

BAB III

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. HASIL PENELITIAN

1. Gambaran Umum Alur Pelayanan Pasien BPJS di RSUD Gunung Sawo Temanggung

a. Alur Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan di RSUD Gunung Sawo

Temanggung

- 1) Peserta membawa identitas BPJS Kesehatan serta surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama
- 2) Peserta melakukan pendaftaran ke RS dengan memperlihatkan identitas dan surat rujukan
- 3) Fasilitas kesehatan bertanggung jawab untuk melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan input data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP
- 4) Petugas BPJS kesehatan melakukan legalisasi SEP
- 5) Fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan bahan medis habis pakai (BMHP)
- 6) Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan

- 7) Atas indikasi medis peserta dapat dirujuk ke poli lain selain yang tercantum dalam surat rujukan dengan surat rujukan/konsul intern.
- 8) Atas indikasi medis peserta dapat dirujuk ke Fasilitas kesehatan lanjutan lain dengan surat rujukan/konsul ekstern.
- 9) Apabila pasien masih memerlukan pelayanan di Faskes tingkat lanjutan karena kondisi belum stabil sehingga belum dapat untuk dirujuk balik ke Faskes tingkat pertama, maka Dokter Spesialis/Sub Spesialis membuat surat keterangan yang menyatakan bahwa pasien masih dalam perawatan. pasien sudah dalam kondisi stabil sehingga dapat dirujuk balik ke Faskes tingkat pertama, maka Dokter Spesialis/Sub Spesialis akan memberikan surat keterangan rujuk balik.
- 10) Apabila Dokter Spesialis/Sub Spesialis tidak memberikan surat keterangan yang dimaksud pada huruf i dan j maka untuk kunjungan berikutnya pasien harus membawa surat rujukan yang baru dari Faskes tingkat pertama.

b. Alur Pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan di RSUD Gunung Sawo Temanggung

- 1) Peserta melakukan pendaftaran ke RS dengan membawa identitas BPJS Kesehatan serta surat perintah rawat inap dari poli atau unit gawat darurat
- 2) Peserta harus melengkapi persyaratan administrasi sebelum pasien pulang maksimal 3 x 24 jam hari kerja sejak masuk Rumah Sakit.

- 3) Petugas Rumah Sakit melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan input data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP
- 4) Petugas BPJS kesehatan melakukan legalisasi SEP
- 5) Fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan bahan medis habis pakai (BMHP) Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan
- 6) Dalam hal peserta menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya, maka Peserta dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan.
- 7) Kenaikan kelas perawatan lebih tinggi daripada haknya atas keinginan sendiri dikecualikan bagi peserta PBI Jaminan Kesehatan
- 8) Jika karena kondisi pada fasilitas kesehatan mengakibatkan peserta tidak memperoleh kamar perawatan sesuai haknya, maka:
 - a) Peserta dapat dirawat di kelas perawatan satu tingkat lebih tinggi.
 - b) BPJS Kesehatan membayar kelas perawatan peserta dan anggota keluarganya sesuai hak peserta.

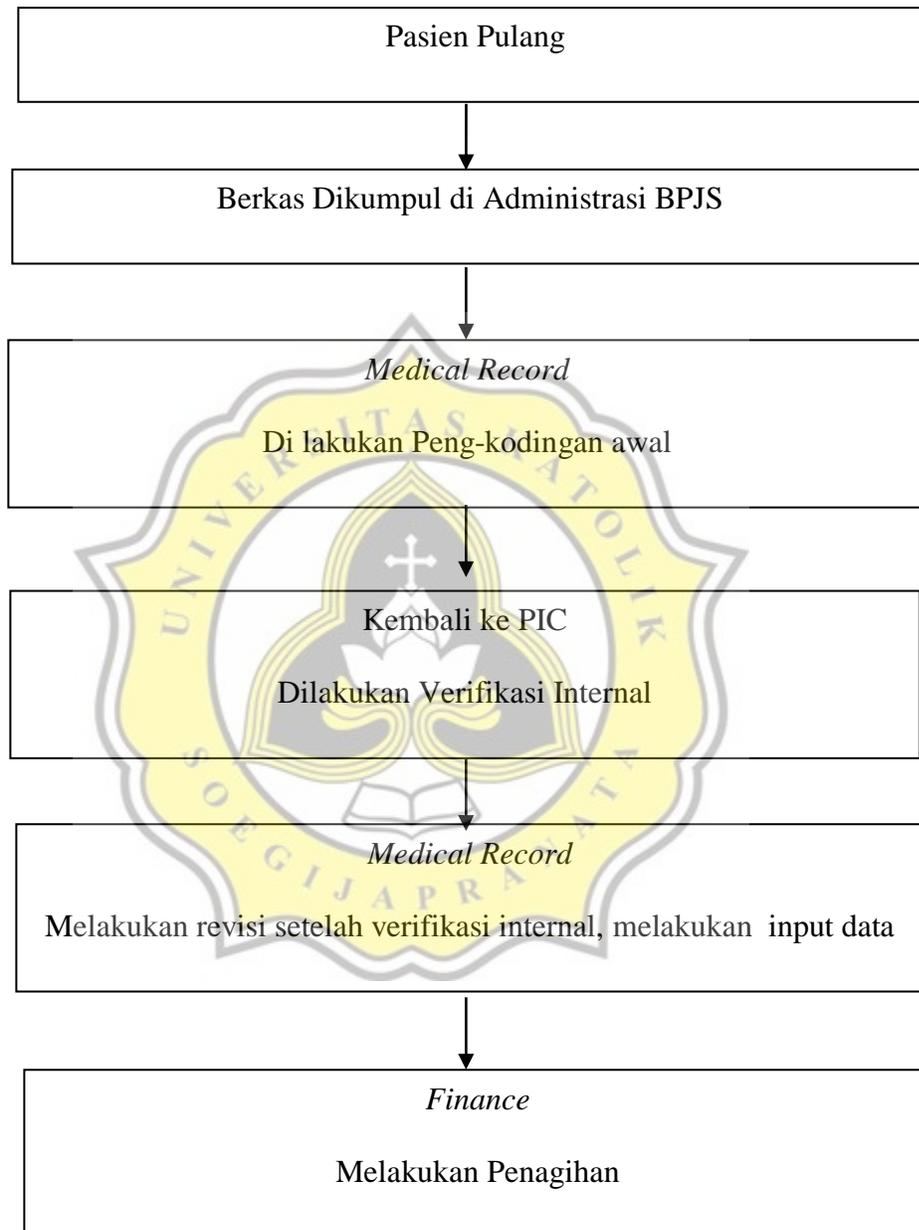
- c) Peserta ditempatkan di kelas perawatan sesuai hak peserta, jika kelas perawatan tersedia di fasilitas pelayanan Kesehatan.
 - d) Perawatan naik satu kelas di atasnya paling lama 3 (tiga) hari.
 - e) Jika naik satu kelas di atasnya lebih dari 3 (tiga) hari, maka selisih biaya yang terjadi menjadi tanggung jawab Fasilitas Kesehatan rumah sakit yang merawat.
- c. Alur Penjaminan peserta baru dengan kondisi sakit dalam perawatan
- 1) Pasien terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan yang status masih aktif dibuktikan dengan tanggal bukti bayar.
 - 2) Peserta diminta untuk mengurus SEP dalam waktu maksimal 3 x 24 jam hari kerja sejak pasien terdaftar sebagai peserta BPJS kesehatan;
 - 3) Apabila peserta mengurus SEP lebih dari 3 x 24 jam hari kerja sejak terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan, maka penjaminan diberikan untuk 3 hari mundur ke belakang sejak pasien mengurus SEP;
 - 4) Biaya pelayanan yang terjadi sebelum peserta terdaftar dan dijamin oleh BPJS Kesehatan menjadi tanggung jawab pasien sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fasilitas kesehatan tersebut.
 - 5) Untuk pasien baru yang sudah mendapatkan pelayanan rawat inap, maka tidak diperlukan surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat satu atau keterangan gawat darurat. Untuk penjaminan selanjutnya, peserta wajib mengikuti prosedur pelayanan BPJS Kesehatan yang berlaku.

