



ANALISIS KEJADIAN UPCODING BIAYA PELAYANAN KESEHATAN DI WILAYAH KERJA BPJS KESEHATAN CABANG DEPOK

Nadira Sariunita¹, Rizma Adlia Syakurah²

^{1,2}Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya

Email: rizma.syakurah@gmail.com

Keywords:

Cheating (fraud),
Upcoding, BPJS Health

ABSTRACT

There are many types of fraud that can occur in BPJS Kesehatan health services. According to the report of Referral and Anti-Fraud Health Service Utilization Staff of BPJS Kesehatan KC Depok, it is known that Upcoding of health services is one of the problems that is often found in fraud at BPJS Kesehatan KC Depok. This study aims to analyze the occurrence factors of health service upcoding in the working area of BPJS Kesehatan Depok Branch Office. A descriptive qualitative design with a case study approach is used in this article. The activity was carried out from 1 July to 30 July 2021 in the Health BPJS Referral Guarantee (PMR) Field, Depok Branch Office. Data collection was carried out by observation, interviews, and document review. The collected data were analyzed descriptively. Factors that occur with upcoding are incompetent human resources, misperceptions of diagnosis by coders, the number of files piling up, and the tendency to increase claim costs. Upcoding incidents had an impact on BPJS Health at the Depok Branch Office, namely increasing claim costs, increasing the burden of health service costs borne by BPJS Health and discrepancies in statistical data with a description of cases in the field. It is recommended that the BPJS Kesehatan Depok Branch Office hold regular meetings between the two parties in order to motivate cadres so they don't make mistakes in the claim coding process. The Hospital continues to carry out internal controls.

PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014, 2014). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat. Berdasarkan Peraturan Presiden, prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah prinsip kegotongroyongan yang artinya prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya Jaminan Sosial (Peraturan Presiden Republik Indonesia No 82 Tahun 2018, 2018).

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dengan sistem

pembiayaan yang tepat diharapkan tujuan diatas bisa tercapai. Dalam pelaksanaan JKN, sistem INA-CBG merupakan salah satu instrumen penting dalam pengajuan dan pembayaran klaim pembayaran pelayanan kesehatan yang telah dilaksanakan oleh FKRTL yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, maka pihak manajemen maupun fungsional di setiap FKRTL tersebut perlu memahami konsep implementasi INA-CBG dalam program JKN (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016, 2016). Dasar pengelompokan dalam INA-CBG menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 Revisi Tahun 2010 untuk diagnosis dan ICD-9-CM Revisi Tahun 2010 untuk tindakan/prosedur. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1.075 Group/Kelompok Kasus yang terdiri dari 786 kelompok kasus rawat inap dan 289 kelompok kasus

rawat jalan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016, 2016).

Dalam pelaksanaannya, proses penterjemahan diagnosis dan tindakan yang dilakukan oleh koder tim klaim rumah sakit. Hasil koding tersebut seringkali masih lebih tinggi dari seharusnya (*Upcoding*). *Upcoding* berarti berusaha membuat kode diagnosa dan tindakan dari pelayanan yang ada lebih tinggi atau lebih kompleks dari yang sebenarnya dikerjakan di institusi pelayanan kesehatan atau sebaliknya (AGUNG, 2018). Atas dasar uraian diatas, penulis tertarik untuk mengetahui dan menganalisis bagaimana gambaran kejadian *upcoding* pelayanan kesehatan kepada BPJS Kesehatan Kantor Cabang Depok. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran dari kejadian *upcoding* pelayanan kesehatan kepada BPJS Kesehatan Kantor Cabang Depok.

