

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

1. Dalam penelitian kali ini Episode perawatan mendominasi angka tertinggi untuk klaim yang tidak layak bayar, telah ada buku panduan untuk episode rawat jalan dan Episode rawat inap, terkait dengan sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional belum optimal secara detail, khususnya Kelompok Staf Medis (KSM).
2. Terkait dengan koding yang dapat direvisi seharusnya dapat dilakukan konfirmasi dan koreksi klaim terkait koding yang dinilai tidak sesuai, dan BPJS Kesehatan tidak langsung menentukan klaim tersebut menjadi klaim tidak layak bayar.
3. Pimpinan memberi respon positif terkait dengan klaim tidak layak bayar, dengan berusaha memberikan sosialisasi apabila ada regulasi yang harus disampaikan pada jajaran layanan terkait untuk kelancaran pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, sehingga meminimalisir klaim tidak layak bayar, walaupun belum secara detail disampaikan pada unit-unit terkait.Regulasi BPJS kesehatan sering berubah menjadi kendala teknis dilapangan.
4. Dokter di RSJ Prof.dr.Soerojo Magelang merespon positif berharap dapat dilibatkan Komite Medik, Tim Kendali Mutu Dan kendali

- Biaya, Kelompok Staf Medis yang ada di RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang dan berharap ada perubahan Struktur Organisasi untuk Tim Kendali Mutu Dan kendali biaya sehingga ada penugasan khusus dari Direktur Utama RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang.
5. Dapat di optimalkan Tim Kendali mutu Dan Kendali Biaya Rumah Sakit, Tim Froud di Rumah Sakit, Komite Medik dan Staf Fungsional Medis.
 6. Standard Operasional Prosedur untuk alur proses klaim tidak layak bayar belum ada di RSJ Prof.dr.Soerojo Magelang.

B. SARAN

1. Sumber pendapatan rumah sakit terbesar pada klaim BPJS Kesehatan, seluruh jajaran rumah sakit dari Pimpinan tertinggi sampai dengan pelaksana teknis dilapangan harus mempunyai komitmen bersama agar pelaksanaan klaim Jaminan Kesehatan dapat berjalan sesuai dengan regulasi yang telah ditetapkan
2. Di bentuk Tim Manajement INA CBG'S sebagai pengendali pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit.
3. Apabila ada regulasi baru terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional, MOU antara BPJS Kesehatan Dan Rumah sakit harus dilakukan usulan adendum, atau apabila ada layanan baru di rumah

sakit dapat diusulkan untuk adendum dan review ulang terkait MOU tersebut, agar pelaksanaan layanan dapat diklaimkan.

