

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 LATAR BELAKANG

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan badan hukum perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup dengan layak yang berpegang pada asas: kemanusiaan, manfaat dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia (Presiden RI, 2011). Dalam UU No. 24 Tahun 2011 BPJS dibagi menjadi 2 yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan upaya memberikan perlindungan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Pelaksanaan JKN dimulai sejak 1 Januari 2014. Perlindungan yang diberikan JKN yaitu berupa pemeliharaan dan pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada peserta yang telah membayar iuran atau iuran yang dibayar pemerintah (Kemenkes RI, 2014).

Metode pembiayaan kesehatan di Indonesia terdiri dari 2 macam yaitu metode retrospektif dan metode prospektif. Pembayaran retrospektif yaitu pembayaran berdasarkan apa saja layanan kesehatan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan maka semakin tinggi biaya yang harus dibayar. Sedangkan metode pembayaran secara prospektif adalah pembayaran pelayanan kesehatan yang biayanya sudah ditentukan sebelumnya (Kemenkes RI, 2016).

Jaminan Kesehatan Masyarakat atau disingkat dengan Jamkesmas (program jaminan kesehatan sebelum JKN) menggunakan metode pembayaran prospektif dengan sistem *case based payment (Casemix)*. Sistem *Casemix* yaitu mengelompokkan diagnosa dan prosedur yang memiliki ciri klinis sama atau mirip dengan penggunaan sumber daya dan biaya yang sama atau mirip menggunakan *grouper* (Kemenkes RI, 2016). *Grouper* merupakan *software* yang digunakan untuk mengelompokkan kasus atau diagnosa pasien yang mirip ke dalam kelompok kasus atau diagnosa (Al-Junid et al., 2014).

Di Indonesia sistem *Casemix* pertama kali dikembangkan pada tahun 2006 yang dikenal dengan istilah *Indonesia Diagnosis Related Group* (INA-DRG). Seiring dengan perubahan *grouper* dari *3M Grouper* ke *United Nation University* (UNU) *Grouper*, INA-DRG menjadi INA-CBGs (*Indonesian Case Base Groups*). Dalam pelaksanaan JKN, pembayaran di FKRTL menggunakan sistem INA-CBGs (Kemenkes RI, 2016). Sistem pembayaran INA-CBGs menggunakan pengelompokan berdasarkan kodifikasi diagnosis dengan acuan ICD-10 Revisi Tahun 2010 dan untuk kodifikasi tindakan mengacu pada ICD-9 CM seperti yang telah diatur dalam Permenkes No 76 Tahun 2016 tentang Pedoman INA-CBGs (Kemenkes RI, 2016).

Sejak implementasi sistem JKN ini BPJS Kesehatan mengalami defisit. Menteri Keuangan Sri Mulyani memaparkan bahwa sejak tahun 2014 BPJS mengalami defisit dari tahun ke tahun. Pada tahun 2019 BPJS Kesehatan mengalami defisit sebesar Rp 13 triliun (Fauzia, 2020). Defisit yang dialami BPJS Kesehatan disebabkan oleh banyak faktor yang salah satunya yaitu *upcoding*. *Upcoding* merupakan tindakan kecurangan (*Fraud*) dengan menuliskan kode secara berlebih yang dilakukan dengan sengaja sehingga menghasilkan tarif yang lebih tinggi (Ritonga et al., 2020). Tindakan ini melanggar hukum. Permenkes No 16 Tahun 2019 menjelaskan bahwa salah satu tindakan kecurangan (*Fraud*) oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan) adalah memanipulasi diagnosa dan/atau tindakan untuk meningkatkan tarif klaim (Kemenkes RI, 2019).

Penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Provinsi Sumatera Barat menunjukkan dari 360 berkas rekam medis ditemukan 43 berkas yang terbukti *upcoding*. Dari hasil perhitungan kerugian rumah sakit yang disebabkan *upcoding* adalah 9% dari total pendapatan rumah sakit (Syafrawati et al., 2020). Demikian juga dari penelitian yang telah dilakukan di RSUD Menggala Tulang Bawang masih ditemukan tindakan kecurangan berupa *upcoding* untuk mendapatkan tarif yang lebih tinggi, pemecahan episode pelayanan (*service unbundling of fragmentation*), dan merubah tanggal perawatan pasien rawat inap (Hartati, 2016). Kemudian hasil

penelitian yang dilakukan di BPJS Kesehatan Cabang Ambon mencatat dari total 24.746 kasus ditemukan 697 kasus atau 2,81% terindikasi *upcoding* dengan potensi kerugian sebesar Rp.1.537.708.800,- (Abdullah, 2019). Penelitian lain di Rumah Sakit Umum Mohammad Noer Pamekasan juga menemukan terjadi kasus *upcoding* yaitu adanya peningkatan *severity level* pada kasus-kasus tertentu yang mengakibatkan kenaikan pembiayaan pelayanan kesehatan (Mandolang, 2019).

Dampak dari tindakan *upcoding* ini tidak hanya menimbulkan kerugian kepada BPJS tetapi juga menimbulkan kerugian pada kas negara (Nurdiyanti et al., 2017). Adanya tindakan kecurangan ini menyebabkan dana BPJS Kesehatan akan tersedot ke daerah yang lebih maju. Hal ini menyebabkan kemungkinan besar di provinsi-provinsi yang tidak memiliki tenaga dan fasilitas kesehatan yang memadai tidak akan optimal menyerap dana BPJS Kesehatan dan terjadi ketimpangan penyerapan dana secara geografis (Djasri et al., 2016).

Pada penelitian yang dilakukan di RSUD Menggala ditemukan bahwa salah satu upaya untuk mencegah terjadinya tindakan *upcoding* adalah dengan membentuk Tim Pencegahan *Fraud*. Tim tersebut terdiri dari Ketua Tim (Ketua Satuan Internal), Sekretaris (Kepala Bidang Pelayanan), dengan Anggota: Ketua Komite Medik; Perkam Medis; Koder; Ketua Komite Keperawatan. Jika terbukti adanya tindakan kecurangan maka dibuatkan laporan atau pengaduan secara tertulis yang kemudian diserahkan kepada Tim Pencegahan *Fraud*. Apabila dalam menetapkan ada tidaknya tindakan kecurangan JKN terdapat perselisihan pendapat, maka Dinas Kesehatan Provinsi atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat meneruskan pengaduan kepada Tim Pencegahan Kecurangan JKN yang dibentuk oleh Menteri (Hartati, 2016). Penelitian lain menyebutkan bahwa pengendalian potensi tindakan kecurangan di RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi adalah dengan melakukan efisiensi biaya, melakukan tindakan sesuai SOP dan *clinical pathway* serta memberikan pelatihan kepada koder terkait ketepatan koding (Mitriza & Akbar, 2019).

Menurut jurnal yang ada masih ditemukan tindakan kecurangan (*fraud*) berupa *upcoding* di rumah sakit. Berdasarkan hal tersebut, maka peneliti tertarik untuk melakukan studi terkait faktor penyebab terjadinya *upcoding* dalam pelaksanaan JKN dengan menggunakan metode *literature review*.

I.2 RUMUSAN MASALAH

Apa faktor penyebab terjadinya *upcoding* dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)?

I.3 TUJUAN

I.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui faktor penyebab terjadinya *upcoding* dalam pelