

Lampiran 1 Pedoman Wawancara

Pelayanan

1. Bagaimana SPO dalam pelayanan peserta BPJS?
2. Apa saja yang menjadi persyaratan dalam pemberkasan pelayanan peserta BPJS?
3. Berapa jumlah pasien yang mendaftar dalam satu hari? Dan berkas apa saja yang tidak lengkap dibawa oleh pendaftar?
4. Apakah terdapat sosialisasi terkait SPO?
5. Apa hambatan dalam melakukan pelayanan terhadap peserta BPJS?

Koder

1. Apakah terdapat kendala saat proses pengkodingan?
2. Kenapa kendala tersebut bisa terjadi? Dan apa solusinya?
3. Bagaimana SPO dalam pengkodingan peserta rawat inap BPJS?
4. Untuk kode apa yang memiliki kekurangan dalam prosedurnya?
5. Kapan waktu dilaksanakan pengkodingan dalam proses klaim?

Verifikator

1. Apa saja kendala dalam pengajuan klaim peserta BPJS?
2. Dalam pengajuan klaim, berapa rata-rata jumlah pengajuan dalam 1 bulan?
3. Apakah ada klaim yang terpending? Kenapa klaim tersebut bisa terpending?
4. Bagaimana solusi untuk klaim yang terpending?
5. Bagaimana solusi untuk berkas yang terpending?

Penagihan

1. Bagaimana proses penagihan klaim?
2. Berapa rata-rata dalam satu bulan klaim yang sesuai prosedur sehingga lancar dalam proses penagihan?
3. Dalam proses penagihan, apakah pernah terjadi klaim yang tidak sesuai prosedur dan memiliki dampak yang besar sehingga mengalami kerugian?
4. Bila klaim tersebut tidak sesuai prosedur, berapa persen kerugian yang didapat

Lampiran 2 Daftar Checklist Langkah Pengajuan Klaim

No	Data yang diamati	Ya	Tidak
1.	Pasien yang telah mendapatkan pelayanan di Ruang Poliklinik dan Ruang Perawatan RSPAD Gatot Subroto dan sudah dinyatakan keluar rumah sakit / pulang / dirujuk / meninggal oleh DPJP	√	
2.	DPJP harus mengisi formular resume pasien keluar perawatan / laporan kematian sesuai dengan pelayanan yang telah diberikan kepada pasien	√	
3.	Perawat ruangan mengisi perincian biaya pada formular perincian manual pasien serta melengkapi berkas-berkas antara lain SEP asli, billing, hasil-hasil penunjang medik dll untuk selanjutnya dikirim ke Tim Verifikasi Yanmasum JKN dan Non Paviliun	√	
4.	Tim Verifikator JKN memeriksa pengisian dan kelengkapan berkas klaim	√	
5.	Tim Verifikator JKN mengembalikan berkas kepada Dokter Verifikator Internal Departemen dan Instalasi apabila pengisian dan kelengkapan berkas klaim masih belum lengkap	√	
6.	Tim Verifikator JKN melanjutkan berkas kepada Tim Grouper JKN untuk diinput kedalam aplikasi Ina-CBGs apabila berkas klaim sudah dianggap lengkap	√	

7.	Tim Grouper JKN menginput data berkas klaim kedalam aplikasi Ina-CBGs	√	
8.	Tim Grouper JKN melaporkan berkas yang telah selesai diinput dan siap dikirim ke BPJS kepada Tim Penagihan untuk dicatat kedalam buku kendali klaim pasien BPJS	√	
9.	Berkas klaim regular yang sudah tercatat pada buku kendali klaim dikirim ke BPJS Center untuk di verifikasi oleh Verifikator BPJS secara langsung setiap hari	√	
10.	Tim Penagihan JKN merekonsiliasi data klaim yang sudah selesai dikerjakan/diverifikasi oleh BPJS setiap harinya sebagai kendali klaim	√	
11.	Berkas klaim yang sudah selesai diverifikasi dan dianggap layak bayar oleh BPJS tercatat pada sistem dan akan dibayarkan melalui Berita Acara (BA) setiap tanggal 5 dan 20 setiap bulannya	√	
12.	Berkas klaim yang sudah selesai diverifikasi dan dianggap tidak layak bayar (data tidak lengkap/tidak sesuai) oleh verifikator BPJS Kesehatan dikembalikan langsung kepada Tim Penagihan JKN dan bisa di klaim ulang sebagai klaim revisi	√	

