

BAB IV

PENUTUP

UU No. 40 Tahun 2004 bahwa penyelenggaraan program jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk program jaminan kesehatan melalui suatu badan penyelenggara jaminan sosial yaitu BPJS Kesehatan. karena itu, setiap orang dapat mengakses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang layak, aman, bermutu dan terjangkau sesuai haknya.

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

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang dilakukan oleh penulis di RSUD Gunung Sawo Temanggung untuk mengetahui seberapa besar pengaruh pengendalian internal terhadap pencegahan dan penanganan *fraud*, maka dapat dikemukakan kesimpulan sebagai berikut:

A. SIMPULAN

1. Pengaturan pencegahan 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.

Beberapa peraturan perundang-undangan yang menjadi dasar hukum pencegahan kecurangan *fraud* dalam pelaksanaan jaminan kesehatan di RS yaitu Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang SJSN, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. Dalam semua peraturan tersebut dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan pengaturan pencegahan kecurangan *fraud* dalam pelaksanaan jaminan kesehatan harus dilaksanakan dan menjadi dasar implementasi di RSUD Gunung Sawo Temanggung.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan maka dapat disimpulkan bahwa bentuk pengaturan pencegahan kecurangan *fraud* dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung diturunkan dalam beberapa peraturan pelaksana yaitu 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. BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 mengatur Sistem Pencegahan Kecurangan. Peraturan ini memberikan mandat kepada RS harus melaksanakan pencegahan kecurangan, dengan dibentuknya Tim *Anti Fraud* dan Tim Verifikasi Internal.

Pelaksanaan implementasi di RSUD Gunung Sawo Temanggung sesuai dengan Pasal 5 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 yaitu identifikasi, pelaksanaan deteksi, evaluasi deteksi dini dan penyelesaian verifikasi internal serta pelaporan hasil deteksi untuk mengambil keputusan untuk penyelesaian masalah yang ada.

Tindak lanjut yang dilakukan oleh RSUD Gunung Sawo Temanggung pelaporan *Fraud* dengan deteksi dini. Saat ini jumlah laporan *Fraud* masih terbatas, sehingga menghambat proses deteksi potensi *Fraud*. Tantangan lain yang harus dihadapi oleh RSUD Gunung Sawo Temanggung dalam proses deteksi diantaranya terbatasnya SDM untuk mengolah data yang telah tersedia, sehingga tidak dapat dilakukan *cross check*

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

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa tujuan pembentukan pengaturan pencegahan kecurangan *fraud* dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Rumah Sakit yaitu :

- 1) Pengaturan tentang pencegahan kecurangan dalam pelaksanaan jaminan Kesehatan di rumah sakit yang dituangkan dalam UU No. 40 Tahun 2004, pelaksanaan program jaminan sosial wajib bagi seluruh masyarakat termasuk program jaminan kesehatan melalui suatu badan pemerintah yaitu badan penyelenggara jaminan sosial di rumah sakit untuk melaksanakan pelayanan Kesehatan bagi peserta BPJS.
- 2) Pengaturan tentang pencegahan 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 telah tersedianya Tim Anti Fraud dan Tim Verifikasi Internal di RSUD Gunung Sawo Temanggung, ditemukan 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* dalam pelaksanaan jaminan kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung dilakukan melalui beberapa tahap yaitu pembentukan Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal, penyusunan kebijakan, SOP, SPM, *clinical pathway*, pengembangan SDM, pelatihan *coding*, menyediakan *fingerprint*, pengawasan dan evaluasi dalam pelaksanaannya.

Berdasarkan hasil penelitian RS telah melaksanakan pencegahan dan penanganan *fraud* dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan tersebut ditunjukkan dengan adanya kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Fraud* yang dibuat untuk mengatur pencegahan *fraud* di RS. Kebijakan yang dibuat tersebut kemudian diterapkan oleh semua tim dalam pelaksanaan pencegahan *fraud* mengikuti SOP.

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

Pelaksanaan Kebijakan Penanganan *Fraud* di RSUD Gunung Sawo Temanggung dengan penerapan kebijakan pencegahan fraud dan pedoman pencegahan di Rumah Sakit, pelaksanaan pencegahan dalam penyelesaian terhadap fraud termasuk investigasi dan pelaporan perilaku kecurangan dengan penguatan peran dari pengawasan internal serta system pengendalian internal Rumah Sakit dalam pencegahan *fraud*, pelaksanaan manajemen resiko *fraud* dengan menetapkan rencana pengendalian resiko *fraud* dan sosialisasi kegiatan pencegahan *fraud* di Rumah Sakit.

Pelaksanaan kebijakan di RSUD Gunung Sawo Temanggung juga dilakukan dengan melakukan peningkatan kemampuan SDM di rumah sakit dengan dilakukan pelatihan tentang kaidah coding dan sosialisasi kepada yang terkait serta pelaksanaan pengawasan dan evaluasi kebijakan yang ada dan sesuai perundang-undangan.

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

Pelaksanaan pencegahan dan penanganan *fraud* di RSUD Gunung Sawo Temanggung tidak lepas dari peranan dan dukungan beberapa pihak terkait. Pihak yang berperan antara lain Direktur RS terkait dengan pembuatan dan penetapan kebijakan pencegahan dan penanganan *fraud*, Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal yang berperan dalam melaksanakan verifikasi dan audit internal sehingga mengurangi terjadinya *fraud*, dan tim medis yang berperan dalam kendali mutu dan kendali biaya.

