

ANALISIS FAKTOR PENYEBAB KEJADIAN FRAUD YANG DIAKIBATKAN OLEH *UPCODING* BIAYA PELAYANAN KESEHATAN KEPADA BPJS KESEHATAN CABANG AMBON

Achmad Saleh Abdullah^{*)}

^{*)}Universitas Muslim Indonesia

Abstrak

Sistem pembayaran INA-CBG digunakan dalam pembayaran pelayanan kesehatan berdasarkan paket pelayanan atau diagnosis penyakit. Nilai pembayaran dalam sistem INA-CBG ini belum tentu sama dengan biaya sebenarnya yang dikeluarkan oleh rumah sakit dalam merawat setiap pasien, terkadang lebih tinggi namun terkadang lebih rendah dari real cost yang telah dikeluarkan sehingga tindakan kecurangan dalam upaya mendapatkan keuntungan dapat saja terjadi. Proses penterjemahan diagnosis dan tindakan yang dilakukan oleh koder tim klaim rumah sakit. Hasil Koding masih dijumpai lebih tinggi dari seharusnya (upcoding). Tujuan dari penelitian ini untuk mendeteksi terjadinya upcoding dan mengetahui langkah – langkah untuk mencegah terjadinya upcoding. Menganalisis potensi kejadian upcoding klaim pelayanan kesehatan rumah sakit di Kota Ambon. Menganalisis faktor-faktor penyebab kejadian Upcoding pada klaim pelayanan kesehatan rumah sakit di Kota Ambon. Penelitian ini merupakan studi kualitatif deskriptif terhadap temuan kasus fraud berupa upcoding yang ditemui dalam proses verifikasi klaim pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan di kota ambon. Melalui wawancara mendalam kepada informan. Pemilihan informan untuk wawancara secara snowball sampling. Proses analisis dilakukan terhadap hasil-hasil wawancara yang telah dilakukan dengan menelusuri proses input dan administrasi klaim (Input-Proses-Output). Berdasarkan hasil penelitian upcoding klaim pelayanan kesehatan terhadap BPJS Kesehatan dapat ditarik kesimpulan bahwa ada potensi upcoding yang terjadi pada klaim pelayanan kesehatan rumah sakit di Kota Ambon. Faktor penyebab potensi upcoding yang terjadi antara lain, Verifikasi internal rumah sakit dan umpan balik (feedback) dari BPJS Kesehatan belum berfungsi dengan baik sebagai pengawasan tindakan kecurangan (fraud), Menurunnya akurasi koding akibat panjangnya proses input klaim karena tidak adanya implementasi SIMRS, Motivasi Koder.

Kata kunci : Tindakan kecurangan, fraud , upcoding, pelayanan kesehatan

PENDAHULUAN

Pembayaran manfaat yang efektif dirancang untuk membiayai pelayanan kesehatan, hal ini dilaksanakan melalui pembayaran biaya atas klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan diharapkan dapat mendorong perbaikan mutu layanan kesehatan

Sistem pembayaran INA-CBG yang membayar pelayanan berdasarkan paket pelayanan atau diagnosis penyakit. Nilai pembayaran dalam sistem INA-CBG ini belum tentu sama dengan biaya sebenarnya yang dikeluarkan oleh rumah sakit dalam merawat setiap pasien, terkadang lebih tinggi namun terkadang lebih rendah dari real cost yang telah dikeluarkan sehingga tindakan kecurangan dalam upaya mendapatkan keuntungan dapat saja terjadi.

Proses penterjemahan diagnosis dan tindakan yang dilakukan oleh koder tim klaim rumah sakit. Hasil Koding masih dijumpai lebih tinggi dari seharusnya (upcoding).

BPJS Kesehatan Cabang Ambon mencatat diantara 82.837 kasus rawat jalan yang diajukan oleh delapan rumah sakit di kota Ambon terdapat 411 kasus atau sebesar 0,5% yang mengalami koreksi karena indikasi kesalahan koding dengan potensi kerugian sebesar Rp. 113.947.900. Pada kasus rawat inap terdapat 697 kasus dari total 24.746 kasus atau 2,81% terindikasi upcoding dengan potensi kerugian sebesar Rp.1.537.708.800,- Sehingga total potensi kerugian akibat upcoding selama satu tahun mencapai Rp.1.651.656.700,-.