- 6) Perhitungan penjaminan berdasarkan proporsional hari rawat sejak pasien dijamin oleh BPJS Kesehatan.
- 7) Besar biaya yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan adalah sejak pasien dijamin oleh BPJS Kesehatan sampai dengan tanggal pulang dibagi total hari rawat kali tarif INA CBG's.

d. Alur Pelayanan Dalam keadaan gawat darurat, di RSUD Gunung Sawo Temanggung

- 1) Peserta dapat dilayani di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerjasama maupun yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan
- 2) Pelayanan harus segera diberikan tanpa diperlukan surat rujukan
- 3) Peserta yang mendapat pelayanan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan harus segera dirujuk ke Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan setelah keadaan gawat darurnya teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan
- 4) Pengecekan validitas peserta maupun diagnosa penyakit yang termasuk dalam kriteria gawat darurat menjadi tanggung jawab fasilitas kesehatan
- 5) Fasilitas kesehatan tidak diperkenankan menarik biaya pelayanan kesehatan kepada peserta

e. Alur klaim BPJS di RSUD Gunung Sawo Temanggung



Gambar 1. Alur Klaim BPJS RSUD Gunung Sawo Temanggung

2. Gambaran Obyek Penelitian

a. Gambaran Umum RSUD Gunung Sawo Temanggung

Rumah Sakit Umum (RSU) “Gunung Sawo” Temanggung terletak di Jalan Gatot Subroto Km 2 Manding Temanggung, Jawa Tengah. Rumah Sakit ini berdiri sejak tanggal 28 Oktober 1987, sebagai pendiri sekaligus pemilik adalah Prof.dr .H.Untung Praptohardjo, SpOG (K) (Alm) dan diresmikan oleh Gubernur Jawa Tengah H.Ismail (Alm). RSUD Gunung Sawo Temanggung berbadan hukum yang dikelola oleh Perseroan Terbatas (PT) Manding Maju Bersama.

RSU Gunung Sawo termasuk rumah sakit umum swasta dengan klasifikasi RS Tipe D, dengan 50 tempat tidur yang memberikan pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD), rawat jalan, rawat inap, *High Care Unit (HCU)*, ruang isolasi dan terdiri dari 4 pelayanan yaitu Kebidanan, Anak, Penyakit Dalam, Bedah dan Gigi. Selain itu juga ditunjang dengan instalasi penunjang yaitu Instalasi Laboratorium, Instalasi Radiologi, Instalasi Gawat Darurat 24 jam, Instalasi Farmasi, *Ultrasonografi (USG)* dan *Elektrokardiogram (EKG)*.



Gambar 2. RSU Gunung Sawo Temanggung

b. Hasil Observasi di RSU Gunung Sawo Temanggung

Dalam upaya mencari jawaban atas rumusan masalah dalam penelitian ini, peneliti telah melakukan penelitian di RSU Gunung Sawo Temanggung. Berdasarkan hasil penelitian secara penelusuran dan wawancara Ketua bidang pelayanan, ketua komite medik, petugas rekam medik, ketua keperawatan dan *coder*, maka dapat ditemukan bentuk temuan kecurangan di RSU Gunung Sawo Temanggung yaitu:

1) Ketua Komite Medis

Wawancara dengan dr. IN, Sp. A selaku Ketua Komite Medis dalam pencegahan dan pengendalian kecurangan ditemukan kendala yang ditemukan dalam pelaksanaanya di RSU Gunung Sawo Temanggung yaitu:

a) Dari intern RSUD Gunung Sawo Temanggung:

- (1) Tim verifikator internal belum melaksanakan tugasnya dengan baik sehingga pelaporan kegiatan ke direktur yang seharusnya satu bulan sekali sering tertunda
- (2) Klaim berkas BPJS sering mengalami kendala dalam pengumpulan dan kelengkapan klaim sehingga klaim yang seharusnya satu bulan sekali sering tertunda
- (3) Tim anti *fraud* belum sepenuhnya melaksanakan tugasnya dengan baik
- (4) *Clinical Pathway* belum dijalankan dengan baik.

b) Dari BPJS Kesehatan:

- (1) Dalam pengajuan klaim ke BPJS, sering ditemukan *feedback* dari BPJS yang terlalu lama sehingga pencairan dari berkas klaim sering tertunda
- (2) Audit pengembalian uang yang berlaku surut sehingga Rumah Sakit mengembalikan uang ke BPJS

c) Dari pasien:

- (1) Pasien belum paham tentang penggunaan kartu BPJS Kesehatan
- (2) Pasien yang menggunakan kartu BPJS peserta lain, terutama pasien anak yang belum mempunyai kartu BPJS.

