

PENGEMBALIAN BERKAS KLAIM PASIEN PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) DI RSUD SULTAN SYARIF MOHAMAD ALKADRIE KOTA PONTIANAK

CLAIM PENDING OF NATIONAL HEALTH INSURANCE PROGRAM MEMBERS IN
SULTAN SYARIF MOHAMAD ALKADRIE HOSPITAL, PONTIANAK

Andi Sulaimana^{1*}, Andreasta Meliala², Julita Hendrartini²

¹RSUD Sultan Syarif Mohamad Alkadrie Kota Pontianak

²Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan

²Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan
Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: Approach of managed care in the National Health Insurance Program (JKN) puts hospitals as a health facility referral with the prospective payment system. Treatment of patients should be done and handled in primary health facilities. Although the number of patient referral to hospitals in JKN era remains high. The impact of the hospital is faced with an increase in claims bills to BPJS Kesehatan. By 2016 in RSUD Pontianak it was noted that 6.98% of the income came from JKN hospital patients which had not been paid by BPJS Kesehatan, so some were returned. A research needs to be conducted on the cause of the returned claim file from BPJS Kesehatan verifier to RSUD Pontianak.

Objective: To find out the cause of the claims pending in RSUD Pontianak.

Methods: The research is an exploratory case study with a single case study design approach.

Results: The claim process at RSUD Pontianak is still not as good as never completed every month. Most of the causes of returned claims are administrative errors and medical reasons. Maladministration in the form of typing errors, dates, but a sign from the doctor. Medical reasons include coding disagreements, differences in perceptions about specific inspection directions, lack of support, differences in perceptions about secondary diagnostic inputs. Performance coding is limited to differences in perceptions between Coder and BPJS Kesehatan Verifier, positive physician response to file claims reversed, BPJS Kesehatan Verifier perceptions are constrained in capacity, differences in educational background, differences in understanding with Coder on Reselected Coding, and differences in regulatory implementation in the claims process.

Conclusion: Technical error of claims administration process, difference of perception of coding, difference of comprehension about complementary examination, special treatment and secondary diagnosis input, and difference of perception to JKN regulation on verifier of cause of claim file of JKN patients return to RSUD Pontianak.

Keywords: claims pending, coding disagreement, perception verifier

ABSTRAK

Latar Belakang: Pendekatan *managed care* pada program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menempatkan rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan rujukan dengan sistem pembayaran prospektif. Seyogianya pasien yang berobat dapat selesai ditangani di fasilitas kesehatan primer. Namun, angka rujukan pasien ke rumah sakit di era JKN justru masih tinggi. Dampaknya rumah sakit dihadapkan pada meningkatnya pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan. Di RSUD Pontianak, tahun 2016 tercatat sebesar 6,98% dari nilai pendapatan rumah sakit berasal dari *dispute* klaim pasien JKN, dan sebagian berkas dikembalikan. Perlu penelitian tentang penyebab pengembalian berkas klaim di RSUD Pontianak.

Tujuan: Untuk mengetahui penyebab pengembalian berkas klaim pasien peserta JKN di RSUD Pontianak.

Metode: Penelitian ini merupakan studi kasus eksploratori dengan pendekatan desain studi kasus tunggal.

Hasil: Proses klaim di RSUD Pontianak masih belum baik karena tidak pernah tuntas tiap bulannya. Penyebab pengembalian berkas klaim adalah kesalahan administrasi dan alasan medis. Kesalahan administrasi berupa kesalahan pengetikan, tanggal, belum diparaf dokter. Alasan medis berupa ketidaksepakatan koding, beda persepsi tentang asuhan khusus dan diagnosa sekunder serta tidak adanya pemeriksaan penunjang. Kinerja pengkodean terkendala pada perbedaan persepsi antara koder dan verifikator BPJS Kesehatan, respons dokter positif terhadap berkas klaim yang dikembalikan, persepsi verifikator BPJS Kesehatan terkendala pada kapasitas, latar belakang pendidikan, perbedaan pemahaman dengan koder tentang reseleksi kode dan regulasi.

Kesimpulan: Kesalahan teknis proses administrasi klaim, perbedaan persepsi pengkodean, perbedaan pemahaman terhadap pemeriksaan penunjang, asuhan khusus dan input diagnosa sekunder, serta perbedaan persepsi terhadap regulasi JKN antara pihak rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan menjadi penyebab pengembalian berkas klaim pasien JKN di RSUD Pontianak.

Kata Kunci: pengembalian berkas klaim, ketidaksepakatan koding, persepsi verifikator

*Penulis Korespondensi. Email: andi.sulaimana@gmail.com

PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia lahir sebagai bagian dari sistem kesehatan nasional guna mewujudkan komitmen global menuju *Univesal Health Coverage* (UHC). Program JKN menggunakan konsep asuransi sosial sebagai reformasi sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia dengan menerapkan pendekatan *managed care* untuk membantu pembiayaan kesehatan masyarakat¹. Pembiayaan kesehatan di Indonesia masih didominasi aspek kuratif. Hal ini dibuktikan dengan masih tingginya pembiayaan kesehatan di rumah sakit yang menempati angka 54,8% dari *total health expenditure* (THE). Disisi lain, bahwa komposisi *Current Health Expenditure* berdasarkan agen pembiayaan didominasi dari rumah tangga dengan angka 47,1%, korelasinya dapat dipahami bahwa sebagian besar biaya kesehatan di rumah sakit berasal dari tatanan rumah tangga. Dalam konteks JKN, dapat diinterpretasikan bahwa siklus penanganan pasien masih terakumulasi di rumah sakit dan bahwa mekanisme rujukan berjenjang belum berjalan optimal.²

Angka rujukan pasien dari fasilitas layanan primer ke rumah sakit masih cukup tinggi. Sepanjang Januari-Februari 2015, dari 14,6 juta peserta program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang berobat di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), sekitar 15,3% diantaranya dirujuk ke rumah sakit. Evaluasi BPJS Kesehatan, melaporkan bahwa dari total pasien yang dirujuk tersebut, 214.706 kasus di antaranya merupakan kasus non spesialisik yang artinya tidak perlu dirujuk ke RS karena mampu ditangani di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama³. Bagi BPJS Kesehatan, kondisi demikian berdampak pada meningkatnya pembayaran biaya klaim dari BPJS Kesehatan kepada *provider* rumah sakit⁴. Perspektif rumah sakit, konsekuensi meningkatnya kunjungan pasien peserta JKN berdampak pada meningkatnya jumlah berkas klaim yang akan diajukan ke BPJS Kesehatan.