METODE

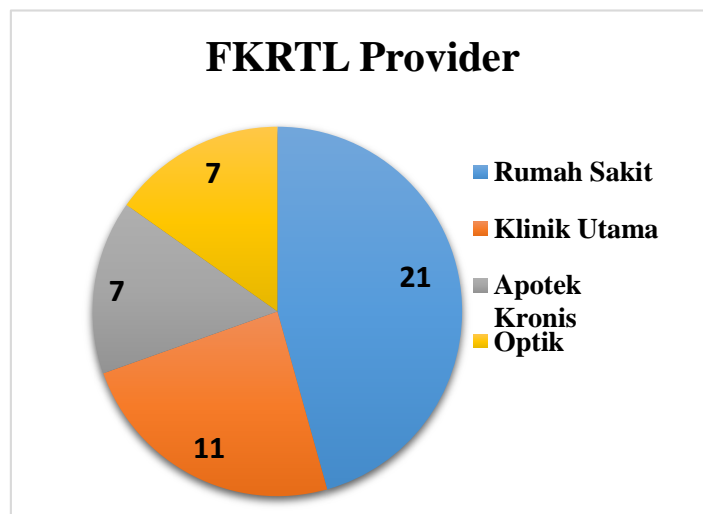
Sebuah desain kualitatif deskriptif dengan pendekatan studi kasus digunakan dalam artikel ini. Kegiatan dilaksanakan pada tanggal 1 Juli sampai 30 Juli 2021 di Bidang Penjaminan Manfaat Rujukan (PMR) BPJS Kesehatan Kantor Cabang Depok. Objek yang diamati adalah faktor kejadian *upcoding* pelayanan kesehatan di wilayah kerja BPJS Kesehatan Kantor Cabang Depok dengan menggunakan analisis *fishbone*.

Pengumpulan data dilakukan dengan observasi, wawancara, dan telaah dokumen. Metode wawancara dilakukan dengan cara bertanya langsung dengan staf verifikator BPJS Kesehatan KC Depok dan Staf Utilisasi Pelayanan Kesehatan Rujukan dan Anti Fraud.

Sedangkan metode observasi dilakukan dengan cara mengamati langsung di Unit Penjaminan Manfaat Rujukan. Data primer diperoleh berdasarkan kegiatan langsung di lapangan. Sementara data sekunder diperoleh melalui dokumen terkait di BPJS Kesehatan, literatur serta referensi lainnya, Data yang dikumpulkan kemudian dilakukan analisis secara deskriptif