2) Ketua Bidang Pelayanan

Wawancara dengan dr. AS Ketua Bidang Pelayanan ditemukan beberapa ketidaksesuaian *Coding* Klaim tidak sesuai aturan atau kesalahan *coding* pada kondisi kasus multiple pasien rawat inap dengan Penyakit gagal ginjal pada pasien yang mengidap ginjal hipertensi, pada kasus seperti ini *coding* diklaim terpisah Hipertensi (I10) dan Gagal Ginjal (N00) yang keluar klaim nya lebih besar dibanding koding gabung, yang seharusnya di *coding* Penyakit ginjal hipertensi disertai gagal ginjal (I12.0). Ditemukan juga ketidaksesuaian *coding* pada prosedur tindakan Penggunaan lama Inkubator bayi kurang dari 96 jam (96.71) di *coding* penggunaan lama inkubator selama 96 jam atau lebih (96.72) dengan koding yang ini klaim keluar lebih besar. Kasus rawat Jalan USG Kehamilan (88.78) di *coding* USG abdomen (88.76) atau *Other Ultrasound (unspecified)* (88.79). Ditemukan kesalahan *coding* pada diagnosis yaitu memilih kode yang tidak sesuai dengan kondisi seharusnya, pasien datang berkunjung untuk kontrol ulang (kode z) di *coding* kunjungan pertama

3) Ketua Komite Keperawatan

Wawancara dengan Ibu Ns. IS, Kep Ketua Komite Keperawatan ditemukan ketidaksesuaian oleh pasien di RSU Gunung Sawo Temanggung adalah:

- a) Pasien anak yang tidak memiliki kartu BPJS menggunakan kartu BPJS peserta lain
- b) Membuat pernyataan tidak benar dalam hal eligibilitas dan menggunakan status kepesertaannya untuk memperoleh pelayanan Kesehatan yang lebih tinggi.
- c) Pasien memalsukan kondisi kesehatannya, pasien mengaku mengalami batuk setelah diberikan obat ternyata obat tersebut digunakan oleh peserta atau keluarga lain yang tidak memiliki kartu BPJS.
- d) Memanfaatkan haknya sebagai peserta BPJS, pelayanan yang tidak perlu (*Unnecessary Services*) dengan memalsukan keadaan, memperparah kondisi kesehatan.

4) **Petugas Rekam Medis**

Wawancara dengan Ibu TL, RMIK selaku petugas Rekam Medis ditemukan kasus kunjungan berulang pasien rawat inap. Pasien hamil dilakukan tindakan *Sectio Caesaria* lalu pasien tersebut rawat inap kembali dengan diagnosa retensio sisa plasenta di klaim dua kali dalam satu episode. Pasien prematur kontraksi pasien rawat inap seminggu kemudian rawat inap kembali dengan diagnosa KPD di klaim dua kali dalam satu episode. Kunjungan berulang pasien rawat jalan, ditemukan pada pasien poli bedah dan gigi, pasien post rawat inap dengan operasi dan membutuhkan

medikasi secara rutin, dalam satu bulan pasien tersebut melakukan 3 kali kunjungan yang seharusnya satu kali kunjungan kemudian rujuk balik ke faskes pertama. Pasien kebidanan masuk dengan SC kemudian masih dalam episode yang sama masuk lagi dengan ILO, Rumah sakit mengajukan klaim dua kali.

5) *Coder*

Wawancara dengan Ibu IT, Amd.Kes selaku petugas *coder* ditemukan bentuk kecurangan kasus *coding* suatu diagnosis yang tidak disertai dengan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan Hb pasien dengan anemia (selain perdarahan) berkas penunjang tidak ada bukti pemeriksaan laboratorium Hb yang di lakukan. Kasus menukar diagnosis utama dengan diagnosis sekunder atau sebaliknya dengan tujuan memilih klaim yang lebih besar. Pasien dengan kondisi utama dituliskan katarak dan kondisi sekunder adalah hipertensi, sedangkan pasien dirawat karena hipertensi.

B. PEMBAHASAN

1. Pengaturan Pencegahan dan Penanganan Kecurangan *Fraud* dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung

a. Dasar Hukum dan Bentuk Pengaturan Pencegahan Kecurangan *Fraud* dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Rumah Sakit.

Pengaturan tentang pencegahan *fraud* dalam pelaksanaan jaminan Kesehatan di rumah sakit dengan tujuan memberikan jaminan perlindungan bagi rumah sakit. Ketentuan yang menjadi dasar hukum dalam pelaksanaannya berdasarkan hasil penelitian tentang *fraud* yang dilakukan di RSUD Gunung Sawo Temanggung adalah sebagai berikut:

1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

Pasal 28H ayat (3): “setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat” dan Pasal 34 ayat (2): “negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”.

Pasal 34 ayat (3) UUD 1945: “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”.

2) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009

Pasal 54 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan: “penyelenggaraan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif”. Oleh sebab itu, selain merupakan hak asasi setiap individu Bangsa Indonesia, Negara Indonesia juga bertanggung jawab akan kesehatan tersebut. Negara bukan hanya bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas kesehatan saja, namun setiap fasilitas pelayanan kesehatan tersebut harus memenuhi standar nasional yang baik dan terjamin mutunya.

3) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004

Aspek pelayanan kesehatan merupakan aspek yang perlu diperhatikan karena pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan kunci keberhasilan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional selain aspek regulasi, kepesertaan, manfaat, keuangan dan kelembagaan. Undang-Undang SJSN ini diharapkan mampu mengembangkan sistem jaminan sosial nasional guna memenuhi kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu, dan terjangkau oleh masyarakat, sistem ini diselenggarakan dengan model asuransi sosial dengan mekanisme pengumpulan dana dari peserta BPJS.

Pengertian *fraud* dalam JKN adalah suatu tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan, peserta untuk mendapatkan keuntungan dari program jaminan kesehatan dalam sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan perundang-undangan. *Fraud* dalam pelayanan kesehatan sebagai suatu bentuk upaya dengan sengaja dilakukan untuk mendapatkan keuntungan yang tidak seharusnya dan dapat merugikan pihak lain.

4) **Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009**

Institusi pelayanan kesehatan rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat.

American Hospital Association, Rumah Sakit adalah suatu institusi yang fungsi utamanya adalah memberikan pelayanan kepada pasien. Pelayanan kesehatan paripurna merupakan pelayanan kesehatan meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Rumah Sakit merupakan institusi yang fungsi utamanya memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Fungsi utama rumah sakit adalah memberikan pelayanan kepada pasien diagnostik dan terapeutik untuk berbagai penyakit dan masalah Kesehatan

5) Pasal 7 PERMENKES Nomor 16 tahun 2019

Pasal 7 PERMENKES Nomor 16 tahun 2019 bahwa dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan dalam sistem Jaminan Sosial Nasional, BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan FKTL yang bekerjasama dengan BPJS, harus membangun sistem pencegahan kecurangan JKN.

6) Peraturan BPJS Kesehatan No 16 Tahun 2020

Peraturan BPJS Kesehatan No 16 Tahun 2020 bahwa Pasal 4 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 tentang Sistem Pencegahan Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan memuat tindakan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan yang diatur dalam badan ini dapat dilakukan oleh peserta, BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan dan, pemangku kepentingan lainnya

Pasal 5 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 bahwa sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan jaminan Kesehatan oleh BPJS Kesehatan meliputi tindakan pencegahan kecurangan (*fraud*), pendeteksian kecurangan (*fraud*) dan penanganan kecurangan (*fraud*).