Di RSUD Sultan Syarif Mohamad Alkadrie Kota Pontianak (RSUD Pontianak), sebesar 89,85% jumlah kunjungan pasien rawat jalan tahun 2016 adalah pasien peserta JKN. Sedangkan pasien yang berobat hingga menjalani perawatan di rawat inap berjumlah 5.685 orang, di mana 75,25% diantaranya merupakan pasien peserta JKN. Klaim pasien JKN yang diajukan ke BPJS

Kesehatan akan diterima, ditunda bayar atau ditolak sesuai hasil verifikasi berkas klaim⁵. Jumlah nominal tagihan berkas klaim yang belum layak bayar di RSUD Pontianak hingga bulan Oktober 2016 adalah sebesar Rp. 485,197,700 atau 6,98 % dari total pendapatan rumah sakit di instalasi rawat jalan. Tahun 2015 sebesar 5,59% artinya terjadi peningkatan se-

sar 1,39%. Untuk rawat inap sebesar 27,26% berkas klaim yang belum layak bayar. Informasi dari koordinator JKN RSUD Pontianak bahwa diketahui baru sebanyak 284 berkas klaim yang dikembalikan dari BPJS kesehatan pada bulan Februari 2017.

Berdasar latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi penyebab pengembalian berkas klaim pasien peserta JKN di RSUD Pontianak.

METODE

Jenis penelitian ini studi kasus eksploratoris dengan pendekatan desain studi kasus tunggal⁶. Sumber data primer dikumpulkan secara kualitatif menggunakan wawancara mendalam terhadap informan yang dipilih dengan teknik *purposive sampling*. Sedangkan data sekunder berupa berkas klaim yang dikembalikan, ditentukan secara *cross sectional* ketika penelitian berlangsung, dan akan diidentifikasi serta direkapitulasi berdasarkan alasan pengembalian berkas klaim.

HASIL

Proses Klaim

Proses klaim di RSUD Pontianak dimulai dari pemberkasan dibagian pelayanan kemudian dipisahkan antara berkas yang layak dan berkas belum layak. Berkas yang layak di-*input* sesuai tanggal pemberkasan, kemudian dikirim ke verifikator BPJS Kesehatan untuk diverifikasi kembali. Berikut kutipan wawancara informan terkait:

"Proses pengajuan klaim dimulai dari pemberkasan di bagian pelayanan, diajukan ke bagian input klaim, kemudian di-input sesuai tanggal pelayanan selanjutnya diserahkan kepada verifikator BPJS untuk di verifikasi..."

(KK1)

Proses pengajuan masih bersifat manual, sehingga klaim tidak pernah tuntas tiap bulannya, karena senantiasa terdapat berkas susulan. Berikut keterangan informan terkait:

"terutama kan kita masih manual, input manual belum tersistem dari awal pelayanan, dari front office dari rekam medis sampai ke hasil klaim sampai ke berkas klaim, kan semuanya manual"

(KK20)

"...emmm belum baik, karena tidak pernah tuntas tiap bulannya, selalu ada berkas susulan, susulan itu faktornya bisa eksternal dan internal"

(KK5)

Berkas klaim yang belum layak umumnya disebabkan kekurangan administrasi, kesalahan input data, dan alasan medis berupa ketidaksepakatan kode. Untuk berkas yang terkendala dari aspek administrasi, dapat segera diperbaiki, dan diajukan kembali, sedangkan berkas klaim yang terhambat karena ketidaksepakatan kode, akan dikonfirmasi dengan dokter terkait, koder dan verifikator BPJS Kesehatan. berikut petikan wawancaranya:

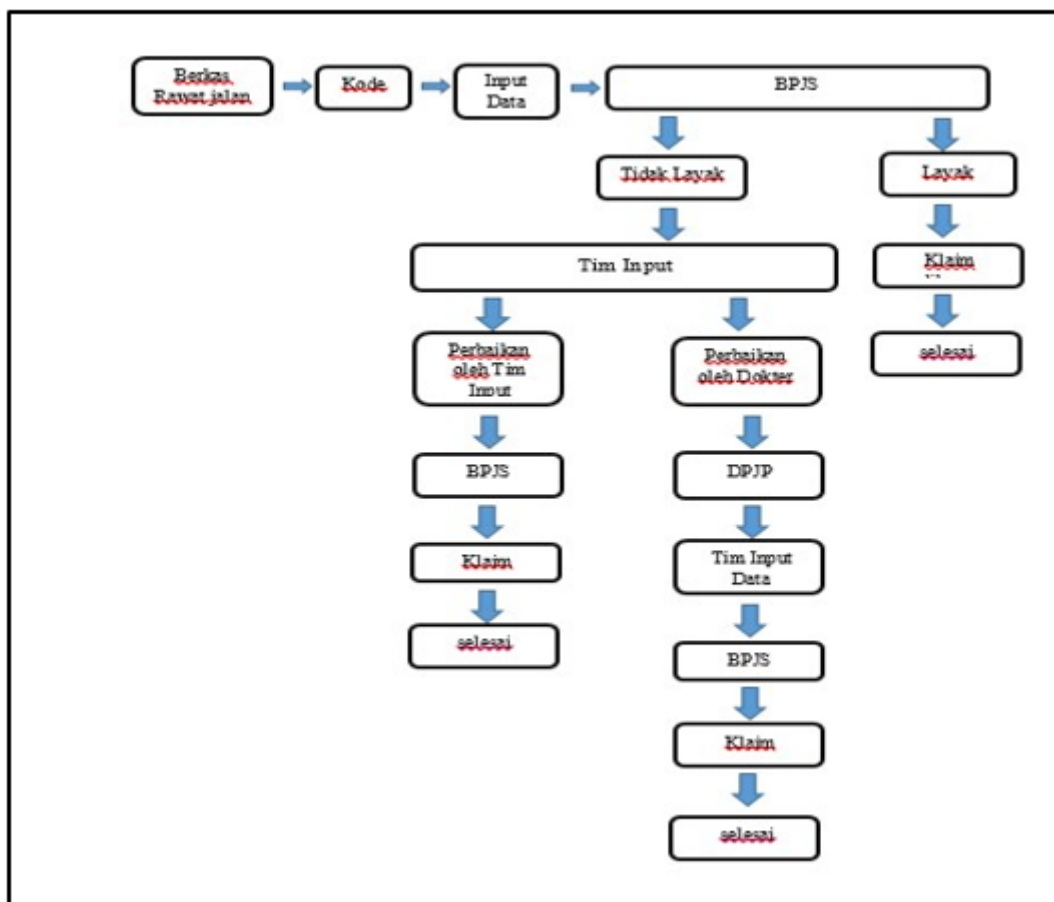
“...Kalau untuk administrasi lancar bisa diperbaiki dengan cepat. Jadi bisa diajukan kembali”

