

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Jaminan Kesehatan Nasional

JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) adalah program Pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia untuk dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera.

Sesuai dengan UU No 40 Tahun 2004, SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional) diselenggarakan dengan mekanisme Asuransi Sosial dimana setiap peserta wajib membayar iuran guna memberikan perlindungan atas risiko sosial ekonomi yang menimpa peserta dan/atau anggota keluarganya. Dalam SJSN, terdapat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang merupakan bentuk komitmen pemerintah terhadap pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat Indonesia seluruhnya. Sebelum JKN, pemerintah telah berupaya merintis beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan, antara lain Askes Sosial bagi pegawai negeri sipil (PNS), penerima pensiun dan veteran, Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Jamsostek bagi pegawai BUMN dan swasta, serta Jaminan Kesehatan bagi TNI dan Polri. Untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, sejak tahun 2005 Kementerian Kesehatan telah melaksanakan program jaminan kesehatan sosial, yang awalnya dikenal dengan nama program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat

Miskin (JPKMM), atau lebih populer dengan nama program Askeskin (Asuransi Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin). Kemudian sejak tahun 2008 sampai dengan tahun 2013, program ini berubah nama menjadi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Seiring dengan dimulainya JKN per 1 Januari 2014, semua program jaminan kesehatan yang telah dilaksanakan pemerintah tersebut (Askes PNS, JPK Jamsostek, TNI, Polri, dan Jamkesmas), diintegrasikan ke dalam satu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Sama halnya dengan program Jamkesmas, pemerintah bertanggungjawab untuk membayarkan iuran JKN bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu yang terdaftar sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI).

2.1.1. Prinsip Pelaksanaan Program JKN

Sesuai dengan UU No 40 Tahun 2004 tentang SJSN, maka Jaminan Kesehatan Nasional dikelola dengan prinsip :

1. Gotong royong Dengan kewajiban semua peserta membayar iuran maka akan terjadi prinsip gotong royong dimana yang sehat membantu yang sakit, yang kaya membantu yang miskin
2. Nirlaba. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial tidak diperbolehkan mencari untung. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana

amanat, sehingga hasil pengembangannya harus dimanfaatkan untuk kepentingan peserta.

3. Keterbukaan, kehati – hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.

Prinsip manajemen ini mendasari seluruh pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangan

4. Portabilitas. Prinsip ini menjamin bahwa sekalipun peserta berpindah tempat tinggal atau pekerjaan, selama masih di wilayah Negara Republik Indonesia tetap dapat mempergunakan hak sebagai peserta JKN

5. Kepesertaan bersifat wajib. Agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.

6. Dana Amanat. Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik – baiknya demi kepentingan peserta.

7. Hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar – besar kepentingan peserta.

2.1.2. Peserta JKN

Sebagaimana telah dijelaskan dalam prinsip pelaksanaan program JKN di

atas, maka kepesertaan bersifat wajib. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta JKN terdiri dari Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Peserta Non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI).

2.2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial dengan payung hukum yang menaungi yaitu Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang BPJS. PT Asuransi Kesehatan yang selanjutnya disingkat menjadi PT Askes (persero) telah bertransformasi menjadi Badan Jaminan Sosial Kesehatan sejak diundangkannya Undang-Undang tersebut.

Dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan, sistem INA CBG's merupakan instrumen yang sangat penting dalam pengajuan dan pembayaran klaim atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh FKRTL kepada peserta. Maka sangat penting bagi FKRTL yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk memahami konsep pelaksanaan INA CBG's dalam program JKN (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

BPJS sebagai badan penyelenggara wajib mengawasi jalannya implementasi tarif INA CBG's, dalam hal ini adalah verifikator BPJS Kesehatan. Verifikator

wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD-10 dan ICD-9-CM atau *softcopy*-nya. Ketentuan coding mengikuti panduan coding yang terdapat dalam pedoman INA CBG's.

2.3. Sistem INA - CBG's

Sistem INA CBG's atau yang bisa disebut dengan sistem *case based payment (casemix)* merupakan pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama. Dasar pengelompokan INA CBG menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan dan mengacu pada *International Classification of Disease (ICD)* yang disusun oleh WHO, dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur. Pengelompokan dilakukan dengan menggunakan sistem informasi aplikasi INA CBG sehingga menghasilkan 1.075 grup/kelompok kasus yang terdiri dari 786 kelompok kasus rawat inap dan 289 kelompok kasus rawat jalan. Sistem INA CBG merupakan metode pembayaran prospektif yang memiliki tujuan untuk dapat mengendalikan biaya kesehatan dan mendorong fasilitas kesehatan untuk tetap memberi pelayanan bermutu sesuai standar. Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan

diberikan (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Sistem INA CBG's merupakan hasil perubahan sistem atau metode pembayaran rumah sakit yang bersifat prospektif dari yang sebelumnya yaitu *fee for service*.

Menurut Ketua National Casemix Center (NCC), Bambang Wibowo, *fee for service* merupakan metode pembayaran rumah sakit berjenis retrospektif, dimana pembayaran ditetapkan setelah pelayanan kesehatan diberikan. Dengan sistem tarif ini, pihak provider, atau penyedia layanan kesehatan seperti rumah sakit, dapat memperoleh income yang tidak terbatas. Sebab, provider dapat menawarkan segala macam pelayanan kesehatan kepada pasien, bahkan termasuk pelayanan kesehatan yang sebenarnya tidak diperlukan sekalipun. Sehingga, hal ini berpotensi menimbulkan terjadinya *over treatment* (pemeriksaan yang berlebihan), *over prescription* (peresepan obat yang berlebihan), serta *over utility* (penggunaan alat pemeriksa yang berlebihan).