13.	Untuk berkas klaim yang dikembalikan kepada JKN akan dicatat dan segera diperbaiki sesuai dengan kebenaran data-data yang ada serta mengkoordinasikan kepada Dokter Verifikator Internal Department dan Instalasi terkait untuk selanjutnya dikoordinasikan kepada DPJP nya	√	
14.	Klaim revisi yang sudah diperbaiki oleh tim JKN RSPAD Gatot Subroto segera dikembalikan kepada Verifikator BPJS untuk dapat dilayakkan sebagai klaim	√	
15.	Batas waktu proses pengklaiman harus diselesaikan maksimal N+1 (proses pengklaiman bulan pelayanan selesai pada bulan berikutnya)	√	
16.	Pembayaran akan dilaksanakan pada 15 hari kerja sesuai dengan perjanjian kerja sama	√	

Lampiran 3 Hasil Observasi Awal

No	Nomor SEP	Tarif	Keterangan
1.	0901R0030821V025238	81.159.600	Konfirmasi diagnose sekunder I11.9, hasil echo EF 66%, MR mild I05.1
2.	0901R0030821V023478	16.811.000	Simplifikasi tidak ditemukan
3.	0901R0030821V026731	4.331.800	Konfirmasi kondisi bayi lahir sehat beserta ibu
4.	0901R0030921V003974	5.826.600	Menjadi klaim rawat jalan
5.	0901R0030821V026725	15.513.300	Korban belum ditangani oleh kepolisian (kesimpulan survey)
6.	0901R0030821V025220	16.757.200	Konfirmasi kode prosedur
7.	0901R0030821V025048	26.402.600	Konfirmasi kode prosedur
8.	0901R0030921V002798	4.331.800	Konfirmasi kondisi bayi lahir sehat beserta ibu
9.	0901R0030921V003379	81.159.600	Konfirmasi diagnose sekunder I11.9, hasil echo EF 62%, fungsi diastolic normal TR mild I07.1
10.	0901R0030921V003994	4.331.800	Konfirmasi kondisi bayi lahir sehat beserta ibu
11.	0901R0030921V003997	4.331.800	Konfirmasi kondisi bayi lahir sehat beserta ibu
12.	0901R0030921V005862	4.331.800	Konfirmasi kondisi bayi lahir sehat beserta ibu
13.	0901R0030921V005952	8.993.200	J18.9 belum sesuai, klinis (-), leukosit dbn, konsultasi paru (-)
14.	0901R0030921V004000	4.331.800	Konfirmasi kondisi bayi lahir sehat beserta ibu

15.	0901R0030921V005948	4.156.900	Menjadi klaim rawat jalan
16.	0901R0030921V002818	10.228.500	Konfirmasi KLL OOC; J18.9 Ro (-), infiltrat belum tentu BP, klinis mengarah ke BP disangkal, mohon dihapus
17.	0901R0030921V005845	11.947.200	Konfirmasi diagnose utama I25 karena sudah ditegakkan degan PCI, bukan unspecified lagi
18.	0901R0030921V005886	16.338.200	Konfirmasi V19.0 tidak sesuai, pasien terjatuh dari sepeda bukan motor
19.	0901R0030921V006742	23.005.500	Konfirmasi diagnose utama I25 karena sudah ditegakkan dengan PCI, bukan unspecified lagi. I20.9 dihapus. I11.0 diganti menjadi I11.9 karena EF > 50%
20.	0901R0030921V005490	22.002.200	Konfirmasi cara pulang pasien dengan dirujuk akan tetapi surat rujukan nya tidak ada dan alasan dirujuk nya tidak ada
21.	0901R0030921V007583	4.641.000	Konfirmasi diagnose utama menggunakan kode Z untuk control. Pasien rawat inap hanya untuk MRI. G40.9 hanya riwayat. Saat MRS tidak ada keluhan

