

Implementasi Kebijakan Pengelolaan Anti Fraud, Administrasi Klaim dan Pembinaan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Hermina

Rachni, Silmi Noor

Deskripsi Lengkap: <https://lib.fkm.ui.ac.id/detail.jsp?id=139558&lokasi=lokal>

Abstrak

<div style="text-align: justify;">Latar Belakang: Rumah Sakit Hermina telah menetapkan Peraturan Direktur Utama PT Medika Loka Manajemen Nomor 438 Tahun 2024 tentang Pengelolaan Anti Fraud, Administrasi Klaim dan Pembinaan Jaminan Kesehatan Nasional sebagai pedoman dalam memperkuat tata kelola pelayanan JKN. Salah satu ruang lingkup kebijakan tersebut adalah pengelolaan administrasi klaim melalui proses coding dan verifikasi internal sebagai titik kendali sebelum pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan. Implementasi yang belum optimal pada kedua proses tersebut dapat menyebabkan klaim pending, klaim tidak layak, serta meningkatkan potensi fraud administratif. Variasi tingkat klaim pending antar rumah sakit menunjukkan adanya perbedaan implementasi kebijakan pada tingkat operasional. Metode: Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan model implementasi kebijakan Van Meter dan Van Horn sebagai kerangka analisis yang meliputi sumber daya, komunikasi, karakteristik organisasi pelaksana, komitmen pelaksana, kondisi lingkungan, dan kinerja implementasi. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam terhadap 18 informan dan telaah dokumen di RS Hermina X dan RS Hermina Y, kemudian dianalisis secara tematik dengan triangulasi sumber dan metode. Hasil: Implementasi kebijakan pada aspek pengelolaan administrasi klaim menunjukkan perbedaan antara kedua rumah sakit. RS Hermina Y menerapkan verifikasi internal berlapis, monitoring berbasis dashboard, evaluasi rutin, serta adaptasi yang lebih cepat terhadap perubahan regulasi. Sebaliknya, RS Hermina X masih menghadapi kendala pada standarisasi verifikasi internal, pemanfaatan sistem informasi, monitoring, dan koordinasi lintas profesi. Perbedaan implementasi tidak ditentukan oleh jumlah sumber daya, tetapi oleh kemampuan organisasi mengelola sumber daya, membangun komunikasi, memperkuat koordinasi, serta menumbuhkan komitmen pelaksana. Belum adanya standar operasional prosedur verifikasi internal yang seragam di tingkat grup turut menyebabkan variasi implementasi antar rumah sakit. Kesimpulan: Implementasi Kebijakan Pengelolaan Anti Fraud, Administrasi Klaim dan Pembinaan JKN pada aspek pengelolaan administrasi klaim dipengaruhi oleh sumber daya, komunikasi, karakteristik organisasi, komitmen pelaksana, dan kondisi lingkungan. Keberhasilan implementasi lebih ditentukan oleh kemampuan organisasi mengintegrasikan faktor-faktor tersebut melalui kepemimpinan operasional, pengendalian internal, dan standarisasi proses verifikasi internal dibandingkan oleh ketersediaan sumber daya semata. Penguatan standar verifikasi internal, optimalisasi sistem informasi, dan monitoring berkelanjutan diperlukan untuk meningkatkan kualitas administrasi klaim serta mendukung pencegahan potensi fraud administratif.</div><hr /><div style="text-align: justify;">Background: Hermina Hospitals established the Board of Directors Regulation No. 438 of 2024 on Anti-Fraud, Claims Administration, and National Health Insurance (NHI) Development to strengthen JKN governance. This study focused on the implementation of the claims administration component, particularly coding and internal verification, as key control points before claims are submitted to BPJS Kesehatan. Variations in pending claim rates among hospitals indicate differences in policy implementation. Methods: This qualitative study applied the Van Meter and Van Horn

policy implementation model. Data were collected through in-depth interviews with 18 informants and document reviews at Hermina Hospital X and Hermina Hospital Y. The data were analyzed using thematic analysis with source and method triangulation. Results: The implementation of the Anti-Fraud, Claims Administration, and National Health Insurance Development Policy, particularly in the claims administration component, differed between the two hospitals. Hermina Hospital Y implemented a multilayered internal verification system, utilized a monitoring dashboard, conducted routine evaluation meetings, and demonstrated greater adaptability to changes in BPJS Kesehatan regulations. In contrast, Hermina Hospital X continued to encounter challenges in standardizing internal verification, optimizing information technology utilization, conducting monitoring activities, and strengthening interdisciplinary coordination. These differences were reflected in the lower pending claim rates achieved by Hermina Hospital Y compared with Hermina Hospital X. Factors influencing policy implementation included resources, communication, characteristics of implementing organizations, implementers' commitment, and environmental conditions. Conclusion: The implementation of the Anti-Fraud, Claims Administration, and National Health Insurance Development Policy, particularly in the claims administration component, was influenced by resources, communication, characteristics of implementing organizations, implementers' commitment, and environmental conditions, as described in the Van Meter and Van Horn policy implementation model. Strengthening standardized internal verification, optimizing information technology, enhancing interdisciplinary coordination, and conducting continuous monitoring and evaluation are essential to improving the quality of claims administration and supporting the prevention of administrative fraud within the NHI program continuous monitoring and evaluation are essential to prevent administrative fraud and improve the quality of NHI claims management.</div>