

# LAMPIRAN

## **Lampiran 1 Pedoman wawancara**

1. Pengantar wawancara
  - a. Memberi salam dan meminta izin untuk melakukan wawancara
  - b. Memperkenalkan diri dan maksud kedatangan
  - c. Menjelaskan tujuan wawancara
2. Tujuan wawancara
  - a. Sebagai data penelitian tesis
3. Prosedur wawancara
  - a. Meminta responden untuk memberikan pendapatnya tentang pertanyaan yang akan diajukan
  - b. Memberitahukan bahwa wawancara tersebut dilakukan perekaman
  - c. Memberi tahukan bahwa wawancara hanya untuk kentingan penelitian
4. Kesimpulan
  - a. Pewawancara membuat kesimpulan hasil wawancara

- b. Menanyakan apakah ada yang masih ingin ditambahkan
- c. Mengucapkan terimakasih kepada responden untuk waktu yang telah diluangkan dan kesediannya untuk menjadi responden penelitian

## **Lampiran 2 pertanyaan wawancara**

1. Mengapa terjadi perbedaan tarif klaim yang diajukan kepada BPJS dan klaim yang turun ke RS?
2. Apa yang menyebabkan perbedaan klaim dari pihak BPJS ke rumah sakit?
3. Bagaimana cara RS untuk mengatasi kerugian dan perbedaan tarif antara RS dengan BPJS?
4. Apakah lamanya klaim yang diajukan dengan klaim yang turun mempengaruhi pendapatan rumah sakit?

Lampiran 3 kuisisioner verifikasi administrasi, verifikasi administrasi pelayanan, verifikasi pelayanan, verifikasi software INA CBG's

<b>No.</b>	<b>Pernyataan</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	<b>Tidak Tahu</b>
1.	Apakah pasien membawa surat Egibilas Peserta (SEP)			
2.	Apakah pada bukti pelayanan terdapat diagnosis dan prosedur pelayanan			
3.	Apakah terdapat bukti pendukung jika terdapat pembayaran diluar klaim INA CBG's			
4.	Apakah berkas klaim telah sesuai dengan berkas SEP dan kepesertaan di dalam INA CBG's			

No.	Pernyataan	Ya	Tidak	Tidak Tahu
1.	Apakah telah sesuai antara diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 yang terdapat pada JUKNIS INA CBG's			
2.	Apakah dokter melakukan pemeriksaan sesuai indikasi medis dan memberikan obat pada hari pelayanan yang sama			
3	Apakah pelayanan IGD, rawat jalan atau pelayanan bedah sehari ( <i>one day care? surgery</i> ) teRekam Medisasuk rawat jalan			
4	Apakah telah digunakan kode "Z" sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakit sebagai diagnosis sekunder jika pasien yang datang			

	untuk kontrol dengan diagnosis yang sama dan terapi yang sama seperti kunjungan sebelumnya?			
5	Apakah terdapat bukti pendukung pada kasus CMG's?			
6	Apakah jika terdapat dua kondisi atau kondisi utama dan sekunder yang berkaitan akan tetap menggunakan satu kode ICD 10			
7	Apakah digunakan kode terpisah pada beberapa diagnosis yang seharusnya dikode menjadi satu			

<b>No.</b>	<b>Pernyataan</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	<b>Tidak Tahu</b>
1	Apakah telah dilakukan purifikasi data pada penggunaan software INA CGB's			
2	Apakah verifikator melakukan pencocokan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung serta hasil entry rumah sakit			
3	Apakah setelah verifikasi administrasi selesai dilakukan verifikasi lanjutan untuk menghindari eror verifikasi dan double klaim			

Lampiran 4 surat pernyataan  
*Surat Pernyataan*  
*(InfoRekam Medised Consent)*

Assalamu'alaikum, Wr. Wb

Yang bertandatangan dibawah ini saya :

Nama :  
Tgl/bln/thn kelahiran :  
Umur :  
Jenis kelamin :  
Pekerjaan :  
Alamat :

Saya menyatakan bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian “Evaluasi Pelaksanaan Klaim BPJS Pasien Rawat Jalan di RS PKU Muhammadiyah Unit 2 Yogyakarta”. Yang dilaksanakan oleh :

Nama : Retno Ambar Rukmi  
No Mahasiswa : 20151030043

Kerahasiaan infoRekam Medisasi dan identitas responden dijamin oleh peneliti dan tidak akan disebar luaskan baik melalui media massa atau pun elektronik.

Wassalaamu'alaikum, Wr. Wb

Yogyakarta,  
.....,.....,2016

## Lampiran 5. Hasil wawancara

### **HASIL WAWANCARA**

(verifikator BPJS RS)

Mengapa terjadi perbedaan tarif klaim yang diajukan kepada BPJS dan klaim yang turun ke RS?

Perbedaan tarif klaim yang diajukan kepada BPJS dan klaim yang turun ke RS.

Ya, perbedaan antara tarif RS dengan plafon BPJS karena tarif RS berdasarkan fee for service sedangkan tarif BPJS berdasarkan INA CBG's kan itu yang menyebabkan perbedaan klaim.

Apa yang menyebabkan perbedaan klaim dari pihak BPJS ke rumah sakit?