22.	0901R0030921V005866	4.331.800	Konfirmasi kondisi bayi lahir sehat beserta ibu
23.	0901R0030921V009108	6.145.200	Konfirmasi diagnose utama menggunakan kode Z untuk control. Pasien rawat inap hanya untuk MRI.
24.	0901R0030921V008123	19.719.000	Konfirmasi diagnose utama I25 karena sudah ditegakkan dengan PCI, bukan unspecified lagi. I20.0 dihapus. I11.0 diganti menjadi I11.9 karena EF > 50%
25.	0901R0030921V009208	4.331.800	Konfirmasi kondisi bayi lahir sehat beserta ibu
26.	0901R0030921V002872	10.006.800	Konfirmasi transfuse darah, anemia tidak di coding
27.	0901R0030921V010338	66.725.500	Konfirmasi disfungsi distolik ec HT. Diagnosa sekunder I50
28.	0901R0030921V010761	4.331.800	Konfirmasi kondisi bayi lahir sehat beserta ibu
29.	0901R0030921V007342	10.011.100	Konfirmasi HT, tatalaksana diagnose sekunder N18.5, diagnose sekunder CKD N18.5
30.	0901R0030921V010704	7.603.800	Diagnose utama Z personal history pro dianostik

Lampiran 4 Transkrip Hasil Wawancara

Wawancara 1 Tim Pelayanan

No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Bagaimana SPO dalam pelayanan peserta BPJS?	SPO dalam pelayanan kurang lebih sama dengan yang ada pada peraturan
2.	Apa saja yang menjadi persyaratan dalam pemberkasan pelayanan peserta BPJS?	Pelaksanaan pengajuan klaim pastinya membutuhkan beberapa persyaratan pemberkasan. Persyaratannya untuk peserta BPJS sesuai dengan yang sudah tertera dalam peraturan. Untuk persyaratan berkas dari rawat inap itu pastinya ada surat rawat inap, SEP, resume pasien keluar perawatan, sama penunjang medis. Tapi ada tambahan billing untuk pengajuan klaim nya
3.	Berapa jumlah pasien yang mendaftar dalam satu hari? Dan berkas apa saja yang tidak lengkap dibawa oleh pendaftar?	Dalam satu hari pasien yang mendaftar untuk keseluruhan pasien BPJS bisa sekitaran 1000 kurang lebih. Kadang pasien mau daftar tapi ada berkas yang belum difotocopy jadinya kalo pagi tempat fotocopy ramai sama yang mau daftar tapi berkasnya ada yang belum difotocopy. Untuk berkasnya itu yang umum jadi syarat pendaftaran seperti KTP, Kartu BPJS
4.	Apakah terdapat sosialisasi terkait SPO?	Iya terdapat sosialisasi
5.	Apa hambatan dalam melakukan pelayanan terhadap peserta BPJS?	Hambatannya ya, kadang kalo sistem lagi error untuk cetak SEP nya perlu waktu sama kalo ada yang mau daftar tapi persyaratannya kurang dan juga tidak sesuai dengan rujukan berjenjang