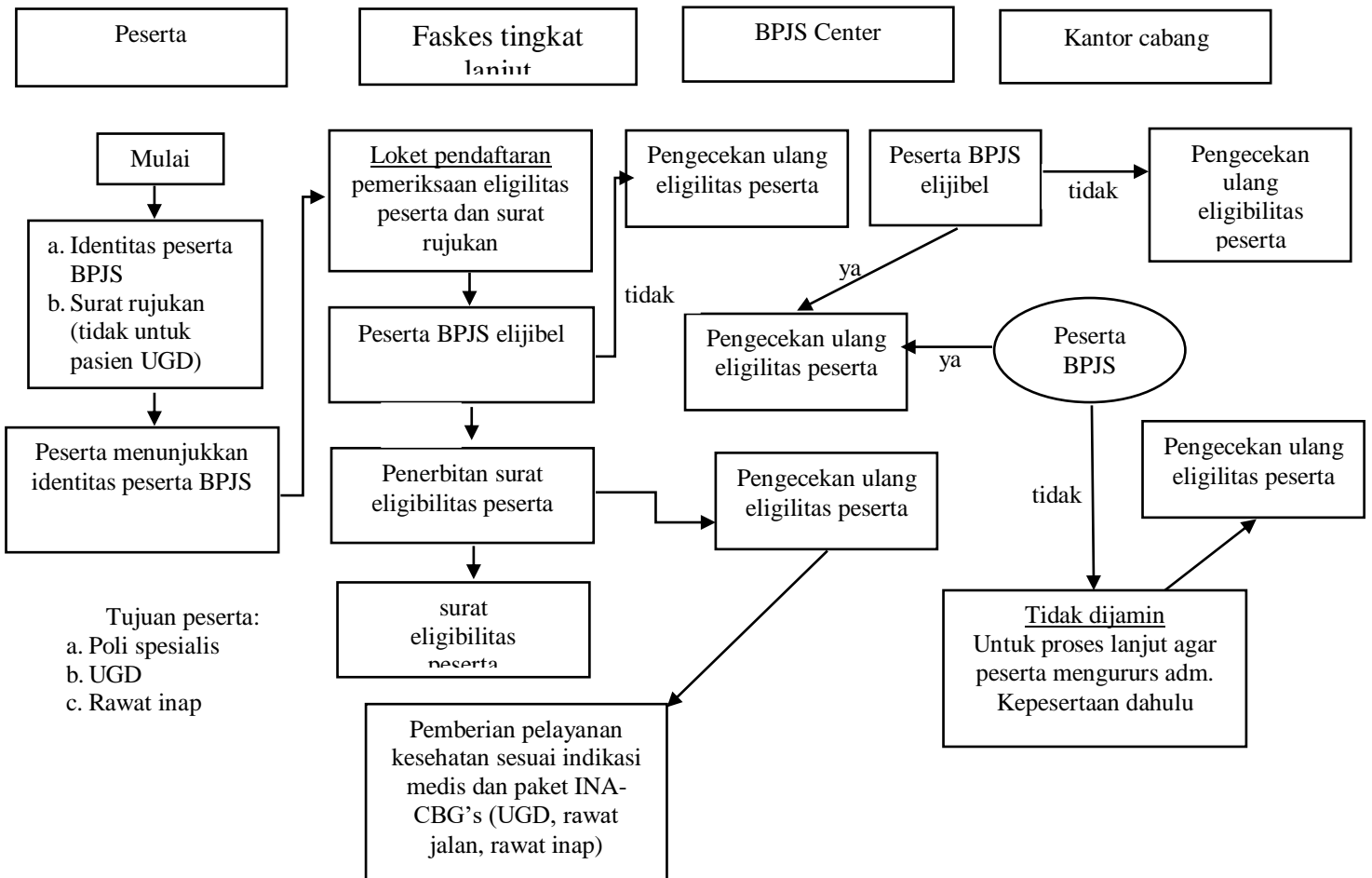
HASIL

BPJS Kantor Cabang Depok menaungi 11 Kecamatan dan 63 Kelurahan luas wilayah 200,29 km² dan jumlah penduduk 1.857.734 Jiwa. Salah satu unit bidang di pelayanan BPJS yaitu unit Unit Penjaminan Manfaat Rujukan yang memiliki tugas dan tanggung jawab menganalisa kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, interatif, pengolahan mutu, melaksanakan utilisasi review, dan laporan kinerja Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Distribusi FKRTL Provider yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Depok dapat dilihat pada gambar 1 berikut.



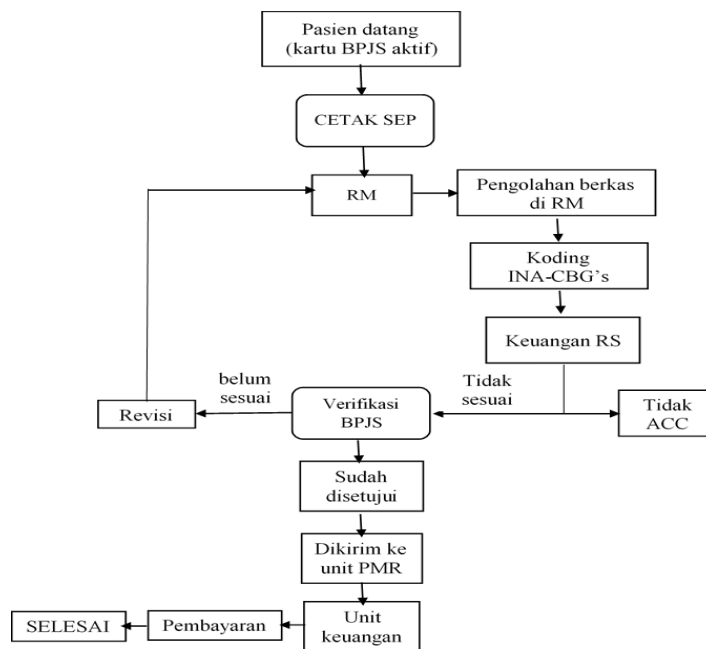
Gambar 1. Sebaran FKRTL Provider yang Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Depok

Alur Pelayanan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut dapat dilihat pada gambar 2 berikut.