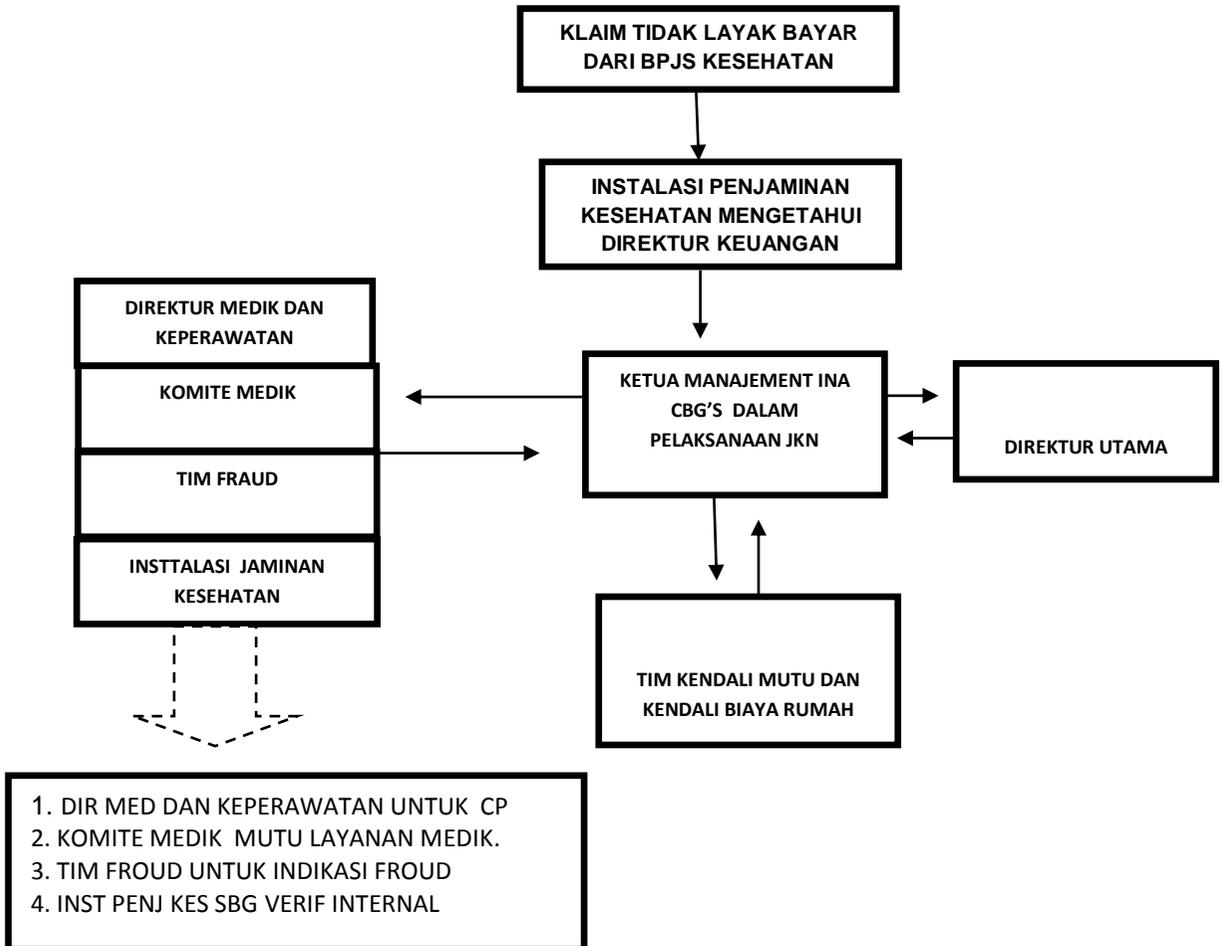
4. Diadakan pelatihan external maupun internal untuk petugas koding, baik verifikator koding yang ada di Instalasi penjaminan Kesehatan maupun Koding di Instalasi Rekam Medik untuk meningkatkan pengetahuan mengenai regulasi yang ada. Petugas yang diikutkan pelatihan memaparkan hasil dari pelatihan tersebut kepada unit terkait lainnya sehingga meminimalisir klaim tidak layak bayar..
5. *Best Practise Sharing* (BPS) untuk mempertajam pengetahuan dan memperkaya ilmu, karena regulasi terus mengalami menyempurnaan, dengan mengundang narasumber yang kompeten di bidang Jaminan Kesehatan Nasional, sehingga cakupan bagi pegawai lebih luas.
6. Melakukan review dan evaluasi secara berkala, terkait dengan klaim di RSJ Prof.dr.Soerojo Magelang.
7. Dibentuknya Tim Manajement INA CBG'S Jaminan Kesehatan Nasional untuk kelancara pelaksanaan JKN dengan Susunan : Ketua, Sekretaris, Dan Anggota terdiri dari Instalasi Penjaminan Kesehatan, Instalasi Rekam Medik dan Instalasi SIRS untuk pelaksana di lapangan.
8. Membuat Alur Proses Standard Operasional Prosedur klaim tidak layak bayar yang melibatkan Tim Manajement INA CBG,S , TIM

- Kendali Mutu Dan kendali Biaya Rumah sakit, TIM Froud, Komite Medik, Staf Fungsional Medis dan unit terkait lainnya dalam penyelesaian klaim tidak layak bayar tersebut.
9. Membuat SPO tentang Episode perawatan sesuai dengan Permenkes No 76 Tahun 2016 tentang Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, agar lebih mempermudah pelaksana teknis dilapangan memahami tentang episode perawatan tersebut.