Berdasarkan latar belakang diatas, untuk mendeteksi terjadinya Upcoding dan mencegah terjadinya upcoding dalam jumlah yang lebih besar serta mempertahankan kesinambungan program Jaminan Sosial Kesehatan, maka peneliti ingin menganalisis faktor penyebab kejadian fraud yang diakibatkan oleh upcoding biaya pelayanan kesehatan kepada BPJS Kesehatan Cabang Ambon.

METODE PENELITIAN

Pendekatan penelitian studi kualitatif deskriptif terhadap temuan kasus fraud berupa upcoding yang ditemui dalam proses verifikasi klaim pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan di kota ambon. Melalui wawancara mendalam kepada informan.

Informan Penelitian

Informan kunci

1. Petugas Verifikator BPJS Petugas verifikator BPJS adalah petugas yang berperan melakukan verifikasi klaim dari pihak rumah sakit.
2. Informan Biasa
Direktur RS dan Manajemen
Koder
Klinisi
Perawat dan petugas Input administrasi pada masing-masing poli dan ruang perawatan

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Kota Ambon pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan. Waktu Penelitian dilakukan pada bulan September sampai dengan Desember 2018

Proses analisis dilakukan terhadap hasil-hasil wawancara yang telah dilakukan dengan menelusuri proses input dan administrasi klaim (Input-Proses-Output)

HASIL PENELITIAN

Jumlah kunjungan wawancara Awal pada verifikator menunjukkan kenaikan kunjungan Rata-rata pertahun sebesar 18% untuk Rawat Jalan dan 15 % untuk Rawat Inap.

Jenis Kunjungan	2015	2016	2017
Kunjungan Rawat Jalan	59.427	70.300	82.837
Kunjungan Rawat Inap	19.682	22.226	21.957

Rata-rata kunjungan ke rumah sakit pasien di Kota Ambon yang mengakses layanan kesehatan rujukan rawat jalan adalah rata-rata 6.900 kunjungan setiap bulan dan jumlah pasien rawat inap adalah rata-rata 1.830 kunjungan setiap bulan.

Dari informan kunci didapatkan pula data yang direkapitulasi kasus pending yakni kasus yang dikembalikan ke rumah sakit karena memerlukan konfirmasi atas pelayanan yang telah diberikan dengan kesesuaian kode yang ditagihkan, diantara kasus-kasus pending tersebut antara lain adalah kasus *upcoding*

Bentuk Upcoding	Rawat Jalan		Rawat Inap	
	Jumlah Kasus	Potensi Kerugian	Jumlah Kasus	Potensi Kerugian
Kesalahan Koding Diagnosis	15	3.419.700	97	192.769.500
Kesalahan Koding Prosedur	376	108.222.600	53	150.688.100
Koding Perlu di Reseleksi	18	1.881.000	411	866.728.500
Koding Tanpa Penunjang	2	424.600	64	156.474.100
Kesalahan Koding Multiple			72	171.048.600
Jumlah	411	113.947.900	697	1.537.708.800

Bentuk bentuk temuan upcoding tersebut yaitu :

1. Koding Klaim tidak sesuai aturan pada kondisi multiple atau kesalahan koding pada kondisi multiple, hal ini biasanya hanya terjadi pada rawat inap disebabkan karena jika terjadi di rawat jalan tidak terjadi perbedaan tarif contohnya : Penyakit gagal ginjal pada pasien yang mengidap ginjal hipertensi pada kasus seperti ini koding tidak boleh diklaim terpisah: Hipertensi (I10) dan Gagal Ginjal (N00) seharusnya dikode Penyakit ginjal hipertensi disertai gagal ginjal (I12.0). Bahkan diperluas lagi pada kode N00 – N07, N18, N-19, N26.
2. Koding suatu diagnosis yang tidak disertai pemeriksaan penunjang. contohnya : Pemeriksaan darah pada pasien anemia (selain perdarahan) namun pada berkas pendukung tidak ada bukti lab.
3. Kesalahan koding prosedur karena memiliki kode ICD-9-CM bukan yang seharusnya contohnya : Penggunaan Inkubator kurang dari 96 jam (96.71) namun dikode penggunaan inkubator selama 96 jam atau lebih (96.72) pada kasus rawat Jalan USG Kehamilan (88.78) dikode USG abdomen (88.76) atau Other Ultrasound (unspecified) (88.79).
4. Menukar diagnosis utama dengan diagnosis sekunder maupun sebaliknya (Koding perlu diseleksi). Contohnya kondisi utama dituliskan katarak dan kondisi sekunder adalah hipertensi namun pasien dirawat karena hipertensi maka dilakukan reseleksi.
5. Kesalahan koding diagnosis yaitu memilih kode yang tidak sesuai dengan kondisi seharusnya contohnya : Pasien datang berkunjung untuk kontrol ulang (kode z) namun dikode layaknya kunjungan pertama.