Gambar 2. Alur Pelayanan FKRTL

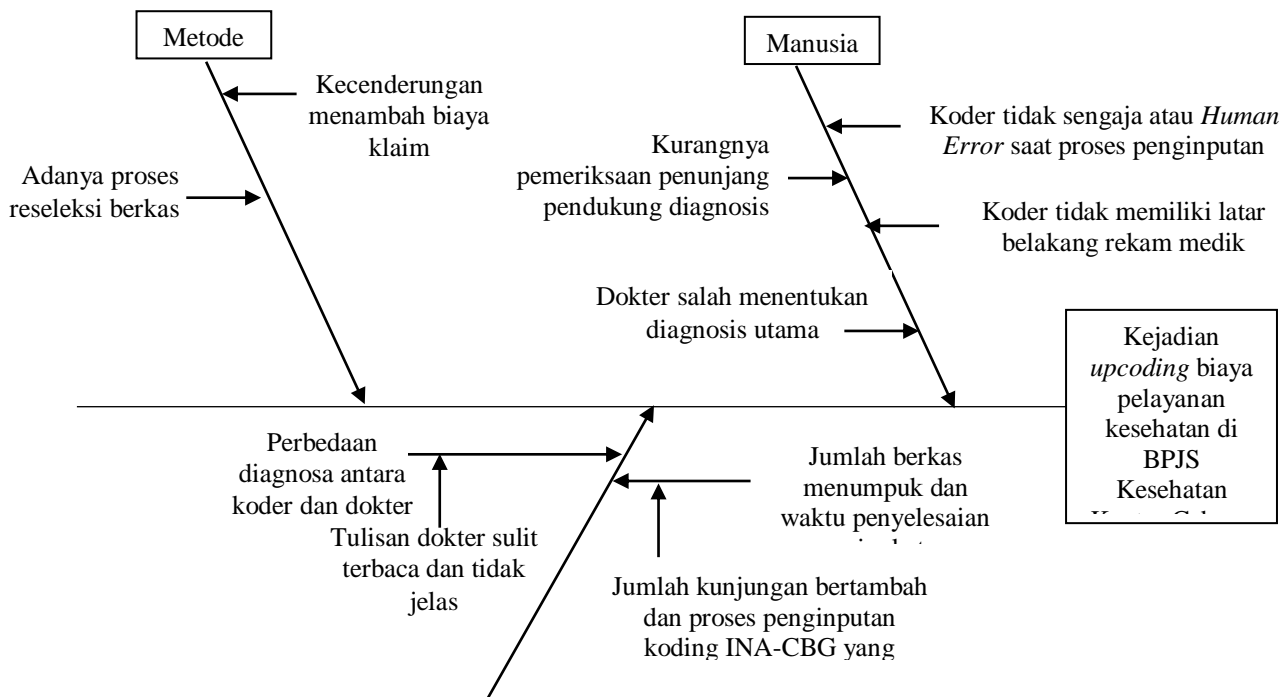
Sementara alur verifikasi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut dapat dilihat pada gambar 3 berikut.



Gambar 3. Alur Verifikasi di Pelayanan FKRTL

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada Staf Utilisasi Pelayanan Kesehatan Rujukan dan Anti *Fraud*, diketahui bahwa kejadian *Upcoding* pelayanan kesehatan merupakan salah satu permasalahan yang sering ditemukan pada Unit Penjaminan Manfaat Rujukan. Berdasarkan hasil wawancara kepada staf verifikator BPJS Kesehatan KC Depok, *upcoding* pelayanan kesehatan kepada BPJS KC Depok dilakukan oleh Sumber Daya Manusia (SDM) yang bertanggung jawab, yaitu petugas koder rumah sakit yang memiliki tanggung jawab dalam melakukan koding. Proses pengkodean biaya pelayanan kesehatan dilakukan oleh pihak rumah sakit yaitu dokter penanggung jawab dan koder. Penentuan akar penyebab masalah *upcoding* pelayanan kesehatan menggunakan diagram *fishbone*. Analisis penentuan akar penyebab

Masalah berdasarkan diagram *fishbone* dapat dilihat pada gambar 4 berikut.