(KK7)

“...tetap harus ketemu dengan DPJP atau dokter penanggungjawab berkas tersebut, pelayanan pasien tersebut, bersama BPJS dan petugas koder”

(KK8)

Berdasarkan penelusuran peneliti pada dokumen terkait prosedur pengajuan berkas klaim, peneliti menemukan alur skema proses pengajuan berkas klaim di RSUD Pontianak sebagaimana disajikan dalam Gambar 1.



Gambar 1. Alur Pengajuan Klaim di RSUD Pontianak
 Sumber: Instalasi Rekam Medik RSUD Pontianak, 2017

Penyebab Pengembalian Berkas Klaim

Penyebab berkas klaim belum layak sehingga dikembalikan adalah kekurangan dalam hal administrasi, sebagaimana kutipan wawancara berikut:

“...untuk yang belum layak itu ada beberapa kategori, yang pertama kekurangan dalam hal administrasi, kesalahan input

nomor peserta, kesalahan rekam medis...”
 (KK2)

Pengembalian berkas klaim juga sering kali disebabkan adanya kendala dalam proses verifikasi berkas klaim dari perspektif verifikator yakni perbedaan persepsi, yang berakibat pada ketidaksepakatan dalam penentuan kode. Berikut petikan wawancara in-

forman terkait:

"...jadi ada celah yang membuat klaim-klaim tersebut susah untuk diverifikasi adanya perbedaan persepsi antara pihak BPJS dan pihak koder khususnya dari rumah sakit..."

(V5)

Hasil identifikasi peneliti pada berkas dokumen klaim yang dikembalikan, dapat digambarkan dalam rekapitulasi di Tabel 1.

Tabel 1. 6 Rekapitulasi Berkas Klaim Pasien Peserta JKN yang dikembalikan pada Instalasi Rawat Jalan di RSUD Pontianak Tahun 2017

Alasan Pengembalian Berkas Klaim		Jumlah Berkas	%
Administrasi	a. Kesalahan Pengetikan, Tanggal, Belum Paraf	15	60
	b. Data Pasien tidak dikenali di server, sistem informasi	4	16
Medis	a. Koding yang tidak disepakati (Selain Fisioterapi)	6	24
Total		25	100

Tabel 2. Rekapitulasi Pengembalian Berkas Klaim Pasien Peserta JKN Instalasi Rawat Inap di RSUD Pontianak Tahun 2017

Alasan Pengembalian Berkas Klaim		Jumlah Berkas	%
Administrasi	a. Kesalahan penulisan Nomor SEP, RM, Jam masuk dan Pulang	12	12.63
	b. Tidak melampirkan laporan	2	2.11
Medis	a. Beda Persepsi tentang Asuhan Khusus	12	12.63
	b. Ada tidaknya pemeriksaan penunjang	25	26.32
	c. Ketidakepakatan Koding	22	23.16
	d. Persepsi tentang Diagnosa Sekunder yang dianggap tidak perlu di <i>input</i>	20	21.05
	e. Persepsi tentang ada tidaknya tatalaksana dan prosedur	2	2.11
Total		95	100

Tabel 1 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar (60%) pengembalian bekas klaim di instalasi rawat jalan disebabkan terkendala pada kelengkapan administrasi. Sedangkan alasan kelengkapan berkas yang terkait rekam medik pasien hanya 24%. Adapun kesalahan administrasi dapat segera diperbaiki sehingga tidak membutuhkan waktu lama untuk

dikirim kembali ke verifikator BPJS Kesehatan. Berikut petikan wawancara informan terkait:

"...Kalau untuk administrasi lancar bisa diperbaiki dengan cepat. Jadi bisa diajukan kembali"

(KK7)

Sedangkan Tabel 2 menjelaskan bahwa sebagian besar alasan pengembalian berkas klaim di instalasi rawat inap RSUD Pontianak disebabkan alasan kelengkapan berkas resume medis pasien (85,27%). Adapun alasan administrasi hanya sebesar 12,63%. Pengembalian berkas klaim pasien rawat inap dengan alasan kelengkapan berkas resume medis pasien yakni berupa tidak adanya berkas pemeriksaan penunjang dan ketidaksepakatan kode, sebagaimana keterangan informan berikut ini:

"Kalau untuk rawat jalan, sudah 90% kalau untuk rawat inap memang masih 50% tidak sepakat, tidak sepakat antara koder dan verifikator"

(KK14)

"iya, pemeriksaan penunjang, terus tata laksana, yang ditanyakan tatalaksana dalam perjalanan penyakit tersebut..."