PEMBAHASAN

Pada wawancara awal kepada para koder yang dimaksudkan untuk mengetahui sejauh mana pemahaman koder terkait :

- kaidah koding ICD,
- Peraturan Menteri Kesehatan No 76 tahun 2016 tentang Pedoman INACBG.

Seluruh koder telah memahami dengan baik, salah satu jawaban yang lengkap Yaitu :

“Dilihat dari anamnesa, penunjang dan juga terapi yang diberikan harus ada pemeriksaan penunjang dan sesuai aturan MB. memperhatikan inclusion, exclusion dan omit code dengan melihat lead term dan indeks alfabatik. (MA, 42 Tahun)”

Hal ini menunjukkan pengetahuan tenaga koder terhadap regulasi dan kaidah pengkodean sudah baik. Walaupun tidak semua koder memiliki latar belakang pendidikan dari perekam medik, bahkan ada rumah sakit yang Mempekerjakan koder dari rumah sakit lain. atau tetap mempekerjakan pegawai yang telah purnabakti.

Ketika data kejadian upcoding yang diumpun balikkan melalui klaim pending ke rumah sakit, dibandingkan dengan pemahaman koder terkait Kaidah dan pemahaman koder terhadap peraturan yang ada. Didapatkan Inkonsisten dengan data dan fakta pengamatan.

Upcoding tetap saja terjadi sepanjang tahun dengan jumlah kasus yang hampir sama setiap bulannya baik dirawat jalan maupun dirawat inap berdasarkan fakta ini maka penelusuran penyebab upcoding perlu dimulai dari proses *input*. Para Dokter sebagai klinisi diwawancarai mengenai penetapan diagnosis dan proses pengisian resume medis. Hasil wawancara menunjukkan bahwa kebanyakan dokter menetapkan diagnosis utama dari diagnosis kerja atau yang paling banyak menjadi perhatian dokter selama perawatan kepada pasien.

“katong isi sesuai lege artis sa, nanti dong bagian klaim sasuaikan sendiri”

Direktur rumah sakit yang merupakan klinisi sekaligus manajemen juga diwawancarai dalam penelitian ini, beberapa hal yang ditanyakan kepada para direktur yaitu tersedianya sarana dan prasarana seperti:

- Ruang yang memadai bagi proses administrasi berkas dan klaim dan proses kodifikasi diagnosis, reseleksi dan verifikasi.
- Komputer yang cukup, akses internet dan buku panduan WHO ICD versi 2010

Salah satu jawaban yg senada antara semua informan yaitu :

“kita sudah menyiapkan komputer, koneksi internet, buku-buku koding dan kamus kedokteran sebagai sarana prasarana tim untuk membuat itu (klaim) sehingga sebenarnya sudah cukup, memang semakin lama semakin banyak peserta sehingga pasien bertambah banyak dan tenaga akhirnya tidak cukup untuk mengimbangi disisi lain ada waktu karena kita juga harus menyesuaikan dengan cashflow” (HS 60 Tahun)

Dalam wawancara juga ditanyakan hambatan dalam administrasi klaim selain jumlah berkas yang bertambah banyak dan waktu penyelesaian yang semakin pendek , maka sebagian besar menjawab proses input pada aplikasi INACBG yang panjang melalui penelusuran proses input klaim didapatkan permasalahan bahwa :

1. Bertambahnya jumlah kunjungan sehingga waktu penyelesaian adminitrasi klaim semakin pendek.
2. Terjadi kasus upcoding yang berulang setiap bulan dengan jumlah kasus yang hampir sama.
3. Proses input klaim dalam aplikasi INACBG dinilai terlalu panjang karena harus mengisi item tagihan (billing).