Pelaksanaan implementasi pencegahan *fraud* di RSUD Gunung Sawo

Temanggung:

a) Identifikasi

Tahapan yang dilakukan untuk mendeteksi potensi *fraud* dengan mengumpulkan data yang akan di klaim

b) Pelaksanaan deteksi

Pelaksanaan deteksi dikelompokkan berdasarkan area kepesertaan, pelayanan kesehatan, pemakaian obat dan alat kesehatan, diagnosa sesuai resume, administrasi masuk lewat poli spesialis dengan rujukan atau masuk lewat IGD sesuai kriteria yang masuk dalam kegawatan dan area lainnya sesuai kebutuhan deteksi

c) Evaluasi

Deteksi dini dan penyelesaian verifikasi internal

d) Pelaporan hasil deteksi

Merupakan suatu hal yang menjadi dasar dalam mengambil keputusan untuk penyelesaian masalah yang ada

Pasal 6 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 bahwa BPJS Kesehatan melaksanakan pencegahan kecurangan (*fraud*) yang dilakukan oleh peserta melalui pemberian edukasi tentang kecurangan (*fraud*) program jaminan Kesehatan secara langsung maupun tidak langsung kepada peserta, pengembangan mekanisme melalui sistem informasi yang dapat mendeteksi kecurangan (*fraud*) yang dilakukan oleh peserta, pembuatan komitmen dengan fasilitas Kesehatan untuk memastikan validasi peserta yang dilayani adalah orang yang tepat, berhak dan sesuai dengan hak manfaat yang diperoleh dan pembuatan

komitmen pencegahan kecurangan (*fraud*) kepada peserta/ pemberi kerja beserta sanksi yang diperoleh, yang dicantumkan dalam daftar isian peserta, form registrasi badan usaha, perjanjian Kerjasama dengan pemerintah daerah dan surat eligibilitas peserta.

Pasal 11 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 bahwa BPJS Kesehatan melaksanakan pendeteksian potensi kecurangan yang dilakukan oleh peserta dengan memastikan peserta mendapatkan pelayanan melalui analisa data pemanfaatan kesehatan, pelaksanaan analisa data siklus atau pola pemanfaatan pelayanan kesehatan melalui peserta, pelaksanaan analisa data pelayanan kesehatan yang diterima peserta, pelaksanaan analisa data penyalahgunaan kartu identitas kepesertaan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan dan pemanfaatan informasi dari pelapor pelanggaran (*whistleblower*).

Pasal 17 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 bahwa BPJS Kesehatan melaksanakan penanganan kecurangan yang dilakukan peserta dengan cara melakukan pembatalan surat eligibilitas peserta atas jaminan pelayanan kesehatan yang sedang berjalan, pemberitahuan kepada pemberi kerja atau satuan kerja atas tindakan kecurangan yang dilakukan oleh peserta pekerja penerima upah dan meminta pemberi kerja atau satuan kerja memberikan teguran tertulis kepada peserta yang ditembuskan kepada BPJS Kesehatan dan pelaporan kepada kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial atas

tindakan kecurangan yang dilakukan oleh peserta yang didaftarkan sebagai peserta bantuan iuran jaminan kesehatan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintah dibidang kesehatan.

Tindak lanjut di RSUD Gunung Sawo Temanggung tentang pelaporan *Fraud* dengan deteksi. Saat ini jumlah laporan *Fraud* masih sedikit, sehingga menghambat proses deteksi potensi *Fraud*. Tantangan lainnya yang harus dihadapi dalam proses deteksi ini karena terbatasnya SDM untuk mengolah data yang telah tersedia. Namun, terbatasnya teknologi dan SDM menghambat proses ini. Lebih lanjut data yang banyak ini belum optimal juga dimanfaatkan untuk mengembangkan teknologi deteksi potensi *Fraud*.

b. Tujuan Pengaturan Kecurangan *Fraud* dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di Rumah Sakit

Pengaturan pencegahan kecurangan *fraud* dalam pelaksanaan program jaminan Kesehatan di bentuk dan disosialisasikan oleh pemerintah untuk mencegah terjadinya *fraud* di rumah sakit. Ketentuan yang ditetapkan pemerintah terkait pengaturan pencegahan kecurangan *fraud* menjadi dasar hukum dalam pembentukan peraturan khusus tentang kecurangan *fraud* yang benar dan tertuang salah satunya dalam Surat Keputusan Direktur tentang Pembentukan Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal, dengan tujuan:

- 1) Pengaturan tentang pencegahan kecurangan dalam pelaksanaan jaminan Kesehatan di rumah sakit yang dituangkan dalam UU No. 40 Tahun 2004, penyelenggaraan program jaminan sosial wajib bagi seluruh masyarakat termasuk program jaminan di rumah sakit untuk melaksanakan pelayanan Kesehatan bagi peserta BPJS yang terdaftar.
- 2) Pengaturan tentang kecurangan dalam pelaksanaan jaminan Kesehatan di rumah sakit dituangkan dalam Pasal 7 PERMENKES Nomor 16 tahun 2019 bahwa dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan dalam sistem Jaminan Sosial Nasional, BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan FKTL yang bekerjasama dengan BPJS, harus membangun sistem pencegahan kecurangan JKN, yang mendasari RSUD Gunung Sawo membentuk Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal sebagai acuan bagi RSUD Gunung Sawo Temanggung dalam memberikan pelayanan pasien BPJS. Selain itu, PERMENKES tersebut juga memberikan jaminan bagi rumah sakit dalam melakukan tugasnya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, telah tersedianya Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal di RSUD Gunung Sawo Temanggung. Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal mempunyai tugas untuk melakukan pencegahan dan deteksi kecurangan (*fraud*). Dalam penelitian ini ditemukan bahwa sebagian komponen program pencegahan kecurangan sudah berjalan sesuai dengan Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 tentang *fraud*.

Penyusunan kebijakan dan pedoman terkait pencegahan kecurangan dalam penelitian menunjukkan bahwa sudah ada kebijakan dan pedoman yang disusun terkait pencegahan kecurangan JKN.

Pengaturan kecurangan di RSUD Gunung Sawo Temanggung sudah cukup mengatur dan sesuai dengan Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 tentang *fraud*.

2. Pencegahan dan Penanganan *Fraud* dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung

a. Mekanisme Pencegahan dan Penanganan *Fraud* dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung

Pelaksanaan pencegahan dan penanganan *fraud* dilakukan melalui beberapa upaya antara lain:

1) Pembentukan Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal

Dalam menjalankan peraturan atau kebijakan terkait pencegahan dan penanganan *fraud* di Rumah Sakit, maka pertama kali harus dibuat Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal.