Berbeda dengan *fee for service*, sistem tarif INA CBGs termasuk dalam metode pembayaran prospektif, dimana tarif pelayanan kesehatan telah ditetapkan sebelum pelayanan kesehatan diberikan kepada pasien. Dengan sistem ini, pasien memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhannya tanpa ada pengurangan kualitas. Bagi pembayar, keuntungan sistem tarif INA CBGs

adalah terdapat pembagian resiko keuangan dengan provider, biaya administrasi lebih rendah, serta dapat mendorong peningkatan sistem informasi.

Mengacu pada berbagai penjelasan sebelumnya, dapat dikatakan bahwa dibanding *fee for service*, sistem tarif INA CBGs lebih adil dan merata dalam menguntungkan semua pihak, mulai dari pasien, provider, hingga pembayar. Melalui sistem pentarifan ini, tanggungan biaya pelayanan kesehatan dapat diprediksi dan ditekan hingga batas tertentu, sehingga tidak memberatkan pasien dan pembayar, namun juga tetap bisa memberikan angka surplus pada provider pelayanan kesehatan.

2.4. Klaim Pelayanan BPJS Kesehatan

2.4.1. Definisi Klaim

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, klaim merupakan tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak memiliki/mempunyai atas sesuatu. Sedangkan definisi klaim pada bidang kesehatan khususnya program JKN adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS (BPJS Kesehatan, 2018).

Berdasarkan kedua pengertian tersebut maka dapat ditarik kesimpulan bahwa klaim asuransi kesehatan adalah suatu permintaan yang diajukan oleh pemberi pelayanan atau provider atau Fasilitas Kesehatan kepada badan penyelenggara

asuransi atau perusahaan asuransi atas pelayanan yang telah diberikan kepada peserta asuransi.

Klaim yang dilakukan oleh rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya perlu melalui sebuah proses yang dinamakan verifikasi administrasi klaim. Verifikasi administrasi klaim merupakan sebuah proses pengecekan dengan cara mengumpulkan bukti-bukti atau fakta yang berhubungan dengan klaim penyakit yang diajukan kemudian dibandingkan dengan perjanjian kerjasama atau peraturan yang telah ditentukan dan disepakati sebelumnya. Pada pelaksanaan klaim JKN pada FRTL administrasi klaim dilakukan dengan menggunakan INA-CBG's.

2.4.2. Kebijakan pengajuan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional

Terdapat beberapa kebijakan tentang sistem pembayaran kepada fasilitas kesehatan dalam rangka penyelenggaraan program JKN, diantaranya adalah sebagai berikut:

- a) Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).
- b) Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
- c) Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 tahun 2018 tentang

Jaminan Kesehatan.

- d) Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 64 tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas PP Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.
- e) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- f) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- g) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.
- h) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga atas PMK Nomor 52 tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program JKN.
- i) Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Selain kebijakan yang ditetapkan oleh pemerintah, terdapat juga kebijakan yang bersifat lokal yang artinya hanya berlaku dan digunakan di dalam institusi

saja. Hal tersebut terbukti dari sebuah penelitian yang dilakukan oleh (Nomeni, Sirait, & Kenjam 2020) yang menyatakan bahwa dalam proses pengkodean diagnosa penyakit, dan langkah-langkah pengajuan klaim. Maka dengan demikian dalam proses pengelolaan klaim tidak hanya mengacu pada kebijakan yang telah ditetapkan oleh pemerintah, namun juga diperlukan suatu SOP yang jelas agar dapat mudah dipahami alur pekerjaan sehingga mempermudah petugas dalam menyelesaikan pekerjaannya.

2.4.3. Pengkodean dan Entry Data Klaim Jaminan Kesehatan Nasional

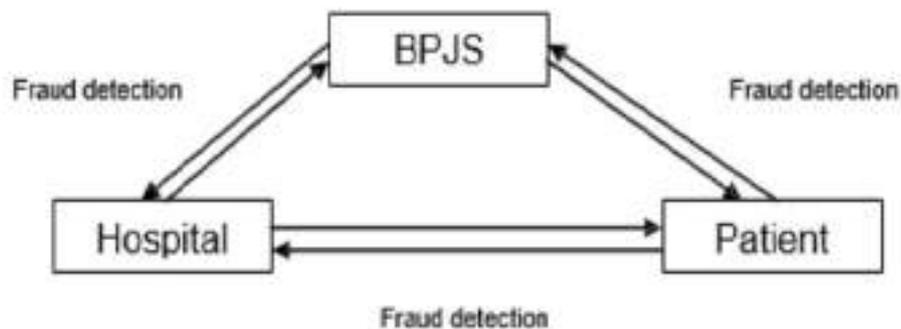
Berdasarkan PMK Nomor 76 tahun 2016 Tentang INA-CBG's, sebelum dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan terdapat beberapa proses yang harus dipenuhi, diantaranya adalah *entry data*, *coding*, dan *grouping*. Keseluruhan proses tersebut dilakukan melalui aplikasi INA-CBG's. Aplikasi INA-CBG's adalah suatu aplikasi yang khusus digunakan untuk melakukan entry data koding diagnosis dan atau tindakan yang kemudian membentuk suatu paket tarif pelayanan secara otomatis. Rumah sakit yang akan menggunakan aplikasi ini diwajibkan sudah memiliki kode registrasi yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Proses entry data dilakukan oleh petugas administrasi klaim atau koder dengan sumber data yang

digunakan ialah berasal dari resume medis pasien.

2.5 Teori Fraud

Menurut kamus Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (2014), *fraud* berasal dari kata *fraudulent misrepresentation* (pernyataan tidak jujur) yang berarti suatu pernyataan tidak jujur dengan maksud menipu perusahaan agar menerima permohonan asuransi seseorang tertanggung.