Ketiga hal tersebut dijadikan fokus dalam wawancara mendalam kepada verifikator dan koder dalam proses input kode dan verifikasi pada wawancara dengan verifikator dapat diketahui

“Setiap tahun terjadi peningkatan jumlah kunjungan di rumah sakit Haulussy karena semakin banyak yang punya kartu jadi peserta tidak ragu lagi menggunakan fasilitas JKN, apalagi sekarang pemda Kota Ambon sudah punya program Jamkesda yang integrasi dengan program JKN” (NA, 30 Tahun)

Menurut verifikator waktu penyelesaian tidak terlalu menjadi masalah bagi mereka, karena saat ini telah digunakan vedika (verifikasi digital klaim) yang membantu proses verifikasi Sesuai logika yang telah *“tertanam”* dalam aplikasi dan membantu menetapkan *“redflag”*.

Namun berbeda halnya dengan rumah sakit *“Sekarang berkas klaim sudah sangat banyak dibandingkan tahun 2014, rata-rata rumah sakit tidak bisa lagi memenuhi penyetoran klaim sebelum tanggal 10 setiap bulan, rata-rata nanti di minggu ke tiga, apalagi sekarang aplikasi e-claim harus menginput banyak sekali item sebelum tarif bisa di grouping” (AL 28 tahun)*

Menurut verifikator kasus yang berulang setiap bulan telah dikomunikasikan dalam pertemuan rutin ketika klaim pending diserahkan kepada rumah sakit, klaim pending dapat diinput kembali dengan benar oleh koder, namun pada klaim induk bulan berikutnya *upcoding* terjadi lagi.

Pertemuan rutin yang dilakukan oleh kedua belah pihak dalam rangka umpan balik klaim pending seharusnya menjadi wadah pengawasan bagi kedua belah pihak terhadap berjalannya proses dengan baik tanpa kecurangan.

Menurut Albrecht et al (2009), bahwa lemahnya pengendalian internal dalam organisasi dan pengetahuan yang dimiliki oleh pelaku kecurangan tentang fraud akan menimbulkan kesempatan atau *opportunity* suatu organisasi untuk melakukan tindakan kecurangan atau *fraud*.

Reseleksi yang seharusnya menjadi bagian penting dalam proses koding, tidak menjadi perhatian, konfirmasi dilakukan hanya pada beberapa kondisi seperti tulisan dokter tidak jelas atau kebetulan koder bertemu dengan dokter. Akhirnya, Upcoding klaim tetap terjadi karena reselection koding tidak dilakukan sesuai kaidah dan verifikasi sepenuhnya oleh verifikator BPJS Kesehatan.

Bila verifikator tidak menemukan maka keuntungan di pihak RS kombinasi penyebab seperti makin bertambahnya kasus, makin sempitnya waktu penyelesaian dan tidak adanya aplikasi SIM RS yang mengakomodir percepatan proses input klaim serta tuntutan pendapatan kepada rumah sakit. Menjadi alasan utama koder tidak lagi melaksanakan fungsinya dengan baik.

Thabrany (2014) mengungkapkan bahwa kecurangan atau *fraud* pada Sistem Jaminan Kesehatan Nasional adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan serta penyedia obat dan alat kesehatan untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan.

Dalam wawancara koder mengungkapkan

“Katong menerima honor berdasarkan persentase jumlah klaim yang dibayarkan BPJS, jadi tergantung jumlah berapa dong bayar, apalagi kalau ada terlambat (pembayaran) juga iko terlambat” (ST 36 Tahun)

Cahyani (2005) dalam Kadarisman (2016) menjelaskan terkait dengan faktor yang mempengaruhi motivasi yaitu uang sebagai motivator bahwa kita perlu membedakan antara insentif dan kompensasi, insentif yaitu merangsang kinerja yang lebih baik dimasa depan, dan kompensasi berfungsi sebagai terhadap kinerja yang baik dimasa lalu, kompensasi yang lebih dikenal sebagai upah atau gaji baru didapat oleh seseorang setelah orang itu bekerja, kompensasi besarnya tetap. Sedangkan untuk mendapatkan insentif yang lebih besar dimasa mendatang pekerja harus bisa bekerja lebih baik

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang *upcoding* klaim pelayanan kesehatan terhadap BPJS Kesehatan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Ada potensi *upcoding* yang terjadi pada klaim pelayanan kesehatan rumah sakit di Kota Ambon.
2. Faktor penyebab potensi *upcoding* yang terjadi antara lain, Verifikasi internal rumah sakit dan umpan balik (feedback) dari BPJS Kesehatan belum berfungsi dengan baik sebagai pengawasan tindakan kecurangan (*fraud*), Menurunnya akurasi koding akibat panjangnya proses input klaim karena tidak adanya implementasi SIMRS, Motivasi Koder.