Gambar 4. Identifikasi Penyebab Kejadian *Upcoding* Biaya Pelayanan Kesehatan di BPJS Kesehatan Kantor Cabang Depok

Berdasarkan hasil analisis dengan diagram *fishbone*, bentuk *upcoding* yang didapatkan dari data verifikasi pasca klaim periode Februari – Maret 2021 di BPJS Kesehatan KC Depok, yaitu:

Tabel 1. Bentuk *Upcoding* Pelayanan Kesehatan Periode Februari – Maret 2021 di BPJS Kesehatan KC Depok

Bentuk <i>Upcoding</i>	Jumlah Kasus	Potensi Kerugian
Kesalahan Koding Diagnosis	563	Rp2.479.912.200
Koding Pelayanan Berulang Lain – Lain	1548	Rp47.290.761.200
Jumlah	235	Rp 79.675.400
Jumlah	2346	Rp.49.850.348.800

Beberapa bentuk temuan *Upcoding* tersebut adalah :
 Kesalahan koding diagnosis yaitu memilih kode yang tidak sesuai dengan kondisi yang

seharusnya. Pada data verifikasi pasca klaim tersebut ditemukan pasien datang untuk kontrol ulang (kode z) dengan kasus kronis besar namun dikode layaknya kunjungan pertama.

Kesalahan koding pelayanan berulang yaitu menuliskan kode untuk pelayanan CT-Scan secara berulang dan menuliskan tindakan operasi dilakukan lebih dari 1 kali.

Untuk bentuk *Upcoding* lainnya adalah dilakukannya prosedur test fungsi telinga, hidung mulut dan tenggorokan di Rumah Sakit yang seharusnya menjadi kompetensi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).

Kejadian *Upcoding* pelayanan kesehatan menyebabkan beberapa dampak bagi BPJS Kesehatan, diantaranya meningkatkan biaya klaim, meningkatkan beban biaya pelayanan kesehatan yang di tanggung BPJS Kesehatan, dan ketidaksesuaian data statistik dengan gambaran kasus di lapangan.

PEMBAHASAN

Kecurangan (*Fraud*) adalah perbuatan seorang peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan untuk mendapatkan keuntungan pribadi dari program jaminan kesehatan dalam sistem jaminan sosial nasional (BPJS Kesehatan, 2020). Kecurangan sering terjadi pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang akan mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan. Salah satu bentuk kecurangan yang dapat terjadi di tingkat FKRTL adalah penulisan kode diagnosis yang berlebihan/*upcoding* (Fatimah, Misnaniarti, & Syakurah, 2021)(Hartati, 2017)(Kementerian Kesehatan RI, 2015). Salah satu bentuk kecurangan yang dilakukan FKRTL adalah mengubah z atau prosedur lebih kompleks atau lebih banyak menggunakan sumber daya, sehingga proses klaim penagihan dilakukan atas dasar kode yang tidak akurat (Gabby, 2015)(Fatimah et al., 2021).

Kejadian *upcoding* dapat terjadi karena *coder* tidak memiliki kompetensi sebagai tenaga kesehatan rekam medik atau kurangnya kompetensi yang dimiliki oleh *coder*. Seorang *coder* harus memiliki kompetensi dan pengetahuan terkait rekam medis karena ketepatan dalam pemberian kode dan kualitas data terkode merupakan hal yang penting. Hal ini berkaitan dengan penagihan kembali biaya, asuhan dan pelayanan kesehatan. (Maimun, Natassa, Trisna, & Supriatin, 2018) Tenaga perekam medis diharapkan mampu menetapkan klasifikasi klinis, kodifikasi penyakit, dan masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia, yang digunakan untuk statistik penyakit dan sistem pembiayaan fasilitas pelayanan kesehatan. (Kementerian Kesehatan RI, 2020)