Fraud dalam jaminan kesehatan didefinisikan sebagai sebuah tindakan untuk mencurangi atau mendapat manfaat program layanan kesehatan dengan cara yang tidak sepatasnya (HIPAA, 1996).



Gambar 2.1 Theoretical Framework.

Sumber: Literature Review: *Fraud Detection in Indonesia National Health*

Insurance Implementation: A Phenomology Experience From Hospital

Pengertian *fraud* atau kecurangan di dalam JKN 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 Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan.

Pada hakikatnya, *fraud* adalah bagian dari *moral hazard* dimana *moral hazard* adalah suatu bentuk upaya memanfaatkan kelemahan suatu situasi atau aturan terkait dengan perilaku atau moral.



Gambar 2.2 Segitiga Fraud (Fraud Triangle)

Terdapat 3 faktor yang pasti muncul bersamaan ketika seseorang melakukan *Fraud*. Pertama adalah tekanan yang merupakan faktor pertama yang memotivasi seseorang melakukan tindak kriminal *Fraud*. Kedua adalah kesempatan yaitu situasi yang memungkinkan tindakan kriminal dilakukan.

Ketiga adalah rasionalisasi, yaitu pembenaran atas tindakan kriminal yang dilakukan (Cressey, 1973).

Menurut Priantara (2013:48), segitiga *fraud* (*fraud triangle*) terdiri dari 3 kondisi yang umumnya hadir pada saat fraud terjadi, yaitu:

1. Tekanan untuk melakukan fraud (*pressure*)

Tekanan dapat dibagi menjadi 4 tipe, yaitu:

- a. Masalah keuangan
- b. Terlibat perbuatan kejahatan atau tidak sesuai dengan norma
- c. Tekanan yang berhubungan dengan pekerjaan
- d. Tekanan-tekanan yang lain

2. Peluang atau kesempatan untuk melakukan fraud (*opportunity*)

- a. Sistem pengendalian internal yang lemah
- b. Tata kelola organisasi buruk

3. Dalih untuk membenarkan tindakan (*rationalization*)

Rationalization terjadi karena seseorang mencari pembenaran atas aktifitasnya yang mengandung *fraud*. Para pelaku fraud meyakini atau merasa bahwa tindakannya bukan merupakan suatu *fraud* tetapi adalah suatu yang memang merupakan haknya, bahkan kadang pelaku merasa telah berjasa karena telah berbuat banyak untuk organisasi.

2.6. Fraud Program JKN di Rumah Sakit

Hubungan BPJS dan Rumah Sakit adalah hubungan *provider* dan *insurer*. Sebagai provider, rumah sakit akan mengklaim biaya pelayanan kesehatan kepada penanggungnya yaitu BPJS. Fraud dapat terjadi ketika rumah sakit ingin mengambil keuntungan dari ketidaksesuaian antara biaya INA-CBGs dan biaya sebenarnya. Namun, BPJS akan membayar seperti yang tertera dalam INA-CBGs apakah biaya sebenarnya lebih rendah atau lebih tinggi.

Menurut PMK No. 36 Tahun 2015, tindakan kecurangan JKN yang dilakukan pemberi pelayanan kesehatan di FKRTL meliputi:

a. **Upcoding/ Penulisan Kode Diagnosis yang Berlebihan**

Penulisan kode diagnosis yang berlebihan/*upcoding* yaitu perubahan kode diagnosis dan/atau prosedur menjadi kode yang memiliki tarif yang lebih tinggi dari yang seharusnya. *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.

b. **Cloning/Penjiplakan Klaim dari Pasien Lain**

Klaim yang dibuat dengan cara menyalin dari klaim pasien lain yang sudah ada;

c. **Phantom Billing/Klaim Palsu**

Yaitu klaim atas layanan yang tidak pernah diberikan. Bagian penagihan dari institusi Rumah Sakit membuat suatu tagihan ke pihak penyelenggara JKN dari suatu tagihan yang tidak ada pelayanannya;

d. *Inflated Bills/ Pengelembungan Tagihan Obat dan Alkes*

Yaitu klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya;

e. *Services Unbundling or Fragmentation/Pemecahan Episode Pelayanan*

Yaitu klaim atas dua atau lebih diagnosis dan/atau prosedur yang seharusnya menjadi satu paket pelayanan dalam episode yang sama atau menagihkan beberapa prosedur secara terpisah yang seharusnya dapat ditagihkan bersama dalam bentuk paket pelayanan, untuk mendapatkan nilai klaim lebih besar pada satu episode perawatan pasien

Contoh: Pasien dengan patah tulang femur dan memerlukan pemasangan tiga buah *pen*, tapi insitusi pelayanan kesehatan melakukan pemasangan dua *pen* pada rawat inap pertama dan *pen* yang lain dipasang kemudian pada periode perawatan berikutnya;

f. *Selfs-Referrals/Rujukan Semu*

Adalah klaim atas biaya pelayanan akibat rujukan ke dokter yang sama di fasilitas kesehatan lain kecuali dengan alasan fasilitas.

Contoh: Penyedia layanan kesehatan yang merujuk kepada dirinya sendiri atau rekan kerjanya untuk memberikan layanan, umumnya disertai insentif uang atau komisi;

g. *Repeat Billing/Tagihan Berulang*

Adalah klaim yang diulang pada kasus yang sama, contohnya adalah penagihan yang dilakukan secara berulang untuk prosedur, obat-obatan dan alkes yang sama dan hanya diberikan satu kali.

h. *Prolonged Length of Stay/Memperpanjang Lama Perawatan*

Adalah klaim atas biaya pelayanan kesehatan yang lebih besar akibat perubahan lama hari perawatan inap.