Karena banyaknya bagian subspecialistik dan penyakit-penyakit yang complicated. Masalahnya kita ini di RS dengan tipe C untuk kasus gampang ya, tapi banyak melayani kasus yang subspecialistik misalkan ada sub bedah digestif, kemudian ada penyakit dalam ada jantung, ada paru, kemudian ada bedah mulut, kemudian penyakit-penyakit complicated pada pasien-pasien penyakit dalam, saraf. Dan clinical pathway itu tidak menyelesaikan untuk kasus-kasus yang multi diagnosa. Kalo pasien dengan pasien hanya dengan jatuh patah tulang rontgen, gip, rampung. Namun jika pasien datang dengan DM dengan ulkus dikaki dengan neuropati DM, gimana caranya, apa namanya clinical pathway seperti apa yang akan kita buat, untuk kasus-kasus yang complicated, intinya efisiensi, saat itu pasien apa yang membuat dia

datang ke RS itulah yang diterapi kalo berhubungan dengan BPJS.

Bagaimana cara RS untuk mengatasi kerugian dan perbedaan tarif antara RS dengan BPJS?

Ya kuncinya hanya efisiensi kuncinya. Karena pasien datang dengan penyakit apapun dengan pemeriksaan penunjang sesuai indikasi itu saja biasanya diatas tarif INA CBG's yang akan dibayarkan oleh BPJS , jadi kata kuncinya ya efisiensi memang, mau dengan cara apapun tidak akan bisa.

Bagaimana cara penanganan jika terapi atau tindakan yang beda antara dr.A dengan dr.B?

Kalo seandainya sesuai dengan diagnose missal pasien DM pemeriksaan laboratoriumnya gula darah sewaktu, gula darah puasa ndak ada masalah, tapi kalo diagnose kiriman dari PPK 1 DM kemudian dengan komplikasi ulkus misalnya kemudian pemeriksaan ditambah dengan kolestrol, asam urat ya tentu tidak sesuai dengan diagnose, makanya yang seperti ini yang kita konfoRekam Medisasi dengan dokteRekam Medisnya, kalo tidak ada konfiRekam Medisasi ya kita tidak bisa periksa ,gitu. Kalo pasien dengan DM mau beda, beda dimana terapinya. Pemeriksaan penunjang apa yang beda dimana terapinya. Pemeriksaan penunjang apa yang beda, kalo pengobatan, pengobatan sesuai fornas. Insyallah cukup.

Bagaimana jika ada kasus-kasus yang tidak seharusnya di RS tipe C namun tetap dikirim ke RS tersebut apakah langsung dilakukan rujukan?

Ya kita mau ngerujuk kan nggak boleh berdasarkan apakah ini rugi ini nggak boleh, gitu, ya mau tidak mau kita layani asal dengan indikasi medis ya nggak apa-apa. kan ada post-post rawat jalan yang utnung seperti HD, fisioterapi yang dioptimalkan.

Selain efisiensi caraain agar RS tidak mengalami kerugian?

Kalo bagi saya pribadi clinical pathway itu tidak praktis, ya sesuai indikasi saja

Jadi menurut dokter cp tidak efisiensi dari segi multidiagnosa?

Ya, multidiagnosa

Pada kasus-kasus tertentu CP dapat dibuat missal DM 2 tanpa komplikasi

DM tanpa komplikasi nggak boleh di RS no, harus selesai di PPK 1, DM tok itu harus selesai di PPK 1 ,nggak boleh dikirim, ya lihat kriteria pasien yang boleh dirujuk ke PPK 2 atau yang harus selesai di PPK , ada 144 diagnosa, DM tok nggak boleh

Apakah CP di RS gamping sudah berjalan?

Nggak praktis, tapi ada. Dibuat ya untuk syarat akreditasi iya. Tapi nggak praktis, sekarang CP pasien-pasien missal demam 2 hari mau apa kita. Mau kemana kita, nggak bisa kita mau ikut kertas itu nggak bisa, contoh fraktur radius, fraktur radius nggak sama, missal radius distal, radius

medial, dan radius proximal. Kalo begitu sekarang fraktur tengah tok dengan fraktur nya undisplace dengan fraktur nya oblique dengan fraktur nya comminutive beda ndak. Beda semua kan, terus kita mau buat CP yang seperti apa, ya cukup dengan efisiensi, sesuai indikasi

Apakah ada sanksi atau teguran bagi dokter yang overdiagnosis atau over terapi?

Nggk ,nggk ada

Perbedaan kleim yang diajukan dengan kleim yang turun apakah sampai membuat RS rugi?

Ya rugi, ya dibawah harga tarif RS. Apakah sampai mempengaruhi perkembangan RS?

Ya pasti berpengaruh no, kita mau pengembangan kan tidak ada cost masih untung tapi dari tarif rumah sakit rugi, ya itulah BPJS.

Jika tidak kesesuaian berkas yang dikirim ke BPJS apakah akan dikembalikan kepada dokter yang bersangkutan?

Ya, dikembalikan, bukan masalah penagihannya ,tapi pelaporannya, berkas komplit atau tidak diagnosis utama dengan diagnosis sekunder

Apakah lamanya klaim yang diajukan dengan klaim yang turun mempengaruhi pendapatan rumah sakit?

Lamanya turunnya klaim dengan BPJS dari kleim yang diajukan sampai kleim yang turun ke RS dan kalo untuk turunnya klaim BPJS itu selalu on time, 2 minggu dari masa pengajuan , 2 minggu hari kerja itu pasti turun

(direktur keuangan)

Mengapa terjadi perbedaan tarif klaim yang diajukan kepada BPJS dan klaim yang turun ke RS?