(KK15)

Upaya-upaya yang dilakukan manajemen rumah sakit dalam mengatasi berkas klaim yang dikembalikan yakni dengan memperbaiki kesalahan administrasi dan atau mengonfirmasi ulang terkait penentuan input kode, berikut kutipan wawancara informan terkait:

"...tetap harus ketemu dengan DPJP atau dokter penanggungjawab bekas tersebut, pelayanan pasien tersebut, Bersama BPJS dan petugas koder"(KK8)

Kinerja Pengkodingan

Proses pengkodingan di RSUD Pontianak dilakukan segera setelah berkas pasien dari bagian pendaftaran masuk ke bagian rekam medis. Berikut kutipan wawancara informan koder:

"Prosesnya kalau di sini berkas kita ngoding rawat jalan dan rawat inap berkas pendaftaran kalau yang dari rawat jalan itu hari itu juga langsung masuk ke Bagian rekam medik hari itu juga langsung kita koding baru dikembalikan ke pelayanan"

(C1)

Berdasarkan observasi peneliti pada berkas-berkas klaim yang dikembalikan, diketahui bahwa permasalahan umum yang terjadi adalah perbedaan persepsi antara koder dengan verifikator BPJS Kesehatan hingga menyebabkan ketidaksepakatan penentuan input kode, di samping kendala teknis berupa keterlambatan pengambilan berkas dari instalasi rawat inap. Berikut keterangan informan terkait:

"kalo misalnya yang lainnya itu kode, terkait kode, jadi ketidaksepakatan kode antara verifikator dengan koder"
(KK3)

Pada kasus-kasus pasien rawat inap. Perbedaan persepsi lebih spesifik pada perbedaan cara menerapkan kaidah koding antara koder dan verifikator BPJS Kesehatan. Berikut kutipan wawancara:

"...kaidah koding itu diterapkan jangan hanya setengah setengah kaidah itu kaidah koding itu diterapkan"
(C29)

Selain aspek perbedaan persepsi, jumlah tenaga koder juga mempengaruhi kinerja pengkodean di RSUD Pontianak. Jumlah tenaga koder yang berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) di RSUD Pontianak hanya sebanyak 2 (dua) orang. Menurut salah satu koder, jumlah tersebut sangat kurang memadai jika diukur dengan beban kerja koder terhadap berkas klaim yang masuk tiap harinya serta berkas klaim susulan yang dikembalikan dari BPJS Kesehatan. Kondisi tersebut sebagaimana kutipan wawancara berikut ini:

"...kalau dibilang memadai atau tidak jelas tidak. jelas sangat tidak memadai"
(C13)

"...dalam peraturan pemerintah. saya lupa nomor berapa. untuk RS umum tipe C minimal rekam medisnya ada tujuh orang. minimal. jadi bukan koder atau siapa tapi perekam medis memang minimal 7 orang"
(C14)

Adapun pengkodean pada berkas rawat jalan yang masih menjadi kasus *dispute* klaim tindakan bobath pada ICD IX Fisioterapi dengan kode 93.19. berikut petikan wawancara terkait:

"...dari rekam medis atau koder menyatakan bahwa pengkodean itu sudah sesuai dengan kaidah koding dan bukti

bukti fisik nya juga sudah ada, penunjangnya juga sudah ada, tetapi verifikator BPJS dan dari BPJS tidak menyetujui"
(KK17)

"...karena bobath itu tidak terspesifikan di kode 91.90 sampai kode 93.18 maka kita masukkan lah kode bobath itu kedalam kode 91.19"
(C22)

Hasil observasi peneliti pada dokumen di Instalasi Rekam medik, bahwa memang berdasarkan Surat dari Kepala Cabang BPJS Kesehatan Kota Pontianak Nomor 207/XIII-02/0617 perihal Informasi Revisi Kode Tindakan Fisioterapi disebutkan bahwa pihak BPJS Kesehatan Pontianak meminta pihak RSUD Pontianak untuk mengganti kode tindakan pada prosedur fisioterapi dari kode 93.19 menjadi 93.17. Pihak BPJS Kesehatan hanya akan membayarkan klaim tersebut jika pihak rumah sakit bersedia mengubah kode terkait. Hal ini juga sebagaimana informasi yang disampaikan oleh informan sebagai berikut:

"...Sebenarnya, sudah ada suratnya keluar bahwa mereka meminta untuk mengubah kode menjadi 93.17"
(C25)

Dalam konteks kasus pengkodean prosedur fisioterapi ini, menurut Direktur RSUD Pontianak, bahwa pihak rumah sakit sebagai *provider* layanan kesehatan, diposisikan dalam kondisi "harus" menerima kebijakan-kebijakan dari BPJS Kesehatan. Berikut kutipan wawancaranya:

"kadang kadang di pihak pelayanan rumah sakit itu akhirnya sebagai penerima, ngerti gak, menerima wes diperlakukan seperti menyerah"
(DRS4)

Respons Dokter

Berkas klaim yang dikembalikan karena alasan medis, akan diperbaiki dengan ketemu langsung dokter penanggung jawab yang bersangkutan. Sebagaimana kutipan wawancara berikut ini:

"...tetap harus ketemu dengan DPJP atau dokter penanggung jawab berkas tersebut, pelayanan pasien tersebut, bersama BPJS dan tugas koder"
(KK8)

Dokter terkait akan merespons dengan memberikan pendapat ilmiah berdasarkan kapasitas keilmuan dokter terhadap penegakkan diagnosa, sebagaimana kutipan wawancara berikut ini:

"ya gimana, yang penting saya jawab sesuai dengan keilmuan saya, gak ada masalah gitu"
(DS3)

Respons dokter spesialis terkait pengembalian berkas klaim dengan alasan medis, pada dasarnya dokter akan mengonfirmasi, menjelaskan kasus pasien berdasarkan keilmuannya. Namun upaya mengobati pasien melibatkan unsur seni pengobatan yang bersifat dinamis sesuai kapasitas dan pengalaman klinis dokter yang bersangkutan. Oleh karenanya upaya memahami seni pengobatan tersebut sejatinya akan sulit dipahami oleh kalangan non medis, termasuk verifikasi yang berlatar belakang non medis, sehingga tidak selayaknya verifikasi teramat masuk mempertanyakan hal-hal yang terkait ranah keilmuan medis dokter spesialis. Hal ini dibenarkan oleh Direktur RSUD Pontianak berdasarkan petikan wawancara berikut ini:

"Kadang kadang dia mencampuri ranah, ranahnya audit medis, sebenarnya kapasitasnya mereka misalnya yang jadi auditor, dia tim auditor, dia tidak menguasai..."(DRS9)

