

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perkembangan sistem kesehatan nasional tidak lepas dari perkembangan sistem pembiayaan sebagai salah satu aspek subsistemnya. Perkembangan sistem pembiayaan dimulai dengan perubahan system pembayaran yang berlaku di masyarakat, baik di Indonesia maupun di luar negeri. Perubahan sistem pembayaran mempengaruhi pengembangan sistem, metode dan konsep pembiayaan dan pembayaran yang baru.

Rumah sakit di Indonesia untuk menentukan tarif ketika diberlakukan system Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah berdasarkan *Indonesia Case base Groups* atau INA-CBG's. *Case Base Group* adalah pengelompokan diagnosis penyakit yang berdasarkan grouping dari tarif itu sendiri, dengan demikian pemberian dan pemberlakuan tarif di rumah sakit pada pengelompokan tersebut dinamakan diagnosis asuransi. Sedangkan dokter-dokter di rumah sakit masih menggunakan diagnosis klinis tindakan dan sesuai dengan prosedur pemeriksaan dan hasil diagnosis medis. Hal tersebut memunculkan perbedaan ketentuan diagnosis dokter sebagai diagnosis klinis dan ketentuan diagnosis Badan penyelenggara jaminan kesehatan (BPJS) dalam grouping sebagai diagnosis asuransi. Apabila hal ini terus berlanjut, dapat mengarah pada *upcoding (fraud)* (Agiwahyunto & et al, 2016). *Fraud* merupakan salah satu tindakan curang, yang dilakukan sedemikian rupa, sehingga menguntungkan diri sendiri atau kelompok atau merugikan pihak lain (perorangan, perusahaan atau institusi). Dalam upaya pencegahan *fraud*, tentu tidak bias terlepas dari peran civitas rumah sakit. Salah satunya adalah perekam medis, yang dalam tugas dan perannya selalu berhubungan dengan berbagai catatan berisi data dan informasi terkait berbagai macam pelayanan yang sudah diberikan kepada pasien. Perekam medis pun mempunyai posisi yang berpotensi menyebabkan terjadinya *fraud*, sekaligus memiliki posisi strategis pula dalam upaya pencegahannya.

Literatur terkait terjadinya fraud rumah sakit di Indonesia sudah cukup banyak. Pada penelitian ini peneliti akan mengkaji dari penelitian-penelitian terdahulu sehingga mendapat kesimpulan dan informasi yang baru terkait potensi terjadinya fraud rumah sakit di Indonesia.

Verifikasi internal rumah sakit dan umpan balik (*feed back*) 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. Berdasarkan pembahasan dan kesimpulan di atas penulisan mengharapkan penelitian ini sebagai referensi tambahan dalam pencegahan dan penindakan terhadap penanganan *upcoding* di rumah sakit.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah “bagaimana potensi *fraud* dalam implementasi JKN di rumah sakit di Indonesia”

C. Tujuan Karya Tulis Ilmiah

1. Tujuan Umum

Mengetahui tinjauan terkait literature *fraud* rumah sakit di Indonesia

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui faktor-faktor penyebab terjadinya *fraud* rumah sakit di Indonesia yang melibatkan peran perekam medis.
- b. Mengetahui upaya yang dilakukan oleh perekam medis guna mencegah terjadinya *fraud* rumah sakit di Indonesia.