Kalo perbedaan klaim itu tinggal kasusnya e mba, maksudnya masing-masing beda, kasusnya itu beda. Sebenarnya kalo dari BPJS itu sendiri sudah sesuai dengan tindakan dan diagnose tepat..., tapi klaim yang diajukan pasti diganti walaupun tidak sesuai dengan yang kita ajukan, cuman ada beberapa pasien yang pending dan TL(tidak layak). Memang itu tidak dapat diklaimkan dan menyebabkan sebuah kerugian,

Apa yang menyebabkan perbedaan klaim dari pihak BPJS ke rumah sakit?

Penyeleksian awal pasien masuk ke Rumah Sakit yang belum maksimal

misalkan pasien itu cukup di PPK 1 tapi sama PPK 1 dirujuk, kebetulan di skrining awal kita lolos, sehingga ketika masuk poli yam au tidak mau dan sudah dilakukan tindakan mau tidak mau apa itu ya data sudah terekam semua, dan begitu kita ajukan tidak bisa ke klaim, karena itu jelas di PPK 1, itu adalah salah satu masalahnya, dan sekarang ini BPJS sudah sangat ketat karna ada surat tindakan... tapi karna pasien sudah kesini kadang kita juga susah untuk menolak, karena menolak pasien itu tidak mudah, apalagi dari sana sudah dikasih surat rujukan, jadi dia merasa surat rujukan itu sudah cukup untuk mewakili bahwa dia layak atau sah untuk dilakukan pemeriksaan disini, tapi karna itu tidak tau bahwa diagnosisnya tidak perlu dirujuk, tapi kita terus mengawasi dan melakukan sosialisasi membuat

pengendalian control lebih ketat lagi.tapi memang agak susah,apalagi kalo sudah masuk.

Apa yang menyebabkan perbedaan klaim dari pihak BPJS ke rumah sakit?

Apakah kasus TL itu banyak?

Karna ini kasus baru ya saya belum mendapatkan data pastinya, berapa tapi ada.

Bagaimana tindakan RS untuk mengatasi kerugian tersebut?

Mau nggak mau ya sudah,nggak bisa gimana lagi,akhirnya Cuma gini,banyak kasus-kasus yang tidak bisa diganti salah satunya itu. Yang kedua syarat BPJS nya juga tidak begitu menguasai,sebenarnya itukan misalkan itu kalo 1kali peraturannya. Misalkan raawat inap misalkan dia mondok diagnosisnya misalkan DM kemudian pulang terus beberapa hari kontrol, beberapa hari dia mondok dengan mau operasi katarak,ini nggak ada hubungannya kan sebenarnya dengan diagnosis yang sbelumnya,ada tapi kecil. Contoh lain appencitis dengan KET itu tidak bisa di kleimkan dua-duanya hanya 1 episode aja.padahal itu sudah mengeluarkan biaya untuk 2 kasus, jadi ini nggak bisa. Missal dari tanggal 1 sampai tanggal 5 dikleim terus tanggal 15 sampe tanggal 20 di kleim BPJS nggak mau ganti, salah satu saja, dikiranya mondok yang pertama berhubungan dengan mondok yang berikutnya padahal tidak, ini tidak boleh dan tidak bisa di kleim. Kemudian untuk yang control pertama setelah setelah rawat inap , sehingga rumah sakit mencari gimana strategi supaya kita tidak terlalu banyak kecolongan. Pdahal sistem kita ini relevant. Kalo pasien yang tadi control kemudian dia mondok lagi maka yang akan dibayarkan oleh BPJS

adalah yang mondok ke 1 td itu padahal dokter merawat sebanyak dia masuk dan RS membayar ke dokternya juga sesuai dengan jasa dokter, sehingga rumah sakit yang mengalami kerugian. Sehingga bagaimana caranya sehingga ini juga bisa diterima oleh pihak dokter dengan keadaan yang seperti ini. Komite medis yang kita kumpulkan dan kita paparkan, ini lo sebenarnya peRekam Medisaslaahan yang ada di RS dengan BPJS seperti ini. Tidak semua dokter sih, tapi kita akan lakukan ini secara terus menerus, karena dokter nggak mungkin diundang rapat sekali langsung datang. Karena mungkin bagi dokter hal tersebut nggak penting, mansuai dengan rujukan BPJS, kususnya yang di front. Karena kalo magemen yang ngurus. Padahal kita butuh kesepahan, biar dokter juga tau seperti ini, ada beberapa yang sudah menyadari. Misalkan kalo memang pasien belum harus dipulang, kenapa nggak dipulangkan. Missal pada kasus appendicitis dia dipulangkan besok disuruh datang lagi dengan kasus yang sama, ini nggak bisa, kemudian pemberian obat, kalo missal ada yang lebih murah.

Pihak-pihak mana saja yang harus menyairng lebih ketat pasien-pasien rujukan yang boleh atau tidak boleh diterima di RS?

Jadi pintu masuknya itu pendaftaran, kemudian relasi itu disana mengecek berkas yang masuk yang sudah masuk agak susah. Kasus pending hanya waktunya saja karena mungkin kurang sarat atau kurang lengkap dari pengisian statusnya, tapi nanti bisa disusulkan, tidak jadi masalah.

Apakah lamanya klaim yang diajukan dengan klaim yang turun mempengaruhi pendapatan rumah sakit?

Untuk RS tipe C waktu tunggu turunnya kleim yaitu 10 hari, tidak terlambat. Mereka selalu tepat waktu, untuk kasus pendingan antara RS tipe C, D, B, dan A akan beda. Untuk RS tipe D pasti akan diganti semua, kalo tipe C agak naik sedikit dari tipe D, sedikit masalah namun tidak banyak pending karena disatu sisi tipenya masih ringan ya untuk kasus-kasus yang tidak berat ya penyakit pasiennya, kalo ada control yang ketat dari RS ini nggk terlalu beRekam Medisasalah. Kalo tipe B kasusnya lebih berat yang memang harus tipe di tipe B, walaupun jumlah pendingannya sama obatnya sama. Namun kleim-kleimannya akan lebih gede yang tipe B.jadi seperti itu.