Persepsi Verifikator BPJS Kesehatan di RSUD Pontianak

Dalam proses verifikasi berkas klaim, verifikator mengakui bahwa memang terjadinya perbedaan-perbedaan persepsi dalam verifikasi berkas klaim, baik terkait persyaratan kelengkapan berkas, maupun penetapan diagnosa sampai pada input coding yang didasarkan pada keputusan klinis dokter sehingga menyebabkan pengembalian berkas klaim. Perbedaan persepsi salah satunya terhadap regulasi Permenkes Nomor 76 tahun 2016 dan Hasil Konsensus Kementerian Kesehatan Nomor: HK.03.03/MENKES/518/2016 tentang pedoman penyelenggaraan permasalahan Ina-CBG's dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Berikut kutipan wawancaranya:

"...dari regulasinya Permenkes baik itu Permenkes yang baru Sekarang 76 Dengan hasil konsensus yang yang membijaki disklaim itu memang ada perbedaan, nah disitu letak perbedaan tersebut yang mungkin agak susah untuk di apa namanya dilakukan koordinasi kebijakan..."
(V4)

Adapun dalam interpretasi terhadap coding yang diberikan oleh koder, perspektif verifikator memahami

bahwa tugas seorang koder adalah reseleksi kode, berikut kutipan wawancaranya:

"...tugas koder ini yang harusnya bisa mereseleksi kode yang mana yang bisa untuk ditagihkan yang mana tidak karena kan yang ditagihkan jelas yang mendapatkan pelayanan..."
(V20)

Hasil penelitian ini menemukan bahwa terdapat perbedaan pemahaman terhadap proses reseleksi kode antara koder dan verifikator. Koder memahami reseleksi kode menurut kaidah-kaidah coding yang semestinya. Verifikator BPJS Kesehatan memahami kinerja pengkodean petugas koder pada penekananan fungsi reseleksi kode dimana salah satunya verifikator memahami keharusan adanya pemeriksaan penunjang pada diagnosa yang ditetapkan dokter, dan terapi khusus jika ditemukan gejala penyakit tambahan. Disisi lain dokter dengan kewenangan dan pengalaman klinisnya berupaya mengobati penyebab dasar dari penyakit pasien sehingga terkadang memang tidak membutuhkan pemeriksaan penunjang, dan terapi khusus. Koder sebagai mitra dokter dalam verifikasi klaim, memahami tugasnya dalam mengkodekan sebagaimana diatur dalam ketentuan *International Classification Diseases* (ICD). Koder beralasan bahwa diagnosa yang ditulis oleh dokter adalah kewenangan klinis dokter. Berikut kutipan wawancara terkait:

"kalau dari kami harus diterapi dong Karena kan dia menyebabkan perbedaan tarif masak ditemukan saja tapi tidak diterapi tapi Rumah Sakit mau menagihkannya itukan aneh"
(V18)

"Di permenkes juga sudah di sebutkan. Kita bisa mereseleksi itu apabila kita sudah tidak bisa lagi mengkonfirmasi dokter, itu aja. Baru dilakukan reseleksi. Sedangkan kalau disini kan dokternya selalu ada. Dan kita selalu konfirmasi terlebih dahulu, karena kita tidak punya wewenang ni..."
(C28)

"...penanganan CKD nya sendiri adalah kita menangani penyebab dasar, penyebab dasar dalam hal ini adalah kencing manis darah tinggi..."
(DD6)

PEMBAHASAN

Proses Klaim

Proses klaim merupakan salah satu dari fungsi manajemen klaim di samping administrasi klaim⁵. Sehingga proses klaim di rumah sakit sejatinya sangat terkait dengan manajemen administrasi secara umum di organisasi rumah sakit. Manajemen dan administrasi memiliki ruang lingkup yang hampir sama, di mana manajemen sebagai motor penggerak utama dalam proses dan dinamika administrasi yang keduanya mempunyai titik pandang yang sama yakni tentang peran manusia sebagai sumber daya utama organisasi yang dapat digunakan secara efisien, efektif dan rasional guna mencapai tujuan organisasi⁷.

Henry Fayol⁸ menjelaskan bahwa produktivitas manajemen dalam sebuah organisasi dipengaruhi oleh sejauh mana pengaturan dalam pembagian tugas kepada staf yang didasarkan pada kapasitas dan kompetensi staf dalam organisasi. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa proses klaim di RSUD Pontianak diketahui tidak tuntas tiap bulannya, karena berkas klaim yang diajukan senantiasa terkendala dengan adanya berkas susulan di samping berkas yang dikembalikan dari BPJS Kesehatan. Artinya, terdapat permasalahan dalam hal sumber daya manusia yang menangani teknis prosesi klaim.

Ilyas⁵ menyebutkan bahwa untuk dapat melaksanakan fungsi dan tugasnya dengan baik sebagai petugas administrasi klaim sangat ditentukan dari seberapa banyak pelatihan profesional yang pernah diikuti. Kusairi⁹ juga menyimpulkan penelitiannya bahwa petugas administrasi klaim tidak dapat bekerja secara profesional karena tidak mendapatkan pelatihan yang cukup dan banyaknya tugas rangkap yang dibebankan pada petugas administrasi klaim.

Petugas administrasi klaim di RSUD Pontianak juga masih tergabung dengan instalasi rekam medis sehingga pembagian tugas belum teridentifikasi dengan baik karena unit yang khusus menangani administrasi klaim penjaminan kesehatan belum terpisah dari instalasi rekam medis. Kondisi demikian berdampak pada pembagian tugas yang rangkap dan belum terdivisikan sesuai kompetensi petugas. Pengorganisasian manajemen klaim secara terpisah dari instalasi rekam medis diharapkan dapat meningkatkan kualitas proses administrasi klaim di RSUD Pontianak.

Penyebab Pengembalian Berkas Klaim

Pengembalian berkas klaim terkait dengan aspek kelengkapan berkas klaim di RSUD Pontianak didasarkan pada Perjanjian kerja sama antara RSUD Pontianak dan BPJS Kesehatan Kota Pontianak yang merupakan kesepakatan kedua belah pihak tentang paket pelayanan yang dibayarkan oleh BPJS Kese-

hatan dan kesepakatan tentang mekanisme pengajuan klaim berikut kelengkapan administrasinya.