 <p>RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang</p>	ALUR PROSES PENYELESAIAN KLAIM TIDAK LAYAK BAYAR DI PROF.DR.SOEROJO MAGELANG		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen	No. Revisi:	Halaman: 1/2
	Tanggal Terbit	Ditetapkan, Direktur Utama, NIP.....	
PENGERTIAN	Alur proses penyelesaian klaim tidak layak bayar di RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang.		
TUJUAN	Untuk menyelesaikan permasalahan klaim tidak layak bayar di RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang.		
KEBIJAKAN	Surat Keputusan Direktur Utama No..... Tentang Kebijakan Pelaksanaan penyelesaian klaim tidak layak bayar di RSJ Prof.dr. Soerojo Magelang.		
PROSEDUR	Proses penanganan klaim tidak layak bayar di RSJ.Prof.Dr.Soerojo Magelang : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengiriman laporan klaim tidak layak bayar dari BPJS Kesehatan ke RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang. 2. Instalasi Penjaminan Kesehatan membuat surat tertulis ke Tim Manajemen INA CBG'S diketahui oleh Direktur Keuangan Dan Administrasi Umum, pada setiap klaim yang tidak layak bayar tersebut. 3. Ketua Tim Manajemen INA CBG'S memberikan disposisi ke TIM Kendali Mutu Dan Kendali biaya Rumah sakit. 4. Tim Kendali Mutu Dan Kendali Biaya rumah sakit melakukan cheklis kasus klaim tidak layak bayar tersebut untuk : <ul style="list-style-type: none"> - Masalah medis ceklist kesesuaian dengan Clinical pathway, apabila belum ada dapat direkomendasikan. - Regulasi JKN di sesuaikan dengan MOU, bila regulasi baru, Tim melakukan cek di sesuaikan antara MOU dan Regulasi yang berlaku, apabila belum tercantum dalam 		

	<p>MOU harus ada adendum dan ketentuan pemberlakuan regulasi baru sesuai dengan regulasi baru disesuaikan dengan tanggal penetapan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cheklist kelengkapan dokumen klaim. - Cheklist apabila ada kasus froud. <p>5. Tim Kendali Mutu Kendali Biaya Rumah Sakit membuat laporan hasil secara tertulis kepada Ketua Manajemen INA CBG'S sebagai ketua pelaksana manajemen Jaminan Kesehatan Nasional di RSJ Prof.dr.Soerojo Magelang, tembusan kepada Direktur Utama sebagai laporan.</p> <p>6. Ketua Manajemen INA CBG'S membuat surat tertulis hasil temuan dari Tim Kendali Mutu Dan kendali biaya Rumah Sakit sesuai dengan kasus yang di temukan kepada :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Direktur Medik Dan Keperawatan untuk Chlinical Pathway - Tim Froud Rumah Sakit untuk indikasi froud - Instalasi Penjaminan Kesehatan sebagai verifikator Internal rumah sakit untuk Administrasi kelengkapan klaim dan koding. - Komite Medik untuk mutu layanan medik. <p>7. Masing-masing unit setelah ditemukan permasalahan pada kasus tersebut, maka akan dilakukan koordinasi dan sosialisai pada masing-masing unit agar kasus yang sama tidak terulang kembali.</p>
<p style="text-align: center;">UNIT TERKAIT</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur Medik Dan keperawatan 2. Direktur Keuangan Dan Administrasi Umum 3. Ketua Komite Medik 4. Ketua Tim Manajemen INA CBG'S 5. Ketua Tim Froud 6. Ketua Tim KMKB 7. Instalasi Penjaminan Kesehatan