Contoh: Penagihan biaya perawatan pada saat pasien tidak berada di rumah sakit atau menaikkan jumlah hari rawat untuk meningkatkan nilai klaim;

i. *Type of Room Charge/Memanipulasi Kelas Perawatan*

Adalah klaim atas biaya pelayanan kesehatan yang lebih besar dari biaya kelas perawatan yang sebenarnya adalah klaim atas diagnosis dan/atau tindakan yang tidak jadi dilaksanakan.

Contoh: Seorang pasien mendapatkan hak untuk dirawat di RITL (Rawat Inap Tingkat Lanjutan) Kelas II namun dientri oleh coder di Kelas I;

j. *Cancelled Services/Membatalkan Tindakan yang Wajib Dilakukan*

Adalah klaim atas diagnosis dan/atau tindakan yang tidak jadi dilaksanakan.

Contoh: Terdapat pasien RITL dengan rencana tindakan biopsi namun dibatalkan dengan alasan kesalahan teknis rumah sakit namun klaim tindakan tetap ditagihkan ke BPJS;

k. *No Medical Value/Melakukan Tindakan yang Tidak Perlu*

Adalah klaim atas tindakan yang tidak berdasarkan kebutuhan atau indikasi medis

Contoh: Seorang pasien masuk ke IGD dengan keluhan kecelakaan lalu lintas serta kondisi Kesadarannya baik, tidak mual, tidak muntah, tidak pusing, tidak menderita luka robek atau terbuka namun didiagnosa oleh dokter Cedera Kepala Ringan lalu diarahkan ke Rawat Inap dengan pemeriksaan MRI dan darah lengkap;

l. *Standard of Care/Penyimpangan Terhadap Standar Pelayanan*

Adalah klaim atas diagnosis dan/atau tindakan yang tidak sesuai dengan

standar pelayanan.

Contoh: Pasien X mendapatkan permintaan tindakan kolonoskopi di RJTL pada tanggal 07/8/2014. Namun setelah mendapatkan tindakan, pasien dirawat-inapikan hingga tanggal 12/8/14 tanpa indikasi *opname*;

m. ***Unnecessary Treatment/Melakukan Tindakan Pengobatan yang Tidak Perlu***

Adalah klaim atas tindakan yang tidak diperlukan

Contoh: Pasien dengan keluhan dispepsia dirawat inap untuk dilakukan *endoscopy*;

n. ***Menambah Panjang Waktu Penggunaan Ventilator***

Adalah klaim yang lebih besar akibat penambahan lama penggunaan ventilator yang tidak sesuai dengan kebutuhan;

o. ***Phantom Visit/Tidak Melakukan Visitasi yang Seharusnya***

Adalah klaim atas kunjungan pasien palsu.

Contoh: Klaim atas jasa visit dokter tetapi tidak tercatat dalam rekam medis;

p. ***Phantom Procedures/Tidak Melakukan Prosedur yang Seharusnya***

Adalah klaim atas tindakan yang tidak pernah dilakukan

Contoh: Pemakaian CT Scan/ Tindakan/ Operasi/ Prosedur namun tidak

ada hasil. Klaim yang hampir sama dengan *Phantom Billing*;

q. *Readmisi/Admisi yang Berulang*

Adalah klaim atas diagnosis dan/atau tindakan dari satu episode yang dirawat atau diklaim lebih dari satu kali seolah-olah lebih dari satu episode

Contoh: Pasien dipulangkan lalu diminta kembali;

- r. Melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu;**
- s. Meminta *cost sharing* tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;**
- t. Tindakan Kecurangan JKN lainnya selain huruf a sampai dengan huruf s.**

2.7. Kebijakan Terkait Fraud Dalam Program JKN

Terdapat beberapa kebijakan tentang sistem pencegahan fraud dalam rangka penyelenggaraan program JKN, diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2015
Tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2016

Tentang Sistem Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan

3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan

2.8. Pencegahan dan Pengendalian Fraud Dalam Penerapan Program JKN di Rumah Sakit

2.8.1. Sistem Pencegahan Kecurangan JKN di Rumah Sakit

Dalam Permenkes No. 36 Tahun 2015 diperintahkan untuk membangun sistem pencegahan tindak kecurangan (*fraud*). Untuk BPJS Kesehatan Permenkes 36 Tahun 2015 memerintahkan penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN, pengembangan budaya pencegahan kecurangan JKN sebagai bagian dari tata kelola organisasi yang baik dan pembentukan tim pencegahan kecurangan JKN di BPJS Kesehatan. FKRTL harus membentuk sistem serupa sebagaimana diamanatkan Permenkes 36 Tahun 2015. Peran masyarakat juga dibutuhkan untuk mencegah kecurangan dalam program JKN, karena setiap orang yang mengetahui adanya kecurangan dalam program JKN dapat melakukan pengaduan. Pembangunan sistem pencegahan kecurangan menurut Permenkes No. 36 Tahun 2015 harus melalui tiga hal yakni:

- a) FKRTL menyusun peraturan internal dalam bentuk tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik.
- b) FKRTL mampu mengembangkan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya melalui penggunaan konsep manajemen yang efektif dan efisien, teknologi informasi berbasis bukti dan membentuk Tim Pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL.
- c) FKRTL mampu mengembangkan budaya pencegahan kecurangan JKN sebagai bagian dari tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya berdasarkan prinsip TARIK yaitu:
 - a. Transparansi, merupakan keterbukaan informasi, baik dalam proses pengambilan keputusan maupun dalam mengungkapkan informasi yang sesuai dengan kebutuhan untuk pencegahan Kecurangan JKN;
 - b. Akuntabilitas, merupakan kejelasan fungsi struktur sistem dan pertanggungjawaban pelayanan sehingga pengelolaan terlaksana dengan efektif.
 - c. Responsibilitas, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan pelayanan terhadap prinsip organisasi yang sehat dalam rangka pencegahan kecurangan JKN.