Apakah TL,pendingan dan ketidak sesuaian kleim yang diajukan ke BPJS akan mempengaruhi RS? Seberapa besar pengaruhnya?

Iya dong.Ya sekarang mulai januari 2014 mulai berlaku BPJS dan januari 2019 wajib BPJS sehingga 75% pasien kita kan bPJS kalo askes hanya sedikit. Asuransi komersial atau yang dewasa, kalo JKN BPJS nggk masalah dengan tagihan walau tidak sesuai dengan yang ditagihkan dengan kleim yang turun. sebelum kita tagihkan kan harus kroscek dulu, ada petugas verifikasi BPJS disini,kemudian medical record yang mengkoding, dan bagian keuangan dimana ini semua harus saling berkomunikasi untuk bagaimana caranya apakah ini rugi atau tidak, dan harusnya antar koding, verifikator adalah sama. Dan jarang ada selisih yang jauh.

Bagaimana cara RS untuk mengatasi kerugian dan perbedaan tarif antara RS dengan BPJS?

Jasa medis tadi kita harus sampaikan kepada para dokter yang dimana jika pasien datang control sebanyak 2 kali

namun yang akan dibayarkan hanya yang 1 kali, kemudian penggunaan obat, yaitu menggunakan obat-obat yang lebih generic, dan skrining awal, dan kelengkapan berkas agar segera dikirim untuk diklemkan. Efisiensi, efisiensi dari penggunaan atau pengeluaran yang menunjang. Kan dikatakan rugi ada hitungannya

Apakah CP penting dah harus ada? eberapa jauh CP berjalan di RS ini?

Harus ada,itu karna untuk menunjang sekali sebenarnya karna itu jalan lurus dan bagus,Beberapa persen ya, untuk beberapa dokter disini.

Bagaimana cara pembuatan CP dengan berbagai kasus yangbermacam-macam?

saya belum pernah denger sbelumnya saya tidak tau. Intinya untuk pengendalian biaya dan mutu harus ada CP.untuk CP baru ada 5 di PKU kota,kalo di PKU Gamping saya lupa.

PKU gamping kan tipe C tapi memiliki layanan sub spesialis itu bagaimana?

Ya kemaren itu ternyata untuk penyakit yang sub-sub itu merugikan sekali ya.kususnya jantung ya. Itu kleimnya nggk ada yang lebih besar dari kita ajukan. Hampir semuanya merugi, makanya ada kebijakan untuk tarif dokter yang sub spesialis itu kita samakan dengan yang dokter spesialis ,itu masih dalam usulan. Namun ada subsidi silang, cuman ada apa ya ,saya belum punya data, artinya apakah obyek yang kita jadikan subsidi silang itu sudah bisa menutupi, jadi misalkan gini, BPJS kana da yang naik kelas ya,harusnya di kelas 2 tapi naik ke kelas

1 otomatis dia akan tumbang, cuman kalo dari kelas 2 naik ke kelas 1 selisih tarif yang dia bayarkan adalah selisih tarif antara INA CBG's yang dikurangkan dengan yang dibayarkan. Jadi tarifnya BPJS bukan tarif dari RS jadi artinya sama aja. Yang bisa menutupi adalah ketika ada pasien BPJS naik ke kelas VIP, semakin jauh jaraknya ya semakin untung artinya ini bisa menutupi bolong-bolong tadi, cuman saya belum melihat data seberapa yang naik ke VIP. Karena VIP ini yang menjadi beban pasien, yang harus dibayarkan pasien selisih antara tarif RS dikurangkan dengan tarif BPJS, itu menjadi subsidi dari kerugian. Makanya sampai memiliki pemikiran untuk membuat VIP lebih banyak.

Bagaimana dengan standar RS yang harus memiliki beberapa persen untuk kelas 3?

Sepeprtinya sekarang sudah tidak begitu. Jadi kemaren ada strategi bahwa kelas 3 kita batasi saja, karena yang lebih laku yang VIP yang selalu penuh, sampai antri, sampai inden. jadi bisa menjadi subsidi silang..

Seberapa besar kerugian dari RS sendiri sebenarnya?

Sebenarnya PKU kota dengan PKU Gamping untuk pembukuannya masih sama, jadi laporannya juga masih menjadi satu.

(dr.Sp.S)

Apa yang menyebabkan perbedaan klaim yang diajukan dengan yang turun?

Severity penyakitnya beda, ada dia yang ringan, ada yang dia berat, ada yang panjang, ada yang nada yang membutuhkan biaya besar, sedangkan pasien yang long stay pendek cost nya juga rendah. Padahal BPJS tidak melihat itu, tapi melihat diagnosis. Diagnosisnya apa. Severity pasien ini mempunyai penyakit dan komorbidnya banyak ada penyakit dalam, ada yang jantung, sarafnya pasti dia membutuhkan suatu apa namanya terapi lebih. Nah terapi lebihnya ini yang membedakan dia mempunyai cost yang rendah atau tinggi. Padahal tidak sesuai dengan apa yang diberikan oleh BPJS terhadap RS

Apa yang menyebabkan perbedaan klaim dari pihak BPJS ke rumah sakit?