SARAN

Berdasarkan pembahasan dan kesimpulan diatas penulisan mengharapkan penelitian ini sebagai referensi tambahan dalam pencegahan dan penindakan terhadap penanganan *upcoding* di Rumah Sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Albrecht, W. S., Abrecht, C. O., Albrecht, C. C. & Zimelman, M. F. 2011. *Fraud Examination*, South Western, Cengage Learning.
- BPJS Kesehatan. 2015. *Modul Pelatihan Fraud Pelayanan Kesehatan*. BPJS Kesehatan
- Dorland WA, Newman. 1996. *Kamus Kedokteran Dorland* edisi 26. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

- Farzandipour M, Skeihtaheri A, dan Sadoughi F. 2009. *Effective Factors on Accuracy of Principal Diagnosis Coding Based on International Classification of Diseases*: International Journal of Information management Vol 30, 78-84
- Ilyas, Y. 2003. *Asuransi Kesehatan: Review Utilisasi, Manajemen Klaim dan Fraud (Kecurangan Asuransi Kesehatan)*, Depok, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Koh HC dan Tan Gerald, 2005. *Data Mining Applications in Healthcare*, *Journal of Healthcare Information Management* : vol 19 No 2.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2016a. *Peraturan Menteri kesehatan RI No 52 tahun 2016 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Program JKN*. In: INDONESIA, K. K. R. (ed.). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2016b. *Peraturan Menteri Kesehatan RI No.76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (Ina-Cbgs)*. In: INDONESIA, K. K. R. (ed.). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2015. *Peraturan Menteri Kesehatan RI No 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional*. In: RI, D. K. (ed.). Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Laksono Trisnantoro,. 2014. *Penyusunan Kerangka Proposal Penelitian Operasional untuk Pencegahan dan Pengurangan Fraud dalam JKN* [Online]. Yogyakarta: Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan (PMPK) FK-UGM. [Accessed 25 Januari 2016].
- Maiga V, Ansyori A dan Hariyanto T. 2014. *Peran Pengatahuan dan Sikap Dokter dalam Ketepatan Koding Diagnosis Berdasar ICD 10*: *Journal Kedokteran Brawijaya* Vol 28, Suplemen No 1.
- Moleong, L. J. 2012. *Metode Penelitian Kualitatif*, Yogyakarta, Remaja Rosda Karya.
- Makkurade S.T. 2015, *Potensi Kecurangan Klaim Pelayanan Kesehatan Terhadap Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Di RSUD Tenriawaru Kab.Bone*, Universitas Muslim Indonesia
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Jakarta, Rineka Cipta.
- O'Malley K, Cook KF, Price MD. 2005. *Measuring Diagnoses: ICD Code Accuracy: Health Services Research* 40:5 Part II.
- Kadarisman. 2012. *Manajemen Kompensasi*. Jakarta. Rajawali Pers
- Steinsbuch P.JM, Oostebrink JB 2007, *The risk of upcoding in casemix systems: A comparative study*. *Journal of Health Policy*, Vol 81
- Rohman, H., & Hariyono, W. 2013. *Kebijakan Pengisian Diagnosis Utama dan Keakuratan Kode Diagnosis pada Rekam Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah YOGYAKARTA*. *Kes Mas: Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat*, 5(2).
- Sutopo, A. H. 2006. *Metode Penelitian Kualitatif: Teori dan Aplikasinya dalam Penelitian*, Surakarta, Sebelas Maret University Press.
- Thabrany, H. 2014. *Jaminan Kesehatan Nasional*, Jakarta, Rajawali Pers.
- The Government Finance Statistics 2010. *Government Finance and EDP Statistics*. In: GFS, E. (ed.). Euro Area: European Commission.
- World Health Organization, 2010. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*, Geneva. WHO Library Cataloguing-in-publication Data