- d. Independensi, merupakan suatu keadaan dimana organisasi dikelola secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan prinsip-prinsip organisasi yang sehat dalam rangka pencegahan kecurangan JKN.
- e. Kewajaran, merupakan perlakuan yang adil dan setara di dalam memenuhi hak pemangku kepentingan yang timbul berdasarkan perjanjian dalam rangka pencegahan kecurangan JKN.

Kondisi demikian juga akan berkaitan dengan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*), dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) dalam sebuah rumah sakit. *Good corporate governance* di bidang perumahsakitian merupakan suatu sistem (tata) hubungan dalam organisasi rumah sakit yang mengandung unsur-unsur pengendalian, pengarahan, pertanggungjawaban, dan pertanggung gugatan antara pemilik, pengelola, dan direksi serta jajaran manajemen operasional sebagai suatu kesatuan gerak untuk mencapai visi dan misi nilai-nilai organisasi. Tata kelola yang baik dan sehat melalui prinsip corporate governance akan menjamin kelangsungan dan perkembangan rumah sakit. Prinsip-prinsip yang dikembangkan dalam *corporate governance* adalah keterbukaan, akuntabilitas, pertanggungjawaban kepada pemberi tugas, integritas dan berkeadilan.

2.8.2. Tim Pencegahan Kecurangan JKN di Rumah Sakit

Selanjutnya dengan memperhatikan Permenkes No. 36 Tahun 2015 Paragraf kedua Tentang Tim Pencegahan Kecurangan JKN di Fasilitas Kesehatan Rawat Tingkat Lanjutan (FKRTL) maka Direktur Rumah Sakit dapat Membentuk Tim Pencegahan Fraud yang terdiri dari: Ketua Tim (Ketua Satuan Pengawas Internal), Sekretaris: Kepala Bidang Pelayanan, Anggota: Ketua Komite Medik, Perkam Medis, Koder, Ketua Komite Keperawatan. Tim ini bertugas:

- a. Melakukan deteksi dini kecurangan JKN di Rumah Sakit berdasarkan data klaim pelayanan yang dilakukan.
- b. Mensosialisasikan kebijakan, regulasi dan budaya baru yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya.
- c. Meningkatkan kemampuan koder serta dokter dan petugas lain yang berkaitan dengan klaim.
- d. Melakukan upaya pencegahan, deteksi dan penindakan kecurangan JKN.
- e. Melakukan monitoring dan evaluasi.
- f. Melakukan pelaporan kepada Direktur Rumah Sakit enam bulan sekali.

2.8.3. Kegiatan Pencegahan Kecurangan JKN di Rumah Sakit

FKRTL harus melakukan upaya pencegahan dan deteksi dini Kecurangan JKN terhadap seluruh Klaim yang diajukan kepada BPJS Kesehatan.

1. Upaya pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL dilakukan dengan cara:

- a) Peningkatan kemampuan Koder dalam upaya pecegahan Kecurangan JKN berupa:
- 1) identifikasi faktor-faktor penting atau meningkatkan akurasi koding untuk mencegah kesalahan;
 - 2) edukasi tentang pengetahuan Kecurangan JKN;
 - 3) pelatihan dan edukasi koding yang benar;
 - 4) penyesuaian beban kerja Koder dengan jumlah tenaga dan kompetensinya; dan
 - 5) meningkatkan interaksi dengan staf klinis dalam rangka memastikan diagnosa primer dan sekunder;
- b) Peningkatan kemampuan Dokter yang berkaitan dengan Klaim dalam upaya pecegahan Kecurangan JKN berupa:
- 1) pemahaman dan penggunaan sistem koding yang berlaku;
 - 2) melakukan edukasi dan pemberian pemahaman tentang langkahlangkah pencegahan dan sanksi Kecurangan JKN;
 - 3) meningkatkan ketaatan terhadap standar prosedur operasional;
 - 4) menulis dan memberikan resume medis secara jelas, lengkap dan tepat waktu;
- c) peningkatan manajemen dalam upaya pecegahan Kecurangan JKN berupa:

- a. penguatan tugas Koder sebagai pendamping verifikator, investigator, dan auditor internal pada satuan pemeriksaan internal yang khusus untuk audit klaim;
 - b. melakukan surveilans data atau audit data rutin;
 - c. penggunaan perangkat lunak untuk pencegahan Kecurangan JKN;
 - d. membuat panduan praktik klinik pada setiap jenis layanan dengan mengimplementasikan clinical pathway.
 - e. membentuk tim edukasi kepada pasien dan tenaga kesehatan.
 - f. membuat kebijakan prosedur dan pengendalian efektif untuk menghalangi, mencegah, mengetahui, melaporkan, dan memperbaiki potensi Kecurangan JKN;
2. Upaya deteksi dini Kecurangan JKN di FKRTL dilaksanakan melalui kegiatan:
- a) analisis data klaim dilakukan secara rutin oleh tim pencegahan Kecurangan JKN yang berkoordinasi dengan verifikator dan dilakukan secara manual dan/atau dengan memanfaatkan aplikasi verifikasi klinis yang terintegrasi dengan aplikasi INA-CBGs melalui teknik pendekatan:
 - 1) mencari anomali data;
 - 2) predictive modeling; dan
 - 3) penemuan kasus.