Pengendalian internal sangat berpengaruh terhadap pencegahan *fraud* di RSUD Gunung Sawo Temanggung. Penerapkan dengan baik dengan menekankan keefektifan pengendalian internal dalam rumah sakit dengan pengendalian, dapat mencegah kemungkinan terjadinya tindak kecurangan atau ketidaksesuaian yang ada pada lingkungan rumah sakit. Bagaimana cara mengatasi *fraud* menjadi

tugas bersama dari suatu organisasi pemerintah dan sistem pengawasan internalnya.

Permenkes No. 16 Tahun 2019 bahwa investigasi dilakukan oleh tim investigasi yang ditunjuk oleh Tim Pencegahan Kecurangan JKN dengan melibatkan unsur pakar di bidangnya dan organisasi profesi. Investigasi perlu dilakukan untuk memastikan dugaan kecurangan dalam JKN.

Berdasarkan PERMENKES Nomor 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan *Fraud* Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional di Rumah Sakit, dibentuk Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal di RSUD Gunung sawo Temanggung dengan anggota dan tugas:

Penanggung Jawab dan Ketua : dr. LD

Anggota :1. dr.I.N,Sp.A

2. dr. AS

3. IT, Amd.Kes

Tugas :

- a) Membangun sistem pencegahan kecurangan dan penyelenggaraan JKN
- b) Melakukan sosialisasi sistem pencegahan kecurangan dan penyelenggaraan JKN

- c) Mengelola dan mengendalikan pencegahan kecurangan dalam penyelenggaraan JKN
- d) Melakukan koordinasi dengan pihak terkait
- e) Bertanggung Jawab kepada Direktur RSUD Gunung Sawo Temanggung.

2) Penyusunan Kebijakan

Arti suatu Kebijakan adalah suatu Tindakan yang mengarah pada tujuan seseorang, kelompok dan pemerintah dalam lingkungan tertentu dengan mencari peluang untuk mencapai tujuan atau mewujudkan sasaran yang diinginkan. Rumah Sakit sebagai organisasi membuat kebijakan sejak awal untuk mencapai tujuan, visi dan misi yang telah direncanakan. Dalam pembuatan kebijakan tidak boleh bertentangan dengan nilai-nilai dan praktik sosial yang ada dalam masyarakat. Kebijakan yang dibuat rumah sakit didasarkan pada tata urutan atau hierarki peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia sesuai dengan pasal 7 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang pembentukan peraturan perundang-undangan.

Kebijakan yang dimaksud dianggap sebagai instrumen yuridis, yang dapat berupa peraturan, surat keputusan, izin, konsesi, rencana, tindakan kebijaksanaan, atau bentuk lainnya. Penyusunan kebijakan di setiap rumah sakit dapat berbeda tergantung dari filosofi masing-

masing rumah sakit. Kebijakan rumah sakit dibuat untuk membantu mengatur kinerja tenaga kerja yang ada didalamnya.

Pencegahan dan Penanganan *Fraud* dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung juga membutuhkan adanya kebijakan pencegahan dan penanganan *fraud* untuk mengatur kerja tim Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal agar dapat mencegah terjadinya *fraud* di rumah sakit.

Permenkes No. 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan *Fraud* Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional di Rumah Sakit memerintahkan masing-masing pihak terkait untuk membangun sistem pencegahan tindak kecurangan (*Fraud*). Permenkes 16 Tahun 2019 penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN, pengembangan budaya pencegahan kecurangan JKN sebagai bagian dari tata kelola organisasi yang tertata dengan baik terstruktur dan pembentukan tim pencegahan kecurangan JKN di BPJS Kesehatan. FKRTL membentuk sistem tersebut sesuai perundang-undangan. Kebijakan yang dibuat RSUD Gunung Sawo Temanggung sesuai dengan Permenkes 16 Tahun 2019.

Penelitian di RSUD Gunung Sawo Temanggung didapatkan gambaran yaitu kebijakan anti *fraud* dibuat oleh Direktur dan disosialisasikan ke Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal, yang

tertuang dalam SK 024.29/KEP-DIR/II/2020 Tentang Tim Pencegahan *Fraud* di RSUD Gunung Sawo Temanggung yang terdiri dari Kepala Bidang Pelayanan, Ketua Komite Medik, rekam Medis, *coder*. Tim ini bertugas:

- a) Melakukan deteksi dini kecurangan JKN di RSUD Gunung Sawo Temanggung 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) Upaya pencegahan, penindakan kecurangan JKN dan deteksi dini bila di temukan.
- e) Melakukan monitoring dan evaluasi.
- f) Pelaporan kepada Direktur RSUD Gunung Sawo Temanggung satu bulan sekali.

Upaya Pelaksanaan kebijakan pencegahan *fraud* maka dibentuk SPO dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang diatur dalam Kepmenkes No.129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Medis di Rumah Sakit, pedoman pelayanan klinis dan *clinical pathway*, dalam memberikan pelayanan harus sesuai standar tersebut dan diterapkan secara langsung di lapangan.

Pelaporan hasil deteksi dan investigasi yang dilakukan Tim Pencegahan Kecurangan JKN dan yang memuat ada atau tidaknya kejadian Kecurangan JKN yang ditemukan, rekomendasi pencegahan berulang kejadian yang sama di kemudian hari, dan rekomendasi sanksi administratif sesuai ketentuan yang berlaku bagi pelaku Kecurangan JKN.

3) Pelaksanaan di RSUD Gunung Sawo Temanggung

a) Penerapan kebijakan Pencegahan *Fraud* dan pedoman pencegahan di Rumah Sakit:

(1) Penerapan prinsip *Good Clinical Governance* Dan *Good Corporate Governance*:

(a) Penetapan serta penerapan SOP yang mengacu pada Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNKP) serta pedoman lain yang ditetapkan oleh menteri kesehatan

(b) Penetapan prosedur internal dalam pengajuan klaim BPJS

(c) Penetapan uraian tugas serta kewenangan dari tenaga kesehatan dan non kesehatan rumah sakit

(2) Pelaksanaan pencegahan dalam penyelesaian terhadap *fraud* termasuk investigasi dan pelaporan perilaku kecurangan

(a) Mekanisme pengaduan dari masyarakat serta tindak lanjutnya

- (b) Melakukan audit rutin data
- (c) Meningkatkan kemampuan petugas lain dan dokter terkait dengan klaim berupa pemahaman serta penggunaan system coding yang berlaku, meningkatkan ketaatan petugas terhadap SOP, dokter memberikan resume medis dengan jelas lengkap dan tepat waktu serta melakukan edukasi dan sosialisasi tentang langkah pencegahan dan penanganan sanksi *fraud*.
- (d) Penguatan peran dari pengawasan internal serta system pengendalian internal Rumah Sakit dalam pencegahan *fraud*
- (e) System IT yang terintegrasi sebagai pendukung
- (f) Meningkatkan kemampuan dari kooder dengan pelatihan dan sosialisasi edukasi yang benar serta koordinasi dengan staf klinis lain untuk memastikan diagnosa pasien.

