

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Kecurangan (*fraud*) dalam BPJS kesehatan perludilakukan pencegahan agar tidak menimbulkan kerugian. Dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan dalam sistem sitem jaminan sosial nasional, BPJS kesehatan, dinas kesehatan kabupaten / kota, dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yang bekerja sama dengan BPJS harus membangun sistem pencegahan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasiona (JKN) hal ini dinyatakan di dalam Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 pasal 7.

Pada prinsipnya *fraud* merupakan tindakan penipuan untuk mendapatkan keuntungan bagi pelaku *fraud* atau bagi pihak lain. *Fraud* pada Pemberian Pelayanan Kesehatan (PPK) disebabkan oleh ketidakpuasan pihak rumah sakit terhadap tarif INA CBG dan ketidaksiapan sistem Informasi teknologi rumah sakit. Selain itu, adanya motivasi mencari “keuntungan ekonomi” dapat membuat pelaku melakukan tindakan kecurangan (*fraud*) pada saat Pemberian Pelayanan Kesehatan (PPK). Rekam medis merupakan data yang kaya yang terdiri dari catatan-catatan data pasien yang dilakukan selama pelayanan kesehatan di rumah sakit. Adapun peran rekam medis ketika terjadinya tindak kecurangan / *fraud* antara lain:

- A. Penulisan kode diagnosis yang berlebihan /*upcoding*.
- B. Penjiplakan klaim dari pasien lain /*cloning*.
- C. Klaim palsu /*phantom billing*.
- D. Tagihan berulang /*repeat billing*.
- E. Memanipulasi kelas perawatan pasien.
- F. Memperpanjang lama rawat pasien, dan lain-lain.

Menurut Tatik Sri Hartati (2016) tindak terjadinya kecurangan / *fraud* bisa terjadi dimana saja dan kapanpun saja yang dilakukan oleh pihak yang berada didalam lingkup rumah sakit. Adapun beberapa bentuk kecurangan dan bentuk pencegahan yang ditemukan antara lain:

#### A. Petugas BPJS

1. *Fraud* yang dilakukan oleh pihak BPJS sebagai berikut:
  - a. Tidak memberikan definisi yang jelas tentang pelayanan satu episode.
  - b. Tidak memberikan bukti tertulis terhadap suatu penolakan diagnosis atau jenis pelayanan.
2. Bentuk pencegahan:
  - a. Membentuk tim untuk menyatukan pendapat atau mencari pedoman untuk mendapatkan jalan keluar terbaik sehingga tidak mengganggu prosedur pelayanan.
  - b. Apabila tidak menemukan titik temu maka pihak rumah sakit melaporkan secara tertulis kepada tim kendali mutu kendali biaya.

#### B. Peserta JKN

1. *Fraud* yang dilakukan oleh JKN:
  - a. Membuat pernyataan yang tidak benar dalam hal *eligibilitas* (memalsukan status kepesertaan) untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
  - b. Memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu dengan cara memalsukan kondisi kesehatan.
2. Bentuk pencegahannya:
  - a. Menambahkan persyaratan untuk menyertakan KTP dan kartu keluarga asli selain kartu JKN / KIS (Kartu Indonesia Sehat) dalam hal penerbitan surat *eligibilitas* peserta.
  - b. BPJS kesehatan melakukan wawancara dengan pasien maupun dengan keluarga pasien tentang kondisi kesehatan

pasien, sehingga kondisi pasien sesungguhnya dapat diketahui.

### C. Rumah Sakit

#### 1. *Fraud* yang dilakukan di rumah sakit:

- a. Penulisan diagnosis koding yang berlebihan /*upcoding* untuk mendapatkan jasa yang lebih tinggi.
- b. Pemecahan episode pelayanan.
- c. Merubah tanggal perawatan pasien rawat inap.

#### 2. Bentuk pencegahannya:

- a. Dalam melakukan pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat harus optimal.
- b. Dalam pemberian pelayanan harus sesuai dengan standar pelayanan minimal, pedoman pelayanan klinis, dan *clinical phatway*.