Bagian subspecialistik yang membutuhkan pengobatan tinggi mempengaruhi cost rumah sakit .Di PKU Gamping RS tipe C tapi memiliki sub spesialis dan kadang plafonya tidak sesuai Ya walaupun sebenarnya tipe C, RS PKU Gamping tiap diagnosis pasti diganti,kecuali yang expert.misalkan pada pasien dilakukan ECO , ya ECO jantung harusnya tipe C tidak memeriksa tapi diperiksaa, maka tidak diganti. Dia masuk rawat jalan biasa.

Lamanya klaim yang diajukan dengan klaim yang turun mempengaruhi tidak?

Nggk. Ya mempengaruhi cost flow saja, tapi kan tetep diganti sama BPJS.

Bagaimana menisasati perbedaan tarif antara BPJS dengan RS?

sementara ini BPJS tetap punya kendali, ya user belum bisa ,kecuali kalo sesuatu yang harusnya masuk tidak dibayarkan ini tidak dibayarkan,lah ini kita bisa banding bisa kita ajukan dengan argument tadi.

Apakah CP itu penting?

Sangat penting, kan CP mebatasi kita utnuk memberikan apa namanya berlebihan. Ya artinya kita bisa mempunyai garis lurus tentang pengelolaan pasien yang baik, cuman yang kita lihat pasien itu tidak semuanya sama, sehingga CP bukan suatu yang baku, yang harus sama tetpi dia harus memungkinkan adanya celah-celah yang mengkomodif pasien-pasien berbeda dan sesuai.

Solusi mengatasi agar RS tidak rugi dengan adanya perbedaan kleim dari BPJS?

Kendali mutu, kendali biaya. Kendali mutu dan kendali biaya salah satunya harus ada di RS salah satunya adalah CP. Itu salah satu kendali mutu dan kendali biaya. Tapi ada jugadana staf RS yang khusus yang menangani atau memonitor dari perawatan pasien-pasien dibangsal misalnya dia mengetahui,melewati tidak mengikuti CP. Atau dia melewati batas-batas untuk pelaksanaan pada pasien dengan dengan diagnosis tertentu. artinya ada yang mengawasi. Dan dokter atau staf medis harus mengikuti atau harus bekerja sama, diskusi dengan semua elemen yang ada dan juga sebagai penggunaan

obat-obatan dari pihak faRekam Medisasi selalu juga membantu

Bagaimana dengan perbedaan terapi antara dr.A dengan dr.B?

Kita punya standar pelayanan atau kita sebut standar pelayanan panduan praktek, panduan praktek dokter. Standar panduan praktek dokter, selama tidak melnggar itu tidak apa-apa

Seberapa jauh rumah sakit dapat dirugikan karena perbedaan kleim?

Ya kalau tidak ada kendali mutu dan kendali biaya ya cukup besar. Harus ada policy nya terhadap pelayanan itu.

( Sp.A)

Mengapa terjadi perbedaan tarif klaim yang diajukan kepada BPJS dan klaim yang turun ke RS?

Kan ada tarif BPJS ada tarif RS. Yang menentukan manajemen itu. Ga tau dari bpjs nya itu,saya praktek hanya praktek.karena tarif berdasarkan diagnosisnya, diagnosisnya dia ga percaya dokternya jadinya beda,lucu karena yang merawat dokternya bukan mereka dan itu sering menimbulkan ketegangan,

Apa yang menyebabkan perbedaan klaim dari pihak BPJS ke rumah sakit?

karna ferivikator bukan dokter tapi bisa nyalah-nyalahke ya yang paling mungkin ya itu memang, yang kedua kemungkinan diagnosis sekundernya,diagnosis sekundernya diakui atau tidak diakui juga masalahnyakan tarif bpjsnya tergantung diagnosisnya perdiagnosis ada tarifnya gitu,kalo misalnya diagnosis sekundernya ada tapi verifikator menganggap ga ada ya sama ajaakan menimbulkan perbedaan tarif juga

Apakah lamanya kleim yang diajukan dengan kleim yang turun mempengaruhi pendapatan rumah sakit?

Namnaya klaim juga gimana rumah sakit bagaimana manajemen mengatur dengan uang yang ada untuk mengatur dengan uang yang ada untuk menyampaikan jasa medis ke pada dokter

Bagaimana cara rumah sakit untuk mengurangi selisish biaya yang terjadi tersebut?

Ya harusnya ada hak untuk menetapkan diagnosis supaya ada pembuktian verifikasi lalu dikoreksi,kan tidak semua yang dikoreksi selalu diterima kalo dapat dipertahankan ini buktinya ini,ini,ini kana da 3 diagnosis kan semuanya masuk ya harusnya kan gitu yang pasti ya ketaantan dokter terhadap foRekam Medisularium terapi. Saya kira itu subsidi silang apa ya namnya, ini masalah mnajemen kan, dokter spesialis tidak mengurus masalah ini,tapi yang saya denger-denger subsidi silang,ngitung akhirnya kan secara keseluruhan,pemasukan keseluruhan jadi bukan satu persatutapi secara keseluruhan gimana gitu ada yang plafonnya lebih ada yang plafonnya kurang,ya subsidi silang

Apakah cp penting? Apakah cp sudah berjalan di rs?

Ya penting.Secara umum jalan namun pada prakteknya kita waktu itu apa namanya sekian banyak penyakit dipilih mana yang prioritas dibuatkan cp ,tidak langsung dibuatkan semua, belum semua. Tapi semua diagnosis ada cp nya. Jadi prioritasnya, misalkan 10 penyakit utama yang sering, itu yang dijelaskan, dibuat dan dijalankan, namun belum semuanya berjalan

Bagaimana jika terjadi perbedaan terapi antara terapi dr. A dengan dr.B?