Coder yang tidak teliti juga dapat menyebabkan ketidaktepatan dalam pengkodean. Selain itu pengkodean INA-CBGs yang panjang karena menggunakan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur juga menjadi salah satu penyebab *upcoding* dalam penelitian ini. Sejalan dengan penelitian sebelumnya, beberapa penyebab yang dapat mempengaruhi ketepatan pengkodean, yaitu *coder* kurang pengalaman, perhatian, dan ketekunan (O'Malley et al., 2005). Pelatihan pada *coder* dibutuhkan untuk meningkatkan pengetahuan dalam menetapkan pengkodean yang tepat. Era globalisasi menuntut semua bidang, termasuk manajemen informasi kesehatan, untuk memanfaatkan teknologi informasi. Oleh karena itu, untuk meningkatkan kualitas tenaga kesehatan, termasuk praktisi manajemen informasi kesehatan, dibutuhkan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan dalam rangka menyerap perkembangan ilmu dan teknologi.(Kementerian Kesehatan RI, 2020) Ketidaktepatan pengkodean juga diduga karena

beban kerja *coder*, karena banyaknya jumlah berkas yang harus dikoding. Beban kerja *coder* dan ketepatan terminologi medis berkontribusi sebesar 24% terhadap keakuratan kode diagnosis utama (RIYANTI, 2012). Selain dapat mempengaruhi data dan informasi laporan, keakuratan pengkodean juga dapat mempengaruhi tariff INA-CBG's sehingga jumlah pembayaran klaim akan berbeda (Maimun et al., 2018).

Peran dokter dalam ketepatan dan keakuratan pengkodean juga mempengaruhi kualitas hasil pengkodean, salah satunya kejelasan tulisan dokter. (Maimun et al., 2018) Hal ini karena tenaga medis merupakan pemberi layanan kesehatan utama pada pasien, dan memiliki tanggung jawab terhadap jawab atas kelengkapan dan kebenaran data, termasuk data klinis dalam rekam medis Dokter memiliki beberapa peran dalam pengkodean, sehingga jika terdapat penulisan yang kurang jelas, tenaga rekam medis berhak dan wajib mengkonfirmasi dengan dokter yang bersangkutan. (Maimun et al., 2018)

Oleh karena itu, untuk menangani permasalahan *upcoding* di pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan KC Depok melakukan beberapa kebijakan, antara lain mengoptimalkan peran VEDIKA (Verifikasi Didital Klaim), melakukan verifikasi secara ketat terhadap kasus-kasus yang teridentifikasi berpotensi *upcoding*, melakukan utilisasi review berkala untuk memberikan gambaran tentang permasalahan yang ada di rumah sakit, melakukan pertemuan dengan Tim Kendali Mutu Dan Kendali Biaya (TKMKB) Kantor Cabang Depok, dan melakukan verifikasi pasca klaim terhadap klaim yang sudah terbayarkan.

BPJS Kesehatan KC Depok juga melakukan beberapa upaya dalam menanggulangi kejadian *upcoding*, antara lain membangun kesadaran melalui pembinaan dan pengawasan dengan melalui program-program edukasi dan sosialisasi dengan melibatkan Dinas Kesehatan kabupaten/ kota dengan, melakukan pelaporan terhadap instansi yang diduga melakukan tindakan kecurangan, deteksi kecurangan, investigasi oleh Tim Pencegahan Kecurangan JKN, dan pemberian sanksi seperti sanksi administrasi dan perintah pengembalian kerugian kepada pihak yang dirugikan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kejadian *Upcoding* pelayanan kesehatan merupakan salah satu permasalahan yang sering ditemukan pada Unit Penjaminan Manfaat Rujukan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Depok. Hal ini disebabkan karena sumber daya manusia yang kurang berkompeten, adanya kesalahan persepsi diagnosis oleh koder, jumlah berkas yang menumpuk, dan kecendrungan penambahan biaya klaim.

Kejadian *Upcoding* menimbulkan dampak yang terjadi kepada pihak BPJS Kesehatan Kantor Cabang Depok yaitu meningkatkan biaya klaim,

meningkatkan beban biaya pelayanan kesehatan yang di tanggung BPJS Kesehatan dan ketidaksesuaian data statistik dengan gambaran kasus di lapangan.