- b) Investigasi yang dilakukan untuk memastikan adanya dugaan Kecurangan JKN, penjelasan mengenai kejadiannya, dan latar belakang / alasannya. Investigasi dilakukan oleh tim investigasi yang ditunjuk oleh tim pencegahan Kecurangan JKN dengan melibatkan unsur pakar, asosiasi rumah sakit/asosiasi fasilitas kesehatan, dan organisasi profesi untuk melakukan audit.
- c) pelaporan hasil analisis data Klaim dan investigasi Kecurangan JKN dilakukan oleh tim pencegahan Kecurangan JKN kepada pimpinan fasilitas kesehatan. Pelaporan memuat:
- 1) ada atau tidaknya kejadian Kecurangan JKN yang ditemukan;
 - 2) rekomendasi pencegahan berulangnya kejadian serupa di kemudian hari;
 - 3) rekomendasi sanksi administratif bagi pelaku Kecurangan JKN.

2.8.4. Pengaduan dan Penyelesaian Perselisihan

Setiap orang yang mengetahui adanya tindakan Kecurangan JKN dapat melakukan pengaduan secara tertulis. Pengaduan disampaikan kepada pimpinan fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Dinas Kesehatan Provinsi. Pengaduan harus memuat paling sedikit: (1) identitas pengadu; (2) nama dan alamat instansi yang diduga melakukan tindakan Kecurangan JKN; dan (3) alasan pengaduan.

2.8.5. Pembinaan dan Pengawasan

Pembinaan dan pengawasan pencegahan Kecurangan JKN dilaksanakan melalui (1) advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis; (2) pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan (3) monitoring dan evaluasi.

Pembinaan dan pengawasan pencegahan Kecurangan JKN dilakukan oleh Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan kewenangan masing-masing. Pembinaan dan pengawasan dilakukan di rumah sakit, dapat melibatkan badan pengawas rumah sakit, dewan pengawas rumah sakit, perhimpunan/asosiasi perumahsakitannya, dan organisasi profesi.

2.8.6. Sanksi Administratif

Sanksi administratif berupa:

- a. teguran lisan;
- b. teguran tertulis;
- c. perintah pengembalian kerugian akibat Kecurangan JKN kepada pihak yang dirugikan.

Dalam hal tindakan Kecurangan JKN dilakukan oleh tenaga kesehatan, sanksi administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat diikuti dengan pencabutan surat izin praktik.

2.9. Kumpulan Tinjauan Literatur

Penelitian yang penulis lakukan berjudul “Faktor Penyebab *fraud* dalam Penerapan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit”. Adapun beberapa literatur yang memiliki kesamaan tema yang penulis baca yaitu sebagai berikut:

1. **Judul literatur:** Analisis Faktor Penyebab Kejadian Fraud yang Diakibatkan Oleh Upcoding Biaya Pelayanan Kesehatan Kepada BPJS Kesehatan Cabang Ambon

Ditulis oleh: Achmad Saleh Abdullah

Universitas: Universitas Muslim Indonesia

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.

2. **Judul literatur:** Analisis Pengendalian Potensi Fraud di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi

Ditulis oleh: Ayu Mitriza & Ali Akbar

Universitas: Universitas Andalas

Sejak berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, potensi fraud dalam pelayanan kesehatan semakin meningkat karena adanya tekanan dari sistem pembiayaan yang baru berlaku, adanya kesempatan karena minim pengawasan, serta ada pembenaran saat melakukan tindakan fraud. Tujuan: Mengeksplorasi upaya pengendalian potensi fraud di Rumah Sakit Dr. Achmad Moechtar Bukittinggi. Metode: Penelitian ini menggunakan desain metode kualitatif. Penelitian ini dilihat dari komponen input dan komponen proses. Hasil: Komponen input mencakup kebijakan, tenaga dan sarana. Komponen proses mencakup faktor pendorong dan faktor penghambat potensi fraud. Faktor pendorong potensi fraud yaitu perbedaan pemahaman antara verifikator dan dokter penanggung jawab pasien tentang diagnosis. Kesenjangan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA CBGs. Faktor penghambat potensi fraud yaitu Penerapan Standar Operasional dan Clinical Pathway. Simpulan: Upaya dari Rumah Sakit Dr. Achmad Moechtar dalam pencegahan potensi fraud dengan melakukan tindakan sesuai Standar Prosedur Operasional.

3. **Judul literatur:** Analisis Pengaruh Dimensi Fraud Triangle Dalam Kebijakan Pencegahan Fraud Terhadap Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUP Nasional Cipto Mangunkusumo

Ditulis oleh : Hasan Sadikin, Wiku Adisasmito

Universitas : Universitas Indonesia

Pelaksanaan program asuransi nasional menemukan risiko. Risiko kejadian fraud (kecurangan) di Indonesia sangat tinggi. Namun, risiko kejadian fraud masih sulit untuk diidentifikasi. Hal tersebut didukung oleh kurangnya kesadaran semua pihak baik dari pasien, provider dan perusahaan asuransi walaupun tindakan tersebut sangat terasa adanya. Penipuan kesehatan merupakan ancaman serius yang menyebabkan penyalahgunaan keuangan sumber daya yang langka dan dampak negatif pada akses kesehatan, infrastruktur, dan determinan sosial kesehatan. Penelitian ini untuk menganalisis tentang pengaruh dimensi fraud triangle dalam kebijakan pencegahan fraud terhadap program Jaminan Kesehatan Nasional yang merupakan alasan untuk penipuan kesehatan. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Teknik pengumpulan data berupa pedoman wawancara, alat perekam, arsip tertulis dan dokumen. Hasil penelitian mendapatkan analisis tekanan, kesempatan, dan rasionalisasi terhadap risiko kejadian fraud.