Berdasarkan hasil analisis dari semua jurnal yang diteliti dapat disimpulkan bahwa penyebab terjadinya tindak kecurangan yang dilakukan di setiap rumah sakit yang dilakukan oleh pihak-pihak terkait dikarenakan ketidakpuasan terhadap hasil yang sudah dicapai dan ingin mendapatkan keuntungan dari setiap celah yang ada di rumah sakit. Adapun faktor-faktor penyebab terjadinya dan bentuk pencegahan yang dilakukan oleh rumah sakit berdasarkan semua jurnal yang dianalisis antara lain:

#### A. Penyebab terjadinya *fraud* dari hasil analisis ketujuh jurnal:

1. Perbedaan koding antara pihak rumah sakit dan BPJS
2. Terjadinya kesalahan saat melakukan koding /*upcoding*
3. Pihak asuransi / pasien (pasien dengan sengaja mendatangi dua rumah sakit yang berbeda agar mendapatkan obat yang sama kemudian pasien menjual obat yang didapatkan ke toko obat)
4. Pihak asuransi (peserta asuransi mengajukan klaim tetapi dari pihak asuransi, pencarian klaim tersebut ditunda)

5. Pihak pemberi layanan kesehatan (memberikan kode diagnosis serta tindakan pelayanan yang lebih tinggi).
  6. Tagihan fiktif atas pemeriksaan dan tindakan yang tidak dilakukan oleh klinisi pihak rumah sakit.
  7. Melakukan pemondokan pasien atas indikasi yang tidak jelas.
  8. Mengelompokan diagnosis pasien dalam kelompok diagnosis dengan tarif yang lebih mahal.
  9. Upaya memperpanjang atau memperpendek lama rawat pasien sesuai dengan sistem klaim pembayaran jaminan kesehatan
  10. Koding suatu diagnosis yang tidak disertai dengan pemeriksaan penunjang.
  11. Menukar diagnosa utama dengan diagnosis sekunder begitupun sebaliknya.
  12. Memilih koding diagnosis yang tidak sesuai dengan kondisi seharusnya.
  13. Pemalsuan data berkas rekam medis
  14. Kecurangan laporan keuangan dalam bentuk *asset / revenue overstatement*
  15. Menduplikasi fungsi kartu BPJS kesehatan
- B. Bentuk pencegahan yang dilakukan:
1. Kesadaran, pelaporan, deteksi, investigasi dan pemberian sanksi / penindakan.
  2. Membuat aturan kepegawaian bagi petugas koding pada divisi atau bagian yang di sendirikan antara koding internal rumah sakit dan koding BPJS kesehatan
  3. Melakukan perbaikan *software*, selain itu pihak Rumah Sakit juga membuat badan independes bernama *clinical micro system*
  4. Mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik.
  5. Meningkatkan kemampuan dokter dan petugas lain yang berkaitan dengan klaim

Adapun temuan tindak terjadinya kecurangan / *fraud* yang melibatkan peran perekam medis di dalamnya berdasarkan hasil analisis 7 jurnal antara lain:

- A. Terjadinya kesalahan pada saat melakukan koding (*upcoding*).
- B. Perbedaan koding antara pihak rumah sakit dan BPJS.
- C. Melakukan pemondokan pasien dengan indikasi yang tidak jelas.
- D. Mengelompokan diagnosis pasien dalam kelompok diagnosis dengan tarif yang lebih mahal.
- E. Upaya memperpanjang atau memperpendek lama rawat pasien gangguan jiwa sesuai dengan sistem klaim pembayaran jaminan kesehatan
- F. Koding suatu diagnosis yang tidak disertai dengan pemeriksaan penunjang
- G. Menukar diagnosa utama dengan diagnosis sekunder begitupun sebaliknya.
- H. Memilih koding diagnosis yang tidak sesuai dengan kondisi seharusnya.
- I. Pemalsuan data berkas rekam medis.