BPJS Kesehatan Kantor Cabang Depok diharapkan dapat melakukan pertemuan rutin yang dilakukan oleh kedua belah pihak dalam rangka motivasi koder agar tidak melakukan kesalahan dalam proses pengkodean klaim. Bagi Pihak Rumah Sakit terus melakukan pengendalian internal oleh pihak rumah sakit untuk memperkuat pengetahuan yang dimiliki oleh koder, mewajibkan seluruh koder untuk selalu melakukan reseleksi dan meningkatkan aplikasi SIM RS untuk mempercepat pengkodean serta membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya.

DAFTAR PUSTAKA

- AGUNG, M. (2018). *Pertanggung jawaban Rumah Sakit Terhadap Proses Hukum Dugaan Tindak Pidana Penipuan Atas Laporan yang diterima BPJS* (UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA). UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA. Retrieved from <https://dspace.uui.ac.id/handle/123456789/15720>
- BPJS Kesehatan. (2020). *Peraturan BPJS No 6 Tahun 2020 Tentang Sistem Pencegahan Kecurangan Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan*.
- Fatimah, R. N., Misnaniarti, M., & Syakurah, R. A. (2021). Potential Fraud in The Implementation of National Health Insurance in The Health Sector: Systematic Review. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit)*, 10(3), 1–14. Retrieved from <https://journal.umy.ac.id/index.php/mrs/article/view/10825>
- Gabby, M. (2015). Prinsip Evidence Based Policy Making Dalam Konteks. *UNissula*, 2(1), 301–308.
- Hartati, T. S. (2017). PENCEGAHAN KECURANGAN (FRAUD) DALAM PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN PADA SISTEM JAMINAN SOSIAL KESEHATAN (SJSN) (Studi di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tulang Bawang). *FIAT JUSTISIA: Jurnal Ilmu Hukum*, 10(4), 715. <https://doi.org/10.25041/fiatjustisia.v10no4.808>
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA* NOMOR : *HK.01.07/MENKES/312/2020 TENTANG STANDAR PROFESI PEREKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Retrieved from [https://ktki.kemkes.go.id/info/sites/default/files/s/KMK No. HK.01.07-MENKES-312-2020 ttg Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan.pdf](https://ktki.kemkes.go.id/info/sites/default/files/KMK%20No.%20HK.01.07-MENKES-312-2020%20ttg%20Standar%20Profesi%20Perekam%20Medis%20dan%20Informasi%20Kesehatan.pdf)
- Kementrian Kesehatan RI. (2015). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2015 Tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam program Jaminana Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional*. 1–97. Retrieved from www.hukor.depkes.go.id
- Maimun, N., Natassa, J., Trisna, W. V., & Supriatin, Y. (2018). Pengaruh Kompetensi Coder terhadap Keakuratan dan Ketepatan Pengkodean Menggunakan ICD 10 di Rumah Sakit X Pekanbaru Tahun 2016. *KESMARS: Jurnal Kesehatan Masyarakat, Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit*, 1(1), 31–43. <https://doi.org/10.31539/kesmars.v1i1.158>
- O'Malley, K. J., Cook, K. F., Price, M. D., Wildes, K. R., Hurdle, J. F., & Ashton, C. M. (2005). Measuring diagnoses: ICD code accuracy. *Health Services Research*, 40(5 II), 1620–1639. <https://doi.org/10.1111/J.1475-6773.2005.00444.X>
- Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014. (2014). *Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016. (2016). *Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INACBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia No 82 Tahun 2018. (2018). *Tentang Jaminan Kesehatan*. Jakarta.
- RIYANTI, N. (2012). *PENGARUH BEBAN KERJA CODER DAN KETEPATAN TERMINOLOGI MEDIS TERHADAP KEAKURATAN KODE DIAGNOSIS PENYAKIT GIGI DI RSJ GRHASIA DIY TAHUN 2012* (UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA). UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA. Retrieved from http://eprints.ums.ac.id/26185/13/Naskah_Publikasi.pdf