Ya sangat mungkin. Yang penting kan cp nya,misalnya kita boleh memberikan antibiotic missal pilihan utama amox ato cotri, dan kalo dr.a missal milih amox dan dr.b milih cotri kan juga bisa,tapi kan sama-sama masuk dalam daftar obat pilihan utama ya bisa berbeda yang penting sama-sama masuk foRekam Medisulariumnya.

(dr.SpB)

mengapa terjadi perbedaan tarif kleim yang diajukan kepada BPJS dan kleim yang turun ke RS?

Beda dari mana, kok tau ada beda. Nggak ada perbedaan, kadang-kadang Cuma salah persepsi saja, jadi sebenarnya kasusnya susah, nominal BPJS nya kecil. Yang pertama gini ya, BPJS kana da diagnosis, tapi ilmunya nggak sampe, misalnya kemaren membahas masalah ganglion menurut BPJS ganglion itu teRekam Medisasuk operasi kecil karena dibawah kulit padahal sebenarnya ganglion apaada di cavum sendi jadi di deep atau didalemjadi bukan operasi dibawah subkutis na itu, jadi dari biaya dianggap mereka ringan jadi operasi ganglion yang menurut kita besar buat mereka kecil., namun RS tetap mempertahankan diagnosis tersebut, dan jalan tengahnya yaitu BPJS datang kesini konfiRekam Medisasi sama dokternya, dan BPJS juga punya konsultan, konsultannya biasanya guru-guru besar dimasing-masing koligium. Jadi kalo diagnosisnya mereka itu bifoRekam Medisal sesuai dengan harapan sebenarnya kleimnya dibayar, namun ada beberapa kasus tidak sama

Bagaimana cara RS untuk mengatasi kerugian dan perbedaan tarif antara RS dengan BPJS?

Misalkan kasus bedah dengan plafon yang kecil yaudah kita rujuk, namun apabila bisa dikerjakan tetap dikerjakan, semuanya menutupi plafon kok, asalkan nulisnya jelas, missal peritonitis dengan dengan sepsis ini kan beda, namun ini tetap ditulis, missal diagnosis nggak jelas missal appendicitis aja padahal dia sepsis tapi nggak ditulis sepsis rugi, jadi tulis aja sepsis. Menceritakan pasien kondisi sebenarnya insya Allah sesuai kleimnya.

apakah semua kasus dapat dibuat clinical pathway?

Ya clinical pathway wajib dong

apakah Clinical pathway itu penting?

Ya iya,wajib!!namanya juga wajib. Clinical pathway itu apa suatu rumah sakit ada clinical pathway brati sudah disetujui berdasarkan teori masing-masing spesialisnya. Untuk appendicitis berapa hari perawatannya,ini,ini,ni biaya habis sekian sesuai apa nggk dengan clinical pathwaynya,kalo nggk sesuai dengan clinical pathway,penyebabnya apa dimasukin lagi tu diagnosis nya.

6.bagaimana cara agar Rumah Sakit tinggak mengalami kerugian/ dari selisih klaim yang diajukan?

Bekerja sesuai profesionalisme, dan harus sesuai dengan clinical pathway yang ada.

Apakah lamanya klaim yang diajukan dengan klaim yang turun mempengaruhi pendapatan rumah sakit?

Iya, Mempengaruhi.Namun asalkan menceritakan kondisi pasien yang sesuai sebenarnya insya Allah sesuai klaimnya

(Sp.PD.(Onkologi)

Mengapa terjadi perbedaan tarif klaim yang diajukan kepada BPJS dan klaim yang turun ke RS?

Ada beberapa diagnose yang underreasonable untuk plafon bpjs itu, misalnya seperti ppok eksaserbasi akut ,untuk nebulizer aja kita biasanya per 8 jam kalo missal ada under disease yang lain memang paket da nada urutan diagnosanya ,kekurangannya salah satunya dari kolegium ,harusnya kalo memang mau menentukan plafon suatu rumah sakit ahlinya dikumpulkan untuk penyakit tersebut berapa sih kira2 berapa, kendalanya adalah mengumpulkan ahli dalam kolegium itu yang kesulitan ,mungkin karena diundang tidak bisa hadir sehingga pemerintah atau bpjs sedniri yang menentukan berdasarkan data yang sudah ada berapi sebenarnya, yang kedua itu kemungkinan ini bukan ilmu eksak tapi tidak bisa sama, missal sama-sama DHF tapi misalkan yang satu pasiennya berat komorbid yang lain misalnya dia punya gangguan ginjal ,gagal jantung untuk rehidrasinya juga berbeda, atau yang satunya dengan DSS sehingga dibutuhkan penanganan perdarahan atau renjatan sehingga membutuhkan penanganan lebih dibandingkan pasien-pasien DHF yang stabil, tapi secara plafon itu tdk beda jauh.