(3) Pelaksanaan manajemen resiko *fraud*

- (a) Menetapkan rencana pengendalian resiko *fraud*
- (b) Melakukan indentifikasi penilaian resiko *fraud* dengan kooperatif
- (c) Membangun komitmen dari seluruh jajaran dalam mengelola resiko *fraud*

- (d) Melaksanakan tindakan korektif untuk mengangani *fraud* dengan tepat
- (e) Mengkomunikasikan potensi *fraud* yang sudah teridentifikasi
- (f) Melaksanakan evaluasi pelaksanaan manajemen secara berkala risiko *fraud*

b) Pengembangan budaya pencegahan *fraud*

- (1) Sosialisasi kegiatan pencegahan *fraud* di Rumah Sakit
- (2) Menetapkan dan mengimplementasikan kode etik profesi serta standar perilaku karyawan Rumah Sakit
- (3) Melaksanakan edukasi budaya anti *fraud* pada seluruh pegawai dan pasien rumah sakit
- (4) Memandatangani dan melaksanakan pakta integritas untuk seluruh karyawan

c) Pengembangan pelayanan yang berorientasi kendali mutu dan kendali biaya

- (1) Pembentukan tim kendali mutu dan kendali biaya rumah sakit
- (2) Penetapan prosedur klaim dan analisis data
- (3) Pemberian tugas tim kendali mutu dan kendali biaya
- (4) Menetapkan SPO, Pedoman pelayanan klinis, *clinical pathway* serta pedoman lain

- (5) Menerapkan manajemen mutu dalam pelayanan kesehatan
- (6) Penggunaan IT yang mampu memonitor serta mengevaluasi pelayanan Jaminan Kesehatan di Rumah Sakit
- (7) Ketepatan kompetensi serta kewenangan dari tenaga kesehatan
- (8) Melaksanakan audit klinis secara berkala
- (9) Monitoring dan evaluasi tim kendali mutu dan kendali biaya

d) Pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan yang bertugas

- (1) Melaksanakan sosialisasi dari kebijakan serta budaya baru yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya
 - (2) Mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi serta tata kelola klinis dengan baik
 - (3) Melakukan deteksi dini *fraud* berdasarkan data klaim rumah sakit dan meneruskan dugaan *fraud* kepada pengawas internal
 - (4) Meningkatkan kemampuan dari *coder*, dokter serta petugas lain yang berkaitan
 - (5) Pelaporan pelaksanaan pencegahan *fraud*
 - (6) Monitoring dan evaluasi pelaksanaan dari pencegahan *fraud*
- Pelaksanaan kebijakan dengan menerapkan pencegahan potensi *fraud* berdasarkan Permenkes 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan *Fraud* Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional di Rumah Sakit yaitu membentuk Tim Anti

Fraud dan Tim Verifikasi Internal, pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*, mengembangkan pelayanan kendali mutu dan kendali biaya serta melaksanakan budaya pencegahan kecurangan di RSUD Gunung Sawo Temanggung.

Pelaksanaan kebijakan yang telah dibuat didahului dengan sosialisasi kepada seluruh Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal yang berperan memberikan pencegahan *fraud*. Setiap pelaksanaan yang ada akan selalu dilakukan monitoring dan evaluasi untuk perbaikan kedepannya apakah telah sesuai dengan tujuan awal dari pembuatan kebijakan tersebut. Standar pelaksanaan kebijakan pencegahan *fraud* dapat dilihat dari koordinasi yang baik antara tim Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal dengan tim pelayanan lain di rumah sakit. Pelaksanaan kebijakan pencegahan *fraud* yang sesuai dapat terlihat dari hasil *feedback* klaim dari BPJS, yang mana dapat diketahui dari tidak adanya berkas klaim yang dikembalikan dari BPJS.

RSUD Gunung Sawo Temanggung bekerjasama dengan BPJS Kesehatan membuat *finger print* yang digunakan untuk verifikasi identitas di Kartu Tanda Penduduk dan juga sebagai pencegahan agar pasien dapat terlacak apabila pasien periksa lebih dari satu kali dalam satu bulan, apabila pasien periksa lebih dari satu kali maka pasien

tidak dapat menggunakan kartu BPJS di bulan tersebut kecuali diagnosa menunjukkan tanda kegawatan.

Hasil penelitian di RSUD Gunung Sawo Temanggung dalam penggunaan *finger print* dapat menurunkan potensi terjadinya *fraud* dari peserta BPJS untuk periksa ke Rumah Sakit lebih dari satu kali dalam episode.

4) Pengembangan Sumber Daya Manusia (SDM)

Pasal 29 ayat (1) huruf b UU No. 44 Tahun 2009 rumah sakit mempunyai kewajiban memberikan layanan kesehatan yang terakreditasi, aman, bermutu, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Setiap tenaga Kesehatan yang ada di rumah sakit yang bekerja di rumah sakit harus bekerja sesuai dengan standar profesi, etika profesi, standar pelayanan rumah sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien (Pasal 13 ayat (3) UU No. 44 Tahun 2009).

Sumber daya manusia merupakan aset penting dalam suatu pelayanan rumah sakit yang dimaksud SDM dalam pelayanan rumah sakit adalah Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal. Rumah sakit wajib melakukan pengembangan SDM untuk kemajuan pelayanan di rumah sakit yang akan memberikan dampak positif bagi rumah sakit. Pengembangan SDM dapat berupa pelatihan atau

training serta seminar atau ilmiah terkait pencegahan *fraud*. Pengembangan perlu dilakukan untuk dapat memajukan rumah sakit kearah yang lebih baik dan sesuai standar pemerintah.

Pengembangan SDM tentang pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk suatu tindakan seseorang (*overt behaviour*). Jika seseorang didasari dengan pengetahuan yang baik terhadap kesehatan, maka seseorang tersebut akan memahami pentingnya menjaga kesehatan. Dengan semakin tingginya pengetahuan individu akan pentingnya kesehatan akan membuat individu sadar akan manfaat investasi kesehatan dalam bentuk Jaminan Kesehatan, sehingga akses terhadap pelayanan kesehatan lebih terjamin.

Pendeteksian terhadap kecurangan yang tidak di sengaja, tidak lepas dari pengetahuan mengenai peluang terjadinya kecurangan serta siapa atau pihak mana yang mungkin dapat melakukan kecurangan tersebut. Pihak yang bertanggung jawab mendapat tugas dalam melakukan pendeteksian kecurangan sangat diperlukan dan diketahui, karena dengan mengetahui faktor pemicu peluang terjadinya kecurangan serta siapa atau pihak mana yang melakukan lebih terarah.

