

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan kesehatan merupakan hak dasar masyarakat yang wajib diselenggarakan oleh pemerintah dan telah dijelaskan dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Adanya kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial, Pemerintah menerbitkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang menyatakan bahwa prinsip pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional adalah kesetaraan (equity), mendapatkan akses pelayanan kesehatan serta efektif dan efisien dalam operasionalisasinya. SJSN merupakan terobosan strategis dalam mengatasi permasalahan akses pelayanan kesehatan yang diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta mempercepat pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) (Mitriza et al., n.d.).

Peraturan Presiden RI No. 111 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 6 menyatakan bahwa Kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan mencakup seluruh penduduk Indonesia. Di dalam UU SJSN diamanatkan bahwa seluruh penduduk wajib menjadi peserta jaminan kesehatan termasuk Warga Negara Asing (WNA) yang tinggal di Indonesia lebih dari enam bulan. Untuk menjadi peserta harus membayar iuran jaminan kesehatan. Bagi yang mempunyai upah atau gaji, besaran iuran berdasarkan persentase upah atau gaji yang dibayar oleh pekerja dan pemberi kerja. Bagi yang tidak mempunyai gaji atau upah besaran iurannya ditentukan dengan nilai nominal tertentu, sedangkan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu membayar iuran maka iurannya ditanggung oleh pemerintah.

Manfaat dalam Jaminana Kesehatan Nasional adalah faedah jaminan yang menjadi hak peserta dan anggota keluarganya. Manfaat Jaminan Kesehatan

Nasional (JKN) terdiri dari dua jenis, yakni manfaat medis berupa layanan kesehatan yang tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Paket manfaat yang diterima dalam program JKN bersifat komprehensif sesuai dengan kebutuhan medis. Manfaat yang diterima peserta JKN terdiri dari pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Termasuk pelayanan obat dan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis (Kemenkes, 2016).

Pola pembayaran yang diterapkan JKN di fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan (rumah sakit) adalah pembayaran prospektif. Pola pembayaran prospektif dikenal dengan casemix yaitu pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip atau sama dan penggunaan sumber daya atau biaya perawatan yang mirip atau sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan software grouper. Sistem casemix saat ini banyak digunakan sebagai dasar sistem pembayaran kesehatan di beberapa negara. Di negara Cina mulai menggunakan sistem casemix sejak tahun 2009, sebuah penelitian di Xianmen Cina membuktikan bahwa sistem casemix lebih tepat dalam memperkirakan estimasi pembiayaan sehingga membantu manajemen dalam mengendalikan biaya rumah sakit. Sistem casemix pertama kali dikembangkan di Indonesia pada tahun 2006 dengan nama INA-DRG (Indonesia-Diagnosis Related Group). Implementasi pembayaran dengan INA-DRG dimulai pada 1 September 2008 di 15 rumah sakit milik Kementerian Kesehatan RI, dan pada 1 Januari 2009 diperluas untuk seluruh rumah sakit yang bekerja sama menjadi penyedia pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas. Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG (Indonesia-Diagnosis Related Group) menjadi INA-CBG (Indonesia Case Base Group) (Iman et al., 2019).

Sumber data yang dientri ke dalam aplikasi INA-CBGs berasal dari rekam medis yang terangkum dalam resume medis yaitu data diagnosis dan tindakan atau prosedur, apabila diperlukan dapat dilihat dalam berkas rekam medis. Diagnosis utama adalah diagnosis yang ditegaskan oleh dokter pada akhir episode perawatan yang menyebabkan pasien mendapatkan perawatan atau pemeriksaan lebih lanjut termasuk diagnosis sekunder bersama tindakan dan penunjangnya, semua tercatat dalam rekam medis. Ketidaktepatan kodefikasi diagnosis untuk klaim JKN pada

aplikasi INA-CBGs dapat disebabkan oleh beberapa hal seperti ketidaklengkapan pengisian rekam medis pasien oleh dokter, atau kurangnya kompetensi koder atau petugas rekam medis dalam melakukan kodefikasi (Iman et al., 2019).

Dalam pekerjaannya koder memiliki kewenangan untuk melaksanakan sistem klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis sesuai terminologi medis yang benar berdasarkan Permenkes No 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Rekam Medis. Tugas bagian koding dalam penyelenggaraan rekam medis adalah mencatat dan meneliti kode penyakit dan diagnosis yang ditulis dokter, kode operasi dari tindakan medis yang ditulis dokter atau petugas kesehatan lainnya dan kode sebab kematian dari sebab kematian yang ditetapkan dokter. Berdasarkan Permenkes No 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional bahwa tugas dan tanggung jawab seorang koder adalah melakukan kodefikasi diagnosis dan tindakan atau prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien berdasarkan dengan ICD 10 untuk diagnosis dan ICD 9 CM untuk tindakan atau prosedur yang bersumber dari rekam medis pasien, apabila dalam melakukan pengkodean diagnosis atau tindakan atau prosedur koder menemukan kesulitan ataupun ketidaksesuaian dengan peraturan dalam pengkodean, maka koder harus melakukan klarifikasi dengan dokter. Pada saat koder tidak berhasil melakukan klarifikasi kepada dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP), maka koder menggunakan Rule MB1 sampai MB5 untuk memilih kembali kode diagnosis utama atau reseleksi. Hal ini mendukung pernyataan bahwa tugas koder meliputi mengkode diagnosis penyakit dan tindakan, grouping diagnosis dan tindakan ke grouper INA CBG (Susanti, 2018).