Apa yang menyebabkan perbedaan klaim dari pihak BPJS ke rumah sakit?

pasien Karna dokter yang setiap hari visite sehingga lebih tau kondisi pasien dibanding bagian dari bpjs itu sendiri.berbeda antara yang terlapor kadang-kadang yang dilaporkan dengan kondisi real dilapangan ,jadi walaupun sama-sama DHF penanganan akan beda satu sama lain jadi mungkin yang dipake plafon yg general kan sulit

untuk menentukan kan itu unik ya,masing2 itu unik kan ,jadi dengan komorbid td akan lebih ribet penanganannya. Yang paling sering menurut saya tidak masuk akal tadi,misalkan sepsis yang hanya dihargai 2,.... Juta padahal untuk antibiotic harus yang mahal dan kulturnya sendiri ,mungkin untuk pemeriksaan lab sudah habis

Bagaimana dengan rs pku gamping yang tipe c tapi memiliki subspesialis, bagaimana cara agar tertutupi plafonnya?

Pertama rugi, kedua subsidi silang ,mungkin dari pasien-pasien yang lain yang tidak memiliki komorbid atau pembawa yang berat lain ,atau yang bisa dikatakan untung, yang pasti poli,kan poli itu kan fix ya masuk prolanis degenaratif yang 10 diagnosis itukan hanya paling pemeriksaan biaya pemeriksaan dan obat terbatas itu2 saja jadi bisa menset dari situ saja ,kemudian dengan cara dirujuk,jadi kadang2 ada tim kendali biaya dan mutu untuk mengingatkan terapi ini nggk masuk atau biaya sudah hampir habis plafonnya dilakukan rujukan ke rumah sakit yang lebih besar.

Apakah cp penting?

Penting. Sebagai klinisis kan kalo bekerja harus sesuai dengan klinikal pathway , kalo misalkan menyimpang dari dari situ masuk katagori malpraktek ,namun selama tidak ada dsampak ke pasien,tapi kalo secara professional itu itu mengikuti klinical pathway. Untuk cp sendiri hanya untuk penyakit2 yg mayor dirumah sakit itu ,jd yg kejadiannya jarang kan ga perlu

Apakah cp di rs pku sudah berjalan?

Dari penyakit dalam sendiri kita punya sop, jadi kalo dhf, apa itu dhf penegakan diagnosanya seperti apa terapinya seperti apakita punya bukunya, kalo itu kita yang buat ya dilaksanakan, tapi kalo bagian lain saya kurang tau ya.

1. Bagaimana cara rumah sakit untuk mengurangi selisih biaya yang terjadi tersebut?

Mungkin ada beberapa penyakit yang sudah di skren dari depan penyakit<sup>2</sup> yang agak berat contohnya stemy akut coronary syndrome yang membutuhkan trombolitik dan heparin itu sudah dihitung biayanya untuk r stipe c, untuk heparinisasi yg sekali suntuk sekita r 500rb dan itu memerlukan selama 5 hari, untuk obatnya saja itu sudah sekitar 3 juta belum lab dan pengawasan lain dan sehingga dengan plafon dr bpjs yang 4-5 juta tidak masuk akal, kalo memang dari ugd dan pasien transportable langsung dilakukan rujuk ke rs lain, karna sudah tau dan sudah pengalaman dengan diagnose seperti ini akan membutuhkan dana sekian. Bekerja sesuai dengan profesionalitas kita selanjutnya ada tim<sup>2</sup> kusus yang mengingatkan

2. Seberapa jauh rs mengalami selisih pembayaran dengan adanya perbedaan itu apakah membuat rs rugi?

Menurut saya dengan adanya bpjs ini sangat membantu sekali, baik dari rs atau bagi pasien sendiri. Saat ini semua masyarakat mendapatkan jaminan kesehatan secara menyeluruh. Saya melihat, tapi kita harus berfikir positif ya, dari segi pasien sangat terbantu, kususnyanya untuk bagian hemato onkologi yang harganya mahal-mahal, contoh kasus CML yg dahulu tdk dapat disembuhkan namun sekarang ada pemeriksaan dan pengobatannya, dan untuk

pengobatannya untuk satu org 30 jt sebulanbelum untuk obat2 kemo yang lain dan itu baru satu penyakit dan satu orang yang ditanggung ,bayangkan jika itu selama 10 tahun berapa bpjs harus membayar kalo melihat itu sangat terbantu sekali, untuk rumah sakit ,mungkin rumah sakit rugi blablabla, tapi coba di akumulasi lebih banyak ruginya atau untungnya,kalo rumah sakit masih bertahan sampai sekarang berapi masih survive masih banyak untungnya, sebenarnya yg rugi bukan real cost karna pasien missal rawat inap udah masuk include, dan itu yang mennetukan rumah sakit dan sebenarnya itu sudah untung dari rs,missal plafonnya 2 jt tapi habisnya 2,5 juta blm tentu rugi, karna ada fasilitas rs yang digunakan . keculi plafonya 2 jt namun habisnya 20 jt, kalo hanya selisih 1-2 jt saya rasa blm rugi .

3. Bagaimana jika terjadi perbedaan terapi antara terapi dr. A dengan dr.B?  
Perbedaan itu pasti ada,,karna ini kan juga art ya.karna kondisi setiap pasien kan berbeda-beda jadi nggk bisa semuanya sama

(dr.Sp.An)

Mengapa terjadi perbedaan tarif klaim yang diajukan kepada BPJS dan klaim yang turun ke RS?

Dokter bedah, yang saya tahu di tidak mengalami sendiri apanamanya perjuangan dokter bedah. Kok begitu sih misalkan tindakannya kan dia yang kerja misalnya dia yang kerja dan dia yang kesulitan pada saat operasi kerjakan ternyata tidak sesuai klaimnya ternyata dia yang dapat. Kalo saya memang belum sampai kearah situ. Yang saya eee apanamanya terima itu sesuai dengan tingkat kesulitan bidangnya, bidangnya memudahkan operasi besar. Ya pasti akan saya ikut kepada eee jenis operasinya. Sebetulnya tingkat anestasi itu sebetulnya sendiri sebetulnya ya. Seperti kasus emergency itu harusnya dibedakan tapi kan dirata-rata masih eee apa sebagai pembentukan aksa(01.00) misalnya status fisik ya rasanya tidak tapi itu tidak diperhitungkan oleh BPJS.

