

BAB 6 :PENUTUP

1.1 Kesimpulan

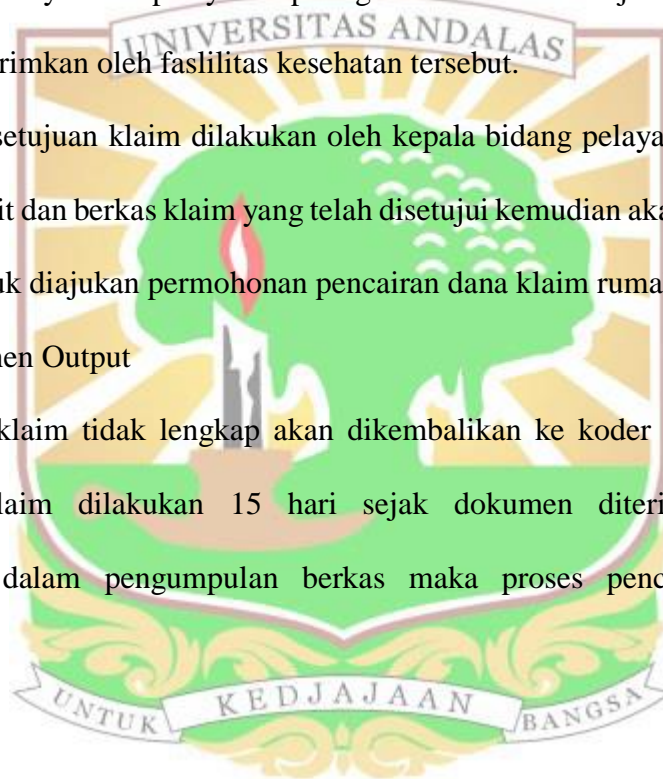
Adapun kesimpulan dari penelitian ini antara lain :

1. Komponen Input
 - a. Tenaga pelaksana yang berperan atau terlibat dalam proses pelaksanaan klaim rumah sakit adalah Petugas Koding, Petugas Verifikator, Petugas Klaim, Bidang Kepesertaan BPJS, Kabid Pelayanan.
 - b. Sarana dan prasarana penunjang prosedur klaim rumah sakit sudah mencukupi dan digunakan dengan baik.
 - c. Pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit berpedoman kepada bisnis proses yang merujuk pada Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara pihak rumah sakit dan BPJS Kesehatan.
2. Komponen Proses
 - a. Berkas yang harus dilengkapi adalah Formulir Pengajuan Klaim (FPK), kuitansi asli bermaterai cukup, *softcopy* luaran aplikasi berbentuk berkas klaim, Surat Eligilitas Peserta (SEP), resume medis yang ditandatangani DPJP, bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani DPJP untuk rawat jalan, surat perintah rawat inap untuk yang rawat inap, dan berkas pendukung lain yang diperlukan. Beban kerja dokter dalam pelayanan sangat tinggi sehingga berkas dokumen klaim dari dokter sering mengalami keterlambatan dalam pengklaimannya.
 - b. Verifikasi administrasi klaim dilakukan melalui pemeriksaan berkas kembali untuk dilengkapi, dan jika masih ada berkas yang belum lengkap maka akan ditunda proses pengklaimannya.

- c. Verifikasi pelayanan kesehatan memperhatikan tingkat keparahan atau *severity level* sesuai dengan tipe dan kompetensi rumah sakit, serta memastikan kesesuaian diagnosa dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 9 dan ICD 10, kemudian berkas setelah dicocokkan diinputkan ke aplikasi e-klaim untuk dapat dilakukan pengklaiman.
- d. Alur pelaksanaan verifikasi ulang keuangan dari klaim fasilitas kesehatan paling lambat tanggal 10 setiap bulannya, dan pihak kesehatan wajib membayar atas pelayanan paling lambat 15 hari kerja sejak berkas klaim dikirimkan oleh fasilitas kesehatan tersebut.
- e. Persetujuan klaim dilakukan oleh kepala bidang pelayanan BPJS Rumah Sakit dan berkas klaim yang telah disetujui kemudian akan dikirim ke pusat untuk diajukan permohonan pencairan dana klaim rumah sakit

3. Komponen Output

Berkas klaim tidak lengkap akan dikembalikan ke koder untuk dilengkapi, pembayaran klaim dilakukan 15 hari sejak dokumen diterima, jika terjadi keterlambatan dalam pengumpulan berkas maka proses pencairan dana juga terhambat.



1.2 Saran

Adapun saran yang dapat peneliti berikan adalah :

1. Diharapkan agar rumah sakit memperhatikan jumlah tenaga pelayanan medis seperti dokter, agar pelayanan maksimal dan juga pengumpulan ataupun pencatatan berkas menjadi tidak terlambat lagi.
2. Disarankan kepada rumah sakit agar menambah tenaga koding di rumah sakit agar tidak ada lagi petugas yang mempunyai beban kerja ganda

3. Diharapkan juga adanya monitoring dan evaluasi bagi rumah sakit dan BPJS Kesehatan dalam pelaksanaan prosedur klaim.