Wawancara 2 Tim Koder

No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Apakah terdapat kendala saat proses pengkodean?	Untuk kendalanya dari koder sendiri biasanya karena kurang

		teliti sama diagnosis jadi kode yang diberikan berbeda dengan diagnosis dari dokter atau kurang lengkap kodenya karena kan berpedoman juga sama kodingan menurut BPJS
2.	Kenapa kendala tersebut bisa terjadi? Dan apa solusinya?	Kendalanya terjadi karena kode yang ada dari rumah sakit berbeda sama yang di mau pihak BPJS. Solusinya ya mengubah kodenya jadi apa yang diminta pihak BPJS
3.	Bagaimana SPO dalam pengkodingan peserta rawat inap BPJS?	Untuk SPO tertulisnya sih engga ada, ya kita sesuai pedoman koding dari BPJS aja
4.	Untuk kode apa yang memiliki kekurangan dalam prosedurnya?	Biasanya kode untuk ibu melahirkan, kondisi bayi nya tidak dicantumkan
5.	Kapan waktu dilaksanakan pengkodingan dalam proses klaim?	Pengkodingan dilakukan setelah berkas diterima

Wawancara 3 Tim Verifikator

No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Apa saja kendala dalam pengajuan klaim peserta BPJS?	Kendalanya sih engga begitu banyak paling ya jadi kendala kalo missal ada berkas yang kurang lengkap
2.	Dalam pengajuan klaim, berapa rata-rata jumlah pengajuan dalam 1 bulan?	Dalam 1 bulan rata-rata berkas klaim sebanyak 31.700. Untuk rawat jalan 30.000 dan rawat inap 1.700
3.	Apakah ada klaim yang terpending? Kenapa klaim tersebut bisa terpending?	Klaim itu terpending ada, karena biasanya ada kesalahan kode ataupun berkasnya masih ada yang kurang. Atau yang aturan klaim rajal jadi ranap gitu.
4.	Bagaimana solusi untuk klaim yang terpending?	Solusinya diperbaiki, dilengkapi supaya bulan berikutnya bisa di klaim kembali
5.	Bagaimana solusi untuk berkas yang terpending?	Solusinya diperbaiki, dilengkapi supaya bulan berikutnya bisa di klaim kembali

Wawancara 4 Tim Penagihan

No.	Pertanyaan	Jawaban
-----	------------	---------

1.	Bagaimana proses penagihan klaim?	Setiap hari kan pasti ada pasien, nah itu di monitoring sama bagian yang lain udah gitu kalo berkasnya udah diterima ke kita, kita upload file txt ke aplikasi buat di cek sesuai atau engganya. Bukti pendukungnya juga diikutsertakan, abis itu siapin surat tagihan ke BPJS untuk hasil verifikasi klaim yang udah selesai. Kalo ada yang engga sesuai, masukin ke catatan buat di klaim revisi, terus rekap pembayaran di berita acara. Terakhir buat laporan piutang BPJS untuk laporan ke atasan. Singkatnya seperti itu.
2.	Berapa rata-rata dalam satu bulan klaim yang sesuai prosedur sehingga lancar dalam proses penagihan?	Untuk rata-rata nya kurang tau karena engga pernah di akumulasikan, tapi perkiraan yang tidak sesuai prosedur tidak sampai 1% secara keseluruhan dalam satu bulan. Jadi untuk yang sesuai prosedur mungkin 99% berkas sesuai
3.	Dalam proses penagihan, apakah pernah terjadi klaim yang tidak sesuai prosedur dan memiliki dampak yang besar sehingga mengalami kerugian?	Klaim yang tidak sesuai prosedur ada, mangkanya ada berkas yang harus direvisi. Tapi kalo sampai memberikan dampak yang besar sehingga mengalami kerugian itu tidak ada
4.	Bila klaim tersebut tidak sesuai prosedur, berapa persen kerugian yang didapat	Tidak ada kerugian selama ini. Mungkin akan terjadi selisih tarif setiap bulannya karena ada berkas yang direvisi tapi itu bukan masalah besar yang akan menimbulkan kerugian untuk rumah sakit. Soalnya kan klaim yang direvisi bakal diajukan lagi bulan berikutnya