Pengembangan SDM di RSUD Gunung Sawo Temanggung dalam kegiatan Pencegahan Kecurangan JKN sesuai Bab III

Lampiran Permenkes No. 16 Tahun 2019 Tugasnya Tim pencegahan

Fraud:

- a) Peningkatan kemampuan koder

Meningkatkan kemampuan akurasi koding untuk mencegah kesalahan. Edukasi dan evaluasi tentang pencegahan kecurangan JKN, pelatihan berkala terkait kaidah *coding* dan tentang pedoman INA CBG's karena pemahaman tentang *coding* sangat mempengaruhi terjadinya kecurangan, pelatihan dan edukasi koding yang benar, meningkatkan interaksi dengan staf klinis termasuk dokter penanggung jawab dalam rangka memastikan diagnosis sekunder dan primer.

- b) Peningkatan kemampuan dokter serta petugas lain yang terkait dengan klaim, dengan cara pemahaman tentang koding dan penggunaan sistem koding yang berlaku sesuai ketentuan, melakukan edukasi dan pemberian pemahaman tentang langkah-langkah pencegahan, meningkatkan ketaatan terhadap standar prosedur operasional, dan memberikan resume medis secara jelas dan lengkap sesuai kaidang koding yang berlaku.
- c) Melakukan analisis data klaim secara manual atau dengan menggunakan aplikasi verifikasi klinis yang terintegrasi dengan aplikasi INA-CBGs.

d) Dalam melakukan tugasnya Tim Pencegahan *Fraud* melaporkan kepada Direktur sebagai Pimpinan RSUD Gunung Sawo Temanggung, tentang ada atau tidaknya ketidaksesuaian yang ditemukan, rekomendasi pencegahan berulangnya kejadian yang sama di kemudian hari dan rekomendasi sanksi administratif bagi pelaku kecurangan di RSUD Gunung Sawo Temanggung.

5) Pengawasan dan Evaluasi

Permenkes 16 Tahun 2019 Pencegahan *Fraud* Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional di Rumah Sakit mengatur pengawasan, pembinaan dan pengarahan dalam rangka pencegahan *fraud* dilakukan oleh Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan kewenangan. Bentuk pembinaan dan pengawasan, pembinaan dan pengarahan dapat sosialisasi dan bimbingan teknis, pelatihan dan peningkatan kapasitas SDM serta monitoring dan evaluasi.

Pengawasan dan evaluasi suatu pelaksanaan kebijakan di RS termasuk kebijakan pencegahan *fraud* selalu melibatkan semua pihak. Pengawasan tersebut dapat dilakukan untuk jangka waktu tertentu dan umumnya bersifat rutin sehingga selanjutnya dapat dilakukan evaluasi untuk perbaikan. cara untuk mengawasi dan mengevaluasi adanya pertemuan rutin semua unit terkait tiap bulannya supaya

mencapai tujuan yang sama untuk mencegah *fraud* yang tidak diharapkan.

Pengawasan dilakukan semua pihak sehingga jika ada kesalahan dapat dikomunikasikan dan dilakukan perbaikan. Dalam hal ini Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal sesuai SK 024.29/KEP-DIR/II/2020 Tentang Tim Pencegahan *Fraud* sudah melakukan tugasnya untuk melakukan monitoring atau pengawasan serta evaluasi dalam pencegahan dan penanganan *fraud* di RSU Gunung Sawo Temanggung.

b. Pihak yang Berperan dalam Pencegahan dan Penanganan *Fraud* dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di RSU Gunung Sawo Temanggung

Pelaksanaan tindakan pencegahan *fraud* di RSU Gunung Sawo Temanggung berupa kegiatan tentang penetapan kebijakan, sistem sesuai ketentuan yang berlaku serta prosedur yang sesuai indikasi yang dapat membantu tindakan yang diperlukan oleh direktur, Tim Anti *Fraud*, Tim Verifikasi Internal dan manajemen yang dapat memberikan keyakinan memadai dan sesuai kebutuhan dalam mencapai tujuan rumah sakit yaitu: efektivitas dan efisiensi operasi, laporan keuangan yang baik, serta kepatuhan terhadap hukum dan peraturan yang berlaku sesuai perundang-undangan.

Pencegahan *fraud* dapat dilakukan dengan pengendalian internal dari rumah sakit, yaitu pengendalian internal yang paling banyak diterapkan dalam pelaksanaannya.

Pelaksanaan pencegahan dan penanganan *fraud* di RS dikerjakan oleh Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal dengan dibantu oleh pihak lain termasuk tim medis. Beberapa pihak lain yang mendukung upaya pencegahan *fraud* antara lain:

1) Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit

Setiap rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sebagai salah satu pelayanan ke masyarakat dalam melayani pasien JKN sesuai dengan PERMENKES Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan *Fraud* Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional di Rumah Sakit. Oleh karenanya, Direktur perlu membentuk kebijakan terkait pencegahan *fraud* untuk membentuk SOP yang akan digunakan di lapangan sebagai upaya pencegahan *fraud*. Kebijakan Direktur sebagai dasar dalam pelaksanaan pencegahan *fraud* sehingga dapat membantu mengurangi terjadinya *fraud* di rumah sakit.

Menerapkan program anti *fraud* dan sistem mencegah tindakan *fraud* sangat dibutuhkan peran dari Direktur rumah sakit yang meliputi membangun sistem dalam mencegah *fraud* dimulai dengan cara memahami tentang *fraud*, melalui kegiatan edukasi dan sosialisasi

serta membuat kebijakan dan SPO dalam pencegahan *fraud*, selanjutnya hasil kebijakan di sosialisasi dan edukasi kembali, kebijakan dan prosedur anti *fraud* dengan segala bukti yang ada, setelah itu monitor kepatuhan terhadap kebijakan dan SPO anti *fraud* serta membangun sistem pengawasan internal.

2) Tim Medis

Tim medis yang dimaksud adalah Dokter atau Dokter Spesialis Penanggungjawab (DPJP). Peranan tim medis terutama dokter dan DPJP terhadap pencegahan *fraud* yaitu :

- a) Mendiagnosa pasien sesuai diagnosa utamanya
- b) Kendali mutu dan biaya di pemeriksaan penunjang
- c) Kendali mutu dan biaya di terapi obat, meresepkan sesuai *E-Catalog*
- d) Memperhatikan efektivitas lama hari perawatan
- e) Tidak melakukan kontrol berulang terus menerus, setelah stabil di rujuk balik ke faskes pertama

Peranan tim medis juga berpengaruh dalam pencegahan dan penanganan *fraud*, tim medis diharapkan dapat memberikan diagnosa, tindakan serta terapi yang sesuai dengan penyakit yang diderita pasien dan tidak dimanipulasi hanya demi menaikkan biaya klaim. Manipulasi data pelaporan tindakan medis yang berdampak pada besarnya klaim pada asuransi kesehatan atau sejenisnya.