Kesepakatan antara *provider* rumah sakit dan BPJS Kesehatan sebagai badan asuradur merupakan ciri utama dari penerapan *managed care* dalam sistem perasuransian sosial¹⁰. Abbey¹¹ menjelaskan bahwa terdapat tiga tahapan yang mempengaruhi pengajuan berkas klaim pada *provider* layanan kesehatan termasuk Rumah Sakit, yakni *statutory*, *contractual* dan *general*. *Statutory* terkait peraturan, atau regulasi-regulasi yang terkait dengan proses klaim di Rumah Sakit.

Menurut Abbey¹¹, General terkait dengan kelengkapan berkas dokumentasi yang menentukan penerimaan berkas klaim di rumah sakit. Lebih lanjut Abbey¹¹ menjelaskan bahwa berkas dokumentasi klaim di rumah sakit terdiri dari dua jenis yakni *Clinical Documentation* dan *Financial Documention*. Kondisi yang terjadi di RSUD Pontianak dalam proses manajemen klaimnya adalah kelengkapan *Clinical Documentation* serta aspek pemahaman terhadap regulasi yang terkait, perbedaan persepsi dalam kelengkapan dokumentasi klinis serta implementasi terhadap regulasi yang mendasarinya, menjadi kendala dominan sehingga menyebabkan pengembalian berkas klaim di RSUD Pontianak.

Penelitian Souza et al di Federal Hospital Rio De Janeiro menyimpulkan bahwa bagian tagihan klaim di Rumah sakit perlu meningkatkan proses manajemen yang mampu meningkatkan kualitas informasi yang di produksi, mengidentifikasi kelemahan-kelemahan dalam proses klaim, untuk menekan proses yang berulang-ulang dalam administrasi klaim dengan standarisasi dan kontrol yang optimal¹².

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat problem dalam manajemen klaim di RSUD Pontianak. Perbedaan-perbedaan interpretasi terhadap regulasi menjadi hambatan dalam pemberkasan klaim. Menurut Abbey¹¹ bahwa kegagalan memahami variasi peraturan-peraturan dalam proses klaim dapat berakibat buruk bagi organisasi rumah sakit. Perlu inisiatif untuk mengikutsertakan petugas administrasi klaim di RSUD Pontianak dalam pelatihan bersama dengan staf verifikator BPJS Kesehatan agar meminimalisir variasi pemahaman-pemahaman terhadap teks regulasi terkait dan teknis administrasi yang diterapkan.

Kinerja Pengkodingan

Proses koding dilakukan sesuai dengan diagnosis yang ditegakkan oleh dokter, namun, jika ditemukan kesalahan atau inkonsistensi pencatatan diagnosis, maka koder harus mengklarifikasikan kepada dokter penanggung jawab terkait¹³. Pada penelitian ini ditemukan bahwa penyebab dominan pengembalian berkas klaim salah adalah permasalahan dalam unsur

resume medis berkas klaim, di mana resume medis mencakup kelengkapan pemeriksaan penunjang dan tindakan asuhan khusus yang menentukan koding terhadap diagnosa dokter

Ketidaksepakatan koding dalam rekapitulasi berkas klaim penelitian ini mencapai 23,16%. Ketidaksepakatan koding terjadi antara koder dan verifikator BPJS Kesehatan. Sejatinya, pengkodean merupakan kompetensi dari profesi koder. Namun, kinerja koder turut dipengaruhi oleh faktor beban kerja koder dan kompetensi koder dalam konteks akurasi dalam memberikan kode yang tepat terhadap diagnosa dokter, penelitian Octarial di rumah sakit Pekanbaru menyimpulkan ada hubungan antara beban kerja koder dengan keakuratan kode diagnosis, di mana semakin rendah beban kerja koder maka tingkat akurasi koder dalam mengkodekan akan lebih baik¹⁴.

Permasalahan pengkodean di RSUD Pontianak, sejatinya cenderung didominasi pada perbedaan-perbedaan interpretasi antara koder dengan verifikator BPJS Kesehatan. Dalam konteks memahami diagnosa dokter berikut pemeriksaan dan atau pelayanan tambahannya, koder memahami bahwa mengkodekan adalah kompetensi profesinya sebagaimana Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 yang telah di revisi dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis.

Regulasi tersebut menjelaskan bahwa kompetensi dan wewenang Perekam medis / koder adalah melaksanakan evaluasi kelengkapan isi diagnosis dan tindakan sebagai ketepatan pengkodean¹⁵. Janah dkk dalam penelitiannya tentang hubungan kualifikasi koder dengan keakuratan kode diagnosis rawat jalan di RSPAU dr.S Hardjolukito Yogyakarta menyimpulkan bahwa kode yang dihasilkan oleh koder D3 Rekam medis 100% akurat jika dibandingkan dengan hasil kode oleh tenaga non D3 rekam medis sehingga dikatakan ada hubungan bermakna antara latar belakang pendidikan dengan akurasi penentuan kode pada layanan rawat jalan rumah sakit¹⁶.

Pongpirul et al menyebutkan bahwa koding yang baik adalah yang mampu menggambarkan kondisi klinis pasien dan biaya riil yang dikeluarkan oleh rumah sakit¹⁷. Pada hasil penelitian ini, berdasarkan hasil wawancara, diketahui bahwa kodefikasi oleh koder cenderung memberikan kode sebagaimana catatan diagnosa dokter, dan melakukan konfirmasi kepada dokter penanggung jawab terkait diagnosa yang diterapkan, dan hal ini sebagaimana saran dalam penelitian Pongpirul et al yang menjelaskan pengkodean yang baik adalah koding yang lebih mampu menjelaskan kondisi klinis pasien sebagaimana diagnosa

yang ditulis dokter¹⁷.

Respons Dokter

Peran dokter dalam kelengkapan berkas klaim, sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medik, adalah sebagai pihak yang bertanggung jawab dalam pencatatan dan atau dokumen yang dibuat pada rekam medis¹⁸. Salah satu substansi rekam medis mencakup kelengkapan berkas pemeriksaan penunjang dan terapi yang diberikan.