Apa yang menyebabkan perbedaan klaim dari pihak BPJS ke rumah sakit?

Adanya penyulit ditengah-tengah tindakan dan tambahan tindakan yang tidak dibayarkan oleh BPJS ,contoh Y sebenarnya sih kalo APP jadi KET itu ya tidak terlalu jadi masalah ya, maksudnya peRekam Medisasalahannya mungkin.. kalo bagi kita itu peRekam Medisasalahannya sama jadi jenis operasinya itu teRekam Medisasuk sedang.misalkan begini yang jadi masalah itu.. kejadian yang tidak diinginkan.(.....06:16-06:20) dan ini belum menjadi pertimbangan BPJS sebetulnya. Misalkan ada komplikasi yang diluar, kan operasi itu perundingannya banyak. Misalkan dia operasi benjolan di perut. Ternyata dia suatu tegang asam kita tidak tahu. Jadi benjolannya itu tidak bias dan progressnya jadi tidak jelas gambarannya apa. Atau mungkin

ternyata dia benjolan itu suatu tumor ganas kemudian karena sesuatu pada saat operasi dan terjadi pendarahan hebat. Lalu jadi masalah pada pasien dia menjadi syok sehingga kemudian paska operasi dia harus di rawat di ICU. Jadi perawatannya memanjang dan menambah. (07.34 – 07.50). ya mestinya nanti akan di sesuaikan dan inienjadi diluar prediksi

Bagaimana cara RS untuk mengatasi kerugian dan perbedaan tarif antara RS dengan BPJS?

Untuk Efisiensi dari obatnya kalo begitu, kan obatnya (.....01.56) ya pasti pilihan pertama dari BPJS yang kelas 3 yang plafonnya terbatas ya harus strength banget kalo anestesi ya beRekam Medisain di obat-obatan anestesi. Kita harus efisiensi obatnya yang Generic yang lebih murah. Walaupun kita taulah kalo obat Generik itu sama Poten pasti bedanya tau sendiri. Kemudian untuk pada saat operasi yakan, (...02:38-39) masalah, karena nyeri itu paska operasi kan menjadi hal yang sangat penting untuk pasien, karena pasien tidak menginginkan rasa nyeri paska operasi. Padahal kalo dari plafonnya ya kalo Generik yaa itu dan gak boleh yang lain yakan. Misalnya kalo kita mau (.....03.04 – 03.10) kalo yang berat itu kan sudah harus di kombinasi dengan (....03:13 – 03:15) antibiotic yang perified dan mungkin butuh oboyoid padahal obyoid itu belum ada yang Generic, semua harus keluar biaya lagi kalo di kasih itu. Apalagi kalo kita buatkan (...03:36 – 03:37) misalkan lebih murah tapi namun ya terbatas pilihan kita apalagi dengan anggota BPJS yang plafonnya sudah mepet. Selain itu Kalau menurut saya sih rumah sakit harus memiliki trobosan, seperti subsidi silang tadi. Jadi di satu sisi atau bagian dirawat jalan saja tidak bisa menjadi nilai plus bagi bagian yang lain. Tapi itu harus bias di terima semua pihak. Bisa juga rumah sakit bisa lebih kreatif supaya bias manajemen yang lain.

ya berarti yang dilakukan apa dok, ibaratnya efisiensi obat-obatan atau pemilihan obat itu penting dok.

Ya paling mentok kombinasi multimodal, yang dimaksud multimodal itu jadi obat-obatan generic nya tetap terus di tambahkan obat generic yang paling murah, habis gimana tidak memungkinkan memberikan obat yang epidural nanti costnya endural semua.

Kalau dari anastesi sendiri kalo klinical pathway itu penting tidak dok ?

La ya penting itu lebih kearah yang punya pasien, anastesi kan bukan ownernya atau pasiennya. Kalo klinical pathway mungkin kesiapan dari bedah. Ya supaya efisiensi biar pasien itu mendapatkan terapi sesuai dengan indikasinya. Pasien ini sakitnya apa ? Sehingga pemeriksaanya yang standart dan harus sesuai agar nanti jika ada pemeriksaan tambahan atau penunjang itu penting.

Jadi intinya dari anastesi dendiri tetap mengikuti dari operator nya dok ya, meskipun nanti nambah obat-obatnya. Hal seperti itu apakah berpengaruh dok ?

Ya itu berpengaruh, jadi kita lihat terganantung jenis operasinya apa yang akan dilakukan agar kita menggunakan tekni yang sesuai.

Kalau menurut dokter sendiri, kalua era BPJS ini bagaimana sih dok menurut tanggapan dokter ?

Kalo BPJS itu tujuannya ya bagus sebetulnya, karena untuk mengkover jaminan kesehatan masyarakat secara keseluruhan seperti asuransi dengan cara subsidi silang, tapi ini kan butuh perbaikan-perbaikan yang tidak bias langsung hal ini membutuhkan proses. Sebaiknya hal ini dirumuskan oleh pakar-pakar dari berbagai bidang. Misalkan dari bagian-bagian yang berbeda ada yang mewakili agar standart yang digunakan bisa sesuai dari pengalaman yang didapat oleh masing-masing bagian.