**ALUR PROSES PENYELESAIAN KLAIM
TIDAK LAYAK BAYAR DI PROF.DR.SOEROJO MAGELANG**



LOGO RS	<p style="text-align: center;">PENGABUNGAN KLAIM PADA EPISODE PERAWATAN RAWAT JALAN</p>		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen	No. Revisi:	Halaman:
	Tanggal Terbit	<p style="text-align: center;">Ditetapkan, Direktur Utama,</p>	
PENGERTIAN	<p>Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter dan atau pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan atau tatalaksana yang diberikan pada hari pelayanan yang sama.</p>		
TUJUAN	<p>Pelaksana teknis agar dapat mengimplementasikan di lapangan terkait dengan regulasi Jaminan Kesehatan Nasional.</p>		
KEBIJAKAN	<p>Surat Keputusan Direktur Utama No..... Tentang Kebijakan Pelaksanaan layanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSJ Prof.dr. Soerojo Magelang.</p>		
PROSEDUR	<p>Pelaksanaan penggabungan klaim rawat jalan satu episode rawat jalan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pada pemeriksaan penunjang yang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama yaitu pemeriksaan penunjang yang sesuai indikasi medis perlu persiapan khusus dan atau kendala kapasitas pelayanan penunjang maka tidak dihitung sebagai episode baru, klaim gabungan menjadi satu. 2. Pasien yang mendapatkan pemeriksaan penunjang dan hasil pemeriksaan tersebut tidak dapat diselesaikan pada hari yang sama akan mendapatkan pelayanan konsultasi dokter lanjutan dan merupakan episode baru, klaim saat bertemu dokter pertama dapat diklaimkan, dan saat pembacaan hasil penunjang bisa diklaimkan menjadi episode baru. 3. Pasien yang datang ke rumah sakit mendapatkan pelayanan rawat jalan 		

	<p>ada satu atau lebih klinik spesialis pada hari yang sama, terdiri dari satu atau lebih diagnosis, dimana diagnosis satu dengan yang lain saling berhubungan atau tidak berhubungan, dihitung sebagai satu episode,</p> <p>4. Pasien datang kembali ke rumah sakit dalam keadaan darurat pada hari pelayanan yang sama, maka keadaan darurat tersebut dianggap sebagai episode baru walaupun dengan diagnosis yang sama, dapat di klaimkan dua kali.</p> <p>5. Pasien yang datang ke IGD dan pada hari yang sama datang kembali kerumah sakit untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan maka tidak bias dihitung sebagai episode baru, berkas klaim digabung menjadi satu dan ditagihkan satu kali klaim.</p>
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1.Instalasi Rawat Jalan 2.Instalasi Rawat Inap 3.Instalasi Gawat Darurat 4.Instalasi Rekam Medik 5.Instalasi Penjaminan Kesehatan

LOGO RS	EPISODE PERAWATAN DARI RAWAT JALAN DAN IGD DI HARUSKAN RAWAT INAP PADA HARI YANG SAMA		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen	No. Revisi:	Halaman:
	Tanggal Terbit	Ditetapkan, Direktur Utama,	
PENGER TIAN	Dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Apabila pasien rawat jalan atau IGD dan diharuskan rawat inap pada tanggal yang sama, maka yang dapat ditagihkan adalah layanan rawat inapnya dan klaim rawat jalan di gabungkan dengan klaim rawat inap.		
TUJUAN	Pelaksana dilapangan agar dapat mengimplementasikan di lapangan terkait dengan regulasi tersebut.		
KEBUAKAN	Surat Keputusan Direktur Utama No.....Tentang Kebijakan Pelaksanaan layanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSJ Prof.dr. Soerojo Magelang.		
PROSEDUR	Pelaksanaan penggabungan klaim rawat jalan atau IGD dan diharuskan rawat inap pada tanggal yang sama adalah sebagai berikut : <ol style="list-style-type: none"> 1. Klaim dari layanan rawat jalan dan diharuskan rawat inap oleh dokter maka keluarga pasien diharuskan menyerahkan ke petugas administrator di pendaftaran rawat jalan untuk dapat di hapus SEP (Surat Eligibilitas Kepesertaan) rawat jalannya dan digantikan menjadi SEP rawat inap(Surat Eligibilitas Kepesertaan) 2. SEP rawat inap dan berkas klaim rawat jalan dijadikan satu dengan medical record untuk dapat diserahkan ke bangsal perawatan yang dituju. 3. Selanjutnya bangsal rawat inap akan menggabungkan berkas klaim rawat jalan tersebut menjadi satu dengan berkas klaim rawat inap. 4. Apabila pasien telah diperbolehkan pulang maka, berkas klaim rawat jalan dan rawat inap tersebut ditagihkan menjadi klaim rawat inap. 		
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1.Instalasi Rawat Jalan 2.Instalasi Rawat Inap 3.Instalasi Gawat Darurat 4.Instalasi Rekam Medik 5.Instalasi Penjaminan Kesehatan 		