Dalam penelitian ini diketahui bahwa sebagian besar alasan pengembalian berkas klaim pada beberapa kasus khususnya di pelayanan rawat inap adalah karena tidak adanya bukti pemeriksaan penunjang. Dalam prosesnya, dokter akan merespons berkas yang dimintai konfirmasi dari verifikator BPJS Kesehatan terkait ada tidaknya berkas pemeriksaan penunjang terhadap layanan medis kepada pasien peserta JKN. Hasil konfirmasi akan direspon dengan penjelasan dokter terkait diagnosa yang diberikan. Jika layanan medis yang diberikan tanpa didukung pemeriksaan penunjang maka dokter akan memberikan respons ilmiah dengan menjelaskan alasan klinis dari gejala pasien yang menjadi dasar penetapan diagnosa dan akan menuliskannya dalam resume medis.

Resume medis merupakan kelengkapan dokumentasi berkas klaim. Akurasi dokumentasi berkas klaim menentukan kelancaran proses pengajuan berkas klaim. Hal ini sebagaimana penelitian Farhan, et al yang menyimpulkan bahwa ada hubungan positif antara akurasi dokumentasi berkas klaim dengan ketepatan kode yang mendukung kesimpulan lain bahwa kualitas dokumentasi berkas klaim termasuk resume medis akan meningkatkan akurasi koding yang diberikan koder sehingga dapat meminimalisir pengembalian berkas klaim dari aspek alasan medis¹⁹.

Dalam konteks penelitian ini, seyogianya verifikator BPJS Kesehatan tidak berwenang untuk mempertanyakan apakah pasien harus diberikan pemeriksaan penunjang, dan atau prosedur terapi khusus, karena regulasi panduan praktik klinik (PPK) dokter, menjelaskan bahwa dokter berhak untuk menyatakan perlu tidaknya pemeriksaan penunjang. Namun perspektif verifikator yang memahami diagnosa dari perspektif asuransi mengharuskannya untuk mempertanyakan bukti layanan terhadap pasien.

Perlu sosialisasi kepada verifikator tentang batasan-batasan kewenangan medis dokter berdasarkan standar pelayanan kedokteran, dan verifikator diharapkan dapat mengomunikasikan perspektif asuransi dalam konteks pertanggungjawaban pembayaran terhadap tagihan berkas klaim pasien.

Sedangkan dokter, perlu mengomunikasikan pembahasan *dispute* klaim pada dewan pakar yang mampu menjelaskan kriteria-kriteria penerimaan atau penolakan berkas klaim²⁰.

Dalam upaya sinkronisasi pemahaman dengan verifikator BPJS Kesehatan, RSUD Pontianak perlu mengelola *Interprofessional Colaboration* di internal rumah sakit, dokter dan melibatkan Verifikator BPJS Kesehatan, hal ini sebagaimana penelitian Andree et al yang menjelaskan bahwa upaya *inteprofessional collaboration* dapat efektif dan efisien untuk meningkatkan efektivitas kerja sama tim dalam pelayanan di rumah sakit²¹.

Persepsi Verifikator BPJS Kesehatan di RSUD Pontianak

Verifikator BPJS Kesehatan merupakan administrator klaim yang bertugas melakukan penilaian atas keabsahan dan akurasi informasi teknis terkait penyakit dari diagnosa dokter pada kondisi pasien peserta JKN¹⁰. Tugas utama verifikator adalah memastikan apakah berkas klaim yang diajukan sudah sesuai dengan pelayanan yang diberikan dengan menganalisis koding yang digunakan, *clinical pathway*, dan diagnosis penyakit yang disertai dengan bukti pemeriksaan pada pasien²².

Proses verifikasi berkas oleh verifikator akan dipengaruhi oleh persepsi verifikator terhadap komposisi berkas klaim yang diajukan termasuk pemahaman dan interpretasi verifikator terhadap kode diagnosa yang diberikan koder, beserta lampiran kelengkapan berkas pemeriksaan penunjangnya. Persepsi merupakan proses di mana individu mengorganisasikan dan menginterpretasikan impresi sensoris dalam memberikan arti terhadap lingkungan sekitarnya. Persepsi pada dasarnya melibatkan aspek kognitif, interaksi dan interpretasi individu terhadap objek-objek yang ditangkap panca indranya²³.

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa verifikator mengalami kesulitan dalam menginterpretasikan kognitifnya tentang teks-teks regulasi yang menurutnya dikatakan terjadi tumpang tindih. Agiwahyunto dkk dalam penelitiannya menyatakan bahwa dalam proses verifikasi klaim terdapat perbedaan persepsi antara verifikator BPJS Kesehatan dengan pihak rumah sakit dalam memahami diagnosis klinis dan diagnosis asuransi. Pihak verifikator BPJS Kesehatan cenderung menginterpretasikan diagnosis klinis dokter dengan perspektif diagnosis asuransi menggunakan *software* ina-CBGS, sedangkan dokter tetap mengedepankan perspektif keilmuan dan profesionalisme profesinya dalam menegakkan diagnosis klinis²⁴.

Lebih lanjut penelitiannya menyimpulkan bahwa penyebab perbedaan persepsi dalam penentuan diag-

nosis klinis dan diagnosis asuransi adalah perbedaan latar belakang pendidikan, verifikator yang berlatar belakang pendidikan non medis dan atau *non medical recorder* cenderung berpotensi beda persepsi atau sulit untuk memahami aspek klinis dokter dan peran koder yang menerjemahkan diagnosis klinis dokter ke dalam kode-kode berdasarkan kaidah koding dalam ICD. Komunikasi yang intens antara verifikator dan pihak rumah sakit, sejatinya diharapkan mampu menurunkan kecenderungan penolakan berkas klaim dan penundaan pembayaran berkas klaim khususnya di RSUD Pontianak. Di samping juga perlu upaya meningkatkan kapasitas verifikator BPJS Kesehatan dengan latar belakang pendidikan yang sama dengan koder rumah sakit dan atau dokter, agar meminimalisir perbedaan persepsi antara koder dan verifikator.