4. Judul literatur: Pengaruh Komitmen Organisasi dan Pengendalian Internal Terhadap Risiko Terjadinya Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. IV Polda Sulut

Ditulis oleh : Natasya, et al

Universitas : Universitas Sam Ratulangi

Fraud merupakan tindakan yang sering dijumpai di berbagai organisasi atau instansi. Dengan menanamkan rasa komitmen organisasi yang tinggi kepada setiap individu serta pembentukan dan pelaksanaan pengendalian intern, diharapkan akan menimbulkan hambatan bagi penyalahgunaan oleh pegawai negeri khususnya di bidang kesehatan seperti dokter dan paramedis lainnya di

pelaksanaan jaminan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui risiko terjadinya fraud dalam pelaksanaan jaminan kesehatan. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh karyawan yang bekerja di RS Bhayangkara TK..IV Polda Sulut. Penelitian ini menggunakan linier berganda metode regresi dengan bantuan spss. Hasil hipotesis menunjukkan bahwa komitmen organisasi tidak berpengaruh signifikan terhadap risiko fraud. Pengendalian internal memberikan dampak signifikan terhadap risiko penipuan.

5. Judul literatur: Pengaruh Potensi Fraud Dalam Penerapan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional Terhadap Mutu Layanan di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, Malang

Ditulis oleh : Ika Nurfarida

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan oleh pemerintah sebagai upaya untuk menyediakan layanan kesehatan yang terjangkau dan bermutu, tak terkecuali layanan kesehatan jiwa. Dalam pelaksanaannya diduga terdapat potensi fraud yang dapat merugikan banyak pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung. Pengawasan terhadap potensi fraud di sektor kesehatan sudah mulai ditargetkan oleh Komisi Pemberantasan Korupsi, karena potensi kerugian yang diakibatkan cukup besar.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh potensi fraud dalam penerapan sistem jaminan kesehatan nasional terhadap mutu layanan di rumah sakit jiwa. Desain penelitian ini adalah *cross-sectional* dengan sampel pasien skizofrenia rawat inap di RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang selama penerapan sistem Jaminan Kesehatan Nasional.

Hasil dari penelitian ini menjelaskan bahwa potensi *fraud* yang mungkin

terjadi di rumah sakit jiwa antara lain upaya memperpanjang atau memperpendek lama perawatan (AvLOS), melakukan tagihan fiktif atas pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan, dan pemondokan pasien atas indikasi yang tidak jelas. Hal ini didukung oleh data yang didapatkan bahwa terdapat penurunan AvLOS pada saat penerapan sistem jaminan kesehatan dengan sistem pembayaran per paket diagnosis, namun disertai peningkatan angka re-hospitalisasi sebesar lima kali lipat. Hal tersebut menunjukkan indikasi bahwa potensi fraud berpengaruh terhadap mutu luaran pasien rumah sakit jiwa. Kesimpulannya, terdapat potensi fraud dalam penerapan sistem jaminan kesehatan nasional yang mempengaruhi mutu layanan di rumah sakit jiwa.

6. Judul literatur: Upaya Pencegahan Perbedaan Diagnosis Klinis Dan Diagnosis Asuransi Dengan Diberlakukan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Pelayanan Bpjs Kesehatan Studi Di Rsud Kota Semarang

Ditulis oleh : Faik Agiwahyunto¹ , Sudiro, Inge Hartini

Universitas : Universitas Diponegoro

RSUD Kota Semarang mengalami tren kenaikan persentase perbedaan diagnosis klinis dan asuransi. Apabila hal ini terus berlanjut dapat mengarah pada upcoding (*fraud*). Tujuan penelitian ini adalah untuk menjelaskan proses terjadinya perbedaan diagnosis klinis dan diagnosis asuransi di rumah sakit dalam pelaksanaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

Penelitian menggunakan metode kualitatif. Informan utama yaitu dokter jaga Instalasi Gawat Darurat (IGD), dokter spesialis bedah, dan dokter spesialis penyakit dalam, sedangkan informan triangulasi yaitu Direktur rumah sakit, verifikator rumah sakit, dan Kepala Unit Rekam Medis. Hasil wawancara

mendalam dengan para informan dilakukan analisis isi untuk mendapatkan proses perbedaan diagnosis klinis dan diagnosis asuransi yang mengarah pada *upcoding*.

Berdasarkan jawaban dari *indepth interview* telah terjadi perbedaan diagnosis klinis dan diagnosis asuransi di RSUD Kota Semarang. Penyebab perbedaan karena perbedaan diagnosis dan tindakan medis standar pelayanan medis dokter di RS dengan standar *INA-CBGs*. Untuk mencegah perbedaan diagnosis klinis dan asuransi, maka RSUD Kota Semarang sudah membentuk tim verifikator internal rumah sakit dan *Clinical Micro System Team*. Komite medik juga berperan membantu untuk membantu meminimalisir kejadian *upcoding* yaitu dengan memperbanyak jenis *Clinical Pathway* sebagai acuan bagi dokter untuk mendiagnosa dan menentukan jenis tindakan pada pasien.

Perbedaan diagnosis klinis dan diagnosis asuransi harus segera diselesaikan untuk mencegah terjadinya *upcoding* dan kerugian RS. Upaya pencegahan perbedaan tersebut dengan menambah petugas dan pelatihan koding, membuat dan memperbanyak algoritma *clinical pathway*, pembentukan tim *Clinical Micro System*, dan monitoring dan evaluasi pelayanan medis