Pelaksanaan pencegahan *fraud* di RSUD Gunung Sawo Temanggung berupa penetapan kebijakan, sistem serta prosedur yang dapat membantu tindakan yang diperlukan oleh direktur, Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal, manajemen, yang dapat memberikan efektivitas dan efisiensi operasi, keandalan laporan keuangan, serta kepatuhan terhadap hukum dan peraturan yang berlaku sesuai perundang-undangan.

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

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Gunung Sawo Temanggung dapat disimpulkan bahwa kendala yang mempengaruhi

pengecehan dan penanganan *fraud* dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung berupa faktor yuridis, faktor sosial dan faktor teknis. Faktor – faktor tersebut ada yang mendukung dan ada yang menghambat pelaksanaan pengecehan dan penanganan *fraud*. Faktor yuridis yang mendukung yaitu sudah ada kebijakan yang mengatur pengecehan dan penanganan *fraud* di RS berupa peraturan atau Keputusan Direktur, SOP, SPM, *clinical pathway*.

Faktor sosial yang mendukung pengecehan dan penanganan *fraud* dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung yaitu Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal sudah melaksanakan tugasnya dengan baik, 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. Sedangkan faktor sosial yang menghambat pengecehan 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. Hambatan yang sering terjadi adalah waktu yang tidak tepat untuk berkomunikasi.

Faktor sosial lain yang sering menghambat pengecehan 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.

Faktor teknis yang mendukung yaitu sudah adanya anggaran pengadaan *fingerprint* untuk memverifikasi pasien sesuai identitasnya. Faktor teknis yang menghambat 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 RSUD Gunung Sawo Temanggung hanya terdapat satu orang yang melakukan proses *coding* rawat jalan dan rawat inap. Faktor lainnya apabila *coder* menemukan *coding* yang salah oleh DPJP, untuk merubah *coding* ke DPJP sangat sulit

Kendala dari Faktor BPJS 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*.

Kendala dari Aspek Kultur / Budaya yaitu Pengembangan budaya pencegahan telah diterapkan di RSUD Gunung Sawo Temanggung namun belum optimal. Kegiatan yang dilakukan untuk membangun budaya anti *fraud* adalah dengan sosialisasi tentang pencegahan kecurangan JKN.

Berdasarkan kebijakan Tim Anti *Fraud* dan Tim Verifikasi Internal ditemukan bahwa pencegahan kecurangan sudah berjalan meskipun belum optimal. Program yang sudah berjalan yaitu dengan pengembangan pelayanan

Kesehatan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya serta pembentukan tim pencegahan kecurangan.

B. SARAN

Berdasarkan kesimpulan tersebut di atas, maka peneliti memberikan beberapa hal sebagai berikut:

1. Rumah Sakit

- a. Menyediakan *fingerprint* pasien untuk mencegah pasien menggunakan kartu pasien lain dan mengontrol kunjungan yang berulang
- b. Penambahan tenaga *coder* karena saat ini hanya terdapat satu orang yang melakukan proses *coding* rawat jalan dan rawat inap.
- c. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan *coder* sehingga mengalami peningkatan kompetensi dalam mengkodekan supaya dapat memberikan pelayanan yang lebih baik
- d. Sosialisasi ulang supaya dokter dan DPJP melakukan tindakan sesuai SOP, *clinical pathway* dan SPM
- e. Peningkatan kerjasama dengan DPJP dalam kendali biaya dan kendali mutu dengan diadakan pertemuan rutin dengan Komite Medis.
- f. Monitoring dan evaluasi tiap bulannya untuk mencegah terjadinya *fraud* di RS
- g. Tim Verifikator Internal dan Tim Anti *Fraud* melaksanakan tugasnya sesuai dengan yang tercantum dalam Peraturan dan Undang-Undang

- h. Laporan klaim BPJS dilakukan secara berkala setiap bulan ke Direktur supaya verifikasi internal berjalan secara optimal
- i. Dari hasil pertemuan rapat internal dengan tim *fraud*, dari direktur mengarahkan untuk pencegahan dan pengendalian kecurangan (*fraud*) sesuai dengan Permenkes No.16 tahun 2019 tentang Pencegahan *Fraud* Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada SJSN.
- j. Sosialisasi pencegahan kecurangan JKN ke seluruh karyawan untuk membangun budaya anti fraud dan mengembangkan budaya pencegahan telah diterapkan di RSUD Gunung Sawo Temanggung.

2. Masyarakat

- a. Masyarakat harus bekerjasama dengan RS untuk mewujudkan pencegahan *fraud*
- b. Masyarakat diharapkan menggunakan kartu peserta JKN-KIS sesuai dengan identitasnya

3. BPJS

- a. Verifikator BPJS dapat langsung memutuskan jika ada *coding* yang tidak sesuai
- b. Audit internal BPJS tidak berlaku surut dan dalam waktu yang lama.
- c. Berkas klaim dari Rumah Sakit yang sudah di verifikasi oleh verifikator

BPJS, tidak diaudit ulang dalam jangka waktu yang lama karena adanya audit pengembalian uang merugikan rumah sakit.

d. Melakukan edukasi ke masyarakat supaya menggunakan kartu sesuai identitasnya.

e. BPJS Memberikan sosialisasi hak dan kewajiban kepada peserta BPJS