KESIMPULAN

Proses klaim di RSUD Pontianak masih belum baik karena tidak pernah tuntas tiap bulannya. Pengembalian berkas klaim di RSUD Pontianak sebagian besar disebabkan karena alasan medis (85,27%) di instalasi rawat inap, dan 76% alasan administrasi pada instalasi rawat jalan. Kinerja Koder di RSUD Pontianak terkendala pada perbedaan persepsi tentang penerapan kaidah-kaidah koding, beda persepsi tentang mekanisme reseleksi koding.

Respons dokter terhadap berkas klaim yang dikembalikan bahwa sejatinya dokter berwenang untuk mendiagnosis sesuai keilmuan klinisnya dengan atau tanpa pemeriksaan penunjang. Sedangkan persepsi verifikator didasari oleh kapasitas, dan kompetensi non medis verifikator yang menyebabkan persepsi verifikator cenderung hanya berbasis perspektif paradigma diagnosis asuransi yang mengharuskan pelayanan berbasis *evidence*.

Dari kesimpulan di atas, maka disarankan perlu upaya supervisi, evaluasi, dan audit secara kontinu pada proses manajemen klaim di RSUD Pontianak, agar dapat meminimalisir kendala terkait kelengkapan berkas klaim baik dari aspek administrasi data pasien maupun kelengkapan berkas administrasi pada resume medis. Perlu upaya pelatihan bersama antara pihak manajemen RSUD Pontianak dan Verifikator BPJS Kesehatan agar dapat menyelaraskan perbedaan-perbedaan pemahaman dalam proses pemberkasan klaim. Perlu advokasi kepada BPJS Kesehatan untuk peningkatan kapasitas verifikator BPJS Kesehatan yang ditugaskan di RSUD Pontianak.

REFERENSI

1. Mukti AG. Desentralisasi Pembiayaan Kesehatan menuju Asuransi Kesehatan Sosial. Yogyakarta: UGM Press; 2014.

2. Kemenkes RI & CHEPS UI. Laporan National Health Account (NHA) Tahun 2014. Jakarta: Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kemenkes RI; 2014.
3. Hartini, Arso SP, Sriatmi A. Analisis Pelayanan Rujukan Pasien BPJS di RSUD Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun Provinsi Jambi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 2016; 4(4):49-59.
<https://doi.org/10.14710/jkm.v4i4.13940>
4. Ansharuddin. Tingkat Rujukan ke RS Tinggi. [Internet] Jakarta: Media Indonesia; 2015 [disitasi Februari 2017] Available from: <http://www.mediaindonesia.com>
5. Ilyas Y. Mengenal Asuransi Kesehatan Review Utilisasi, Manajemen Klaim dan Fraud. Depok: FKM UI; 2003.
6. Yin. Studi Kasus Desain dan Metode. Jakarta: Rajawali Press; 2012.
7. Muninjaya AAG. Manajemen Kesehatan Edisi 3. Jakarta: Penerbit EGC; 2010.
8. Wren DA, Bedeian AG. The Evolution of Management Thought, Six Edition. Louisiana State University and A&M College: Ebook. John Wiley & Sons Inc; 2009.
9. Kusairi. Faktor-faktor yang mempengaruhi Kelengkapan Berkas Klaim Pasien Jamkesmas di RSUD Brigjen H Hasan Basry Kandungan. [Tesis] Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2013.
10. Persatuan Ahli Jaminan Kesehatan Indonesia. Managed Care Bagian B. Jakarta: Pamjaki; 2014c.
11. Abbey DC. Health Care Payment System an Introduction. New York: Taylor & Francis Group, LLC; 2009.
12. Souza AMFM, de Oliveira SB, Daher EP. Mapping the hospital billing process: The case of the a federal hospital in Rio de Janeiro. *Procedia Computer Science* 2016; 100:671-6.
<https://doi.org/10.1016/j.procs.2016.09.210>
13. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Ina-CBGs dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Kemenkes RI.
14. Octaria H. Hubungan Beban Kerja Koder dengan Keakuratan Diagnosa Pasien Rawat Inap di RS Syafira Pekanbaru. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan* 2017; 5(1):92-5.
<https://doi.org/10.33560/v5i1.155>
15. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis. Jakarta: Kemenkes RI.
16. Janah, Miftachul F, Mardioiko I, Astuti D. Hubungan Kualifikasi Koder dengan Keakuratan Kode Diagnosis Rawat Jalan Berdasarkan ICD-10 di RSPAU Dr. S Hardjolukito Yogyakarta. [Tesis] Solo: Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2015.
<http://eprints.ums.ac.id/34792/32/naskah>
17. Pongpirul K, Walker DG, Rahman H, Robinson C. DRG coding practice: a nationwide hospital survey in Thailand. *BMC Health Serv Res* 2011; 11:290.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-290>
18. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis. Jakarta: Kemenkes RI.
19. Joman F, Al-Jummaa S, Alrajhi AA, Al-Rayes H, Al-Nasser A. Documentation and coding of medical records in a tertiary care center: a pilot study. *Ann Saudi Med* 2005; 25(1):46-9.
<https://doi.org/10.5144/0256-4947.2005.46>
20. Ortega PA, Figueroa CJ, Ruz GA. A Medical Claim Fraud/Abuse Detection System based on Data Mining: A Case Study in Chile. *DMIN* 2006; 6:224-31.
<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.176>
21. Andraea MC, Dunham K, Freed GL. Inadequate training in billing and coding as perceived by recent pediatric graduates. *Clinical Pediatr* 2009; 48(9):939-44.
<https://doi.org/10.1177/0009922809337622>
22. Idris, Fachmi. Verifikator BPJS Berperan Penting Cegah Sengketa Klaim. [Internet] Jakarta: Hukum Online; 2015 [Disitasi Februari 2017]. Available from: <http://www.hukumonline.com/berita>
23. Muchlas Makmuri. Perilaku Organisasi. Yogyakarta: GMU Press; 2008.
24. Agiwahyuanto F, Sudiro S, Hartini I. Upaya Pencegahan Perbedaan Diagnosis Klinis dan Diagnosis Asuransi Dengan Diberlakukan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Pelayanan BPJS Kesehatan Studi di RSUD Kota Semarang. *JMKI Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia* 2016; 4(2):84-90.
<https://doi.org/10.14710/jmki.4.2.2016.84-90>