7. Judul literatur: Factors affecting potential overpayment claim of government health insurance in naval hospital

Ditulis oleh : Ahmad Samsulhadi, Djazuly Chalidyanto

Universitas : Universitas Airlangga

Ada potensi klaim kelebihan pembayaran yang dilakukan oleh rumah sakit. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang menyebabkan terjadinya potensi kelebihan pembayaran. Penelitian ini bersifat deskriptif analitik terhadap seluruh dokumen setelah diaudit oleh unit pengawasan internal jaminan kesehatan nasional (BPJS). Populasinya adalah seluruh dokumen klaim setelah diaudit oleh audit internal BPJS pada tahun 2018.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat 3881 (1,33%) dokumen yang berpotensi kelebihan pembayaran ditemukan selama tahun 2018. Nilai kelebihan pembayaran sekitar Rp 4.066.938.800 (1,18%) dari total klaim BPJS pada tahun 2018. Faktor-faktor yang mempengaruhi klaim kelebihan pembayaran asuransi BPJS adalah: *readmission*, *double billing* untuk pasien rawat inap dan rawat jalan pada hari yang sama, perbedaan persepsi diagnosa dan prosedur pengkodean, perbedaan kelas perawatan dengan hak pasien, penagihan pasien meninggal, dan pasien kemoterapi. Kesimpulannya, potensi kelebihan pembayaran dapat terjadi baik dari pihak rumah sakit maupun BPJS terkait dengan perbedaan persepsi.

8. Judul literatur: Potential for Fraud of Health Service Claims to BPJS Health at Tenriawaru Public Hospital, Bone Regency, Indonesia

Ditulis oleh : Sukri Paluttur, et al

Universitas : Universitas Andalas

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berfungsi untuk memenuhi kebutuhan

Jaminan Kesehatan Universal di Indonesia masih tergolong baru. Potensi penipuan yang dapat membahayakan pasien dan orang lain sangat mungkin terjadi. Tujuan penelitian ini adalah untuk memperoleh informasi yang lebih mendalam tentang potensi kecurangan klaim pelayanan kesehatan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Tenriawaru Kabupaten Bone, Indonesia.

Metode penelitian dari penelitian ini adalah kualitatif dengan analisis deskriptif. Teknik pemilihan informan adalah *purposive sampling*. Teknik pengumpulan data meliputi wawancara, observasi, dan dokumentasi. Analisis data bersifat deskriptif dan keabsahan data yang digunakan dilakukan melalui triangulasi sumber data. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat potensi kecurangan yang terjadi di RSUD Tenriawaru. Penipuan ini disebabkan oleh penyedia layanan kesehatan seperti petugas kesehatan dan pembuat kode. Ada potensi penipuan dari 8 jenis: *up-coding, readmissions, type of room charge, unnecessary treatment, phantom billing, keystroke mistake, service unbundling of fragmentation* dan *cancelled service*. Peraturan ini telah memasukkan unsur *fraud* dan jenis potensi *fraud* yang terjadi pada pelayanan kesehatan primer dan kesehatan rujukan. Temuan penelitian ini merekomendasikan pengembangan aturan untuk menangkal calon pelaku penipuan.

9. Judul literatur: Potential of Hospital Fraud in the Indonesia National Health Insurance Era (A Descriptive Phenomenological Research)

Ditulis oleh : Abu Khoiri, dkk

Universitas : Universitas Airlangga Surabaya

Hasil Riset Publik Lembaga Kliring Antikorupsi Komisi Pemberantasan

Korupsi menyampaikan pada 2 Desember 2016 bahwa hingga pertengahan 2015 terdapat potensi 175.774 rumah sakit yang telah terdeteksi klaim penipuan dengan nilai Rp. 440 M. Pada tahun 2016 ditemukan indikasi 1 juta klaim fiktif dari rumah sakit dengan nilai Rp. 2 triliun. Potensi fraud di rumah sakit di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia akan berdampak pada inefisiensi pembiayaan kesehatan sekaligus ancaman terhadap keberlangsungan program JKN yang diharapkan dapat mencapai *Universal Health Coverage* pada tahun 2019. Studi fenomenologi ini bertujuan untuk menggali pemahaman dan makna konsep fraud bagi pihak-pihak yang berpotensi melakukan fraud di rumah sakit. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan Penelitian Fenomenologi Deskriptif. Informan dalam penelitian ini adalah petugas yang melayani pasien dalam hal administrasi dan medis serta pemilihan manajemen rumah sakit secara purposive sampling. Fokus penelitian adalah pengalaman yang dirasakan informan dalam menjalankan program JKN serta bagaimana pengetahuan dan sikap informan terhadap fenomena fraud di rumah sakit. Hasil yang dicapai dalam penelitian fenomenologi ini berupa refleksi penerapan JKN di rumah sakit, khususnya yang berkaitan dengan fenomena potensi kecurangan yang tercermin dari pengetahuan dan sikap pihak rumah sakit tentang kecurangan dan gambaran tentang terjadinya kecurangan di rumah sakit.

10. Judul literatur: Pengaruh Pengendalian Internal, Komitmen Organisasi dan Moralitas Individu Terhadap Pencegahan Kecurangan (Fraud) Provide Jaminan Kesehatan Nasional

Ditulis oleh : Febby Mandolang dan Chamariyah Subijanto

Universitas : Universitas Wijaya Putra Surabaya

Penelitian ini dilakukan di Pencegahan Kecurangan (Fraud) Provider Jaminan Kesehatan Nasional dengan jumlah sampel penelitian sebanyak 31 orang. Tujuan penelitian ini adalah 1) Untuk mengetahui deskripsi tentang Pengendalian Internal, Komitmen Organisasi dan Moralitas Individu terhadap pencegahan kecurangan, 2) Untuk mengetahui apakah Pengendalian Internal, komitmen organisasi dan Moralitas individu berpengaruh secara simultan terhadap pencegahan kecurangan, 3) Untuk mengetahui apakah Pengendalian Internal, komitmen organisasi, dan Moralitas individu berpengaruh secara parsial terhadap pencegahan kecurangan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Pengendalian internal sebagai kekuatan yang bersifat relatif dari individu dalam mengidentifikasi keterlibatan dirinya ke dalam organisasi.