Pada pelaksanaan klaim Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS mengalami beberapa tantangan. Salah satunya adalah terjadinya tindakan yang berpotensi *fraud* (Mitriza et al., n.d.). *Fraud* atau perbuatan curang merupakan kesengajaan yang dilakukan untuk mendapatkan keuntungan finansial sehingga berpotensi merugikan negara dan menyebabkan mutu pelayanan kesehatan menurun (Sugiarti et al., 2022). Pada awal pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pemerintah banyak mendapatkan kritik dari berbagai pihak salah satunya berasal

dari provider, terutama manajemen rumah sakit. Perubahan sistem tarif dari fee for service menjadi pola INA CBGs yang dirasa kurang memadai, menjadi salah satu keluhan utama dan menjadi dasar “pembenaran” untuk melakukan *fraud*. Potensi *fraud* dalam layanan kesehatan semakin meluas karena adanya tekanan dari sistem pembiayaan yang baru berlaku, adanya kesempatan karena minim pengawasan serta ada pembenaran saat melakukan tindakan fraud (Mitriza et al., n.d.). Potensi *fraud* yang ditemukan di kelompok provider diantaranya adalah upcoding, inflated bills, service unbundling, no medical value dan standard of care (Djasri et al., 2016).

Hasil penelitian (Nurmalinda Puspitasari*, 2017), terdapat sebanyak 168 (33%) merupakan kode yang tidak tepat. Hasil penelitian lain mengenai kesalahan koding pada kasus gastroenteritis acute terdapat sebanyak 61 kasus (Karimah et al., 2016). Ketepatan pengodean diagnosis dan prosedur akan mempengaruhi ketepatan tarif pada software INA CBGs, ketika pengodean tepat serta penentuan diagnosis primer dan sekunder juga tepat, maka tarif paket INA CBGs yang muncul juga tepat sesuai dengan derajat keparahan (severity level) dari kode diagnosis dan prosedur. Namun ketika pengodean tidak tepat, mengakibatkan derajat keparahan yang tidak tepat, maka tarif INA CBGs yang munculpun tidak tepat pula, hal itu yang disebut upcoding atau undercoding (Mitriza et al., n.d.),

Berdasarkan survei yang dilakukan *Association of Certified Fraud Examiners (ACFE)* tahun 2022 bahwa *fraud* tertinggi didunia terdapat pada *Banking and financial services* sebesar 351 kasus, sedangkan *fraud* pada *Health Care* menempati urutan keempat sebesar 130 kasus, Indonesia menduduki peringkat keempat dengan jumlah kasus terbanyak dari 18 negara yang di survei (ACFE, 2022). Berdasarkan fenomena yang ada, tujuan dari penelitian ini adalah menelusuri potensi *fraud* dalam rekam medis melalui telusur keakuratan kode yang dapat mempengaruhi klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan serta mengidentifikasi upaya yang dapat dilakukan untuk mendeteksi potensi *fraud*.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran potensi *fraud* terhadap klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis potensi *fraud* terhadap klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi jenis-jenis *fraud* terhadap klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Mengidentifikasi faktor-faktor penyebab terjadinya *fraud* klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Mengidentifikasi metode deteksi *fraud* di fasilitas pelayanan kesehatan
4. Mengidentifikasi upaya pengendalian potensi *fraud* klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Untuk mengembangkan penelitian terdahulu mengenai potensi *fraud* terhadap klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan dan sebagai referensi bagi penelitian selanjutnya.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Manfaat Bagi Instansi

Sebagai bahan masukan dan pengembangan yang berkaitan dengan potensi *fraud* terhadap klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan yang nantinya dapat diterapkan di Indonesia untuk mencegah terjadinya *fraud* yang dapat menimbulkan kerugian negara.

b. Manfaat Bagi Penulis

- 1) Memperluas wawasan dan pandangan terhadap masalah *fraud* terhadap kodefikasi klinia di fasilitas pelayanan kesehatan.
- 2) Mengimplementasikan teori yang telah didapat selama perkuliahan dan sebagai latihan bagi peneliti sebelum memasuki dunia kerja dalam menganalisis sebuah permasalahan.