaruh terhadap cash flow rumah sakit terutama di unit rawat inap. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis penyebab klaim pending BPJS Kesehatan di unit rawat inap RS Ummi Bogor. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dan telaah dokumen. Hasil penelitian menunjukkan jumlah klaim pending di unit rawat inap pada bulan Maret sebesar 93 dari total 1412 berkas (6,58%) dengan biaya pending klaim sebesar Rp. 660.261.900. atau 11,37 % dari total biaya klaim layak. Klaim pending disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas klaim, ketidaksesuaian resource (pemakaian obat dan indikasi rawat) dengan diagnosa, ketidaksesuaian tindakan medis dengan diagnosa, kesalahan coding, dan ketidaksesuaian pemeriksaan penunjang dengan diagnosa umum. Permasalahan utama adalah kurangnya sosialisasi tentang peraturan terbaru BPJS kesehatan mengenai persyaratan penerimaan klaim kepada dokter yang memeriksa sehingga diperlukan sosialisasi, perekrutan dokter umum untuk menelaah kelengkapan berkas klaim, pelatihan coding untuk semua staff koder maupun rekam medis, membuat surat keputusan dari direksi yang mengatur waktu pemberian jasa medis kasus pasien klaim yang terpending, bridging sistem teknologi informatika antara Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) dengan e-klaim update kapasitas random excess memory untuk server dan database SIM-RS, dan monitoring serta evaluasi rutin untuk seluruh staf yang terlibat.

.....Indonesian Government established the National Health Insurance organized by Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan to guarantee the health of Indonesian citizens. Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial Kesehatan cooperates with hospitals to make it happen. Rumah Sakit Ummi Bogor is a hospital that cooperates with BPJS Kesehatan and receives claim payment funds from the rates set by BPJS Kesehatan based on the proof of service obtained by the patient. Inconsistencies in the results of claim verification will result in claims pending. Rumah Sakit Ummi Bogor is a type C hospital where most of the patients are BPJS patients, so that pending claims are very influential to the cash flow hospitals, especially in inpatient units. The purpose of this study is to analyze the causes of BPJS Kesehatan claims pending in the inpatient unit of . Rumah Sakit Ummi Bogor. This research is a qualitative study. Data collection was carried out through in-depth interviews and document review. The results of the study show that the number

of claims pending in the inpatient unit in March were 93 files out of a total of 1412 (6.58%) with a claim pending fee of Rp. 660,261,900 or 11.37% of the total cost of claims received caused by incomplete claim files, resource discrepancies (use of drugs and indications for treatment) with diagnoses, discrepancies between medical procedures and diagnoses, errors in coding, and incompatibility of investigations with general diagnoses. The main problem is the lack of socialization regarding the latest BPJS Kesehatan regulations regarding the requirements for accepting claims to doctors so that socialization is needed, recruiting general practitioners to review completeness of claim files, coding training for all coders and medical record staff, making a regulation from the directors that regulates the time of providing medical services for pending claims patient cases, bridging information technology system between management information system of hospital and e-claim, update RAM capacity for the management information system of hospital's server and database, and routine monitoring and evaluation for all staff involved