3. Kendala dalam Pencegahan dan Penanganan *Fraud* dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung

Berdasarkan uraian diatas Pencegahan dan Penanganan *Fraud* dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung telah dilakukan. Namun dalam pelaksanaannya masih terdapat beberapa hal yang menghambat proses verifikasi dan proses klaim sehingga masih ditemukan beberapa permasalahan. Adapun faktor – faktor yang menjadi kendala:

a. Faktor yuridis

Secara hukum sudah terdapat kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Fraud* dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung. Kebijakan di RSUD Gunung Sawo Temanggung yang mengatur tentang pencegahan dan penanganan *fraud* berbentuk Peraturan Direktur yang merujuk pada Surat Keputusan Direktur di Rumah Sakit. Selain itu ada SOP yang sudah dibuat untuk pelaksanaan pencegahan dan penanganan *fraud* di rumah sakit.

Faktor yuridis berperan penting dalam pencegahan dan penanganan *fraud* di RS. Adanya aturan atau kebijakan tertulis memberikan jaminan dalam pelaksanaan *fraud* di RS.

Pemberian sanksi administrative dilakukan untuk menindak pelaku *Fraud*. Permenkes 16 tahun 2019 Tentang Pencegahan *Fraud* Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial

Nasional di Rumah Sakit, pihak yang berhak memberikan sanksi adalah Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sanksi yang direkomendasikan adalah sanksi administrasi dalam bentuk teguran lisan dan tertulis atau perintah pengembalian kerugian akibat Kecurangan JKN kepada pihak yang dirugikan.

Sifat dari faktor yuridis yang diterapkan di RS terkait pencegahan dan penanganan *fraud* lebih mengedepankan kepedulian dan tanggung jawab semua tim yang ada di RS.

b. Faktor Sosial

Faktor sosial memiliki pengaruh cukup besar dalam pencegahan dan penanganan *fraud* di RS. Umumnya faktor sosial tersebut berkaitan erat dengan perilaku SDM nya yang selanjutnya berpengaruh pada *fraud* yang dilakukan, misalnya kepatuhan dokter dan DPJP dalam mendiagnosa, meresepkan obat dan pemeriksaan penunjang. Faktor sosial juga dipengaruhi kerjasama antara semua pihak RS, farmasi, analis, pasien dan keluarganya.

Faktor sosial sering diabaikan dalam pencegahan dan penanganan *fraud* karena sering dianggap tidak memiliki pengaruh besar. Padahal dengan mengantisipasi faktor sosial seperti perilaku baik dokter, DPJP, *coder* maupun pasien akan mempengaruhi pencegahan *fraud* yang lebih baik. Sebagai contoh perilaku yang disiplin dan tanggung jawab dari Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal mengingatkan DPJP jika tidak

sesuai SOP, sedangkan untuk ke pasien memberikan edukasi supaya terjalin komunikasi yang baik sehingga memberikan keuntungan timbal baik.

Faktor sosial lain yang sering menghambat pencegahan dan penanganan *fraud* adalah komunikasi yang kurang antara Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal dengan DPJP. Sebagian DPJP tidak bisa bekerjasama dalam kendali biaya dan kendali mutu. Kurang mampunya atau lemahnya sistem Pengendalian internal dan pengetahuan tentang *fraud* dapat menimbulkan kesempatan atau *opportunity* untuk melakukan tindakan tidak sesuai ketentuan yang berlaku, Tindakan kecurangan atau *fraud*.

c. Faktor Teknis

Kesulitan dilapangan yaitu jumlah dan waktu anggota Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal yang terbatas, karena di dalam tim tersebut masih melakukan pelayanan lainnya. Terbatasnya *coder* di RSU Gunung Sawo Temanggung hanya terdapat satu orang yang melakukan proses *coding* rawat jalan dan rawat inap, sehingga tidak dapat dilakukan *cross check*. Faktor lainnya apabila *coder* menemukan *coding* yang salah oleh DPJP, untuk merubah *coding* ke DPJP sangat sulit.

d. Faktor dari BPJS

BPJS Kesehatan memiliki pandangan bahwa pelaku *Fraud* hanya dari kalangan provider saja, sebenarnya mereka juga berpotensi melakukan *Fraud*. BPJS Kesehatan sering mengemukakan data temuan potensi-potensi *Fraud* yang telah dilakukan oleh provider fasilitas layanan kesehatan. Setelah berlangsung 2 periode program edukasi untuk staf BPJS Kesehatan, pola pikir berubah, *Fraud* berpotensi terjadi di lembaga mereka sendiri dan ada upaya pemberantasan *Fraud* internal.

Kegiatan pelaporan dugaan *fraud* di layanan kesehatan rumah sakit atau fasilitas layanan Kesehatan lainnya juga belum optimal karena ketiadaan sarana untuk melapor.

BPJS memiliki pengendalian intern kurang optimal yang menyebabkan proses klaim dapat dimanfaatkan oleh rumah sakit dengan melakukan *fraud* selain itu pihak BPJS tidak memiliki *internal control* baik kontrol secara berkala maupun rutin terhadap pelaksanaan klaim BPJS di lapangan. Rumah Sakit dapat membentuk Tim Pecegahan *Fraud* salah satu saran dari BPJS yang dapat membantu pihak BPJS untuk mengontrol proses klaim pasien BPJS, tetapi divisi anti *fraud* ini adalah orang-orang rumah sakit bukan orang-orang BPJS yang bekerja di Rumah sakit.

Kendala di RSUD Gunung Sawo Temanggung klaim yang sudah di verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan dan klaim yang sudah

dibayarkan, masih memerlukan waktu cukup lama adanya audit ulang yang berlaku surut diminta mengembalikan uang yang tidak sesuai *coding*.

e. Aspek Kultur / Budaya

Pengembangan budaya pencegahan telah diterapkan di RSUD Gunung Sawo Temanggung namun belum optimal. Adanya kecenderungan untuk memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien, belum ada pengembangan budaya pencegahan yang dilaksanakan secara terpadu sehingga berpotensi terjadinya *fraud*, namun dengan adanya budaya pencegahan ini dapat meminimalisir terjadinya *fraud*.

Penelitian menunjukkan pengembangan budaya pencegahan *fraud* ditemukan yaitu perbedaan persepsi dalam hal pengembangan budaya anti *fraud*, belum terciptanya kesadaran penuh seluruh staf untuk mencegah *fraud* dan menjalankan program anti *fraud*. Kegiatan yang bisa dilakukan untuk membangun budaya anti *fraud* adalah dengan sosialisasi tentang pencegahan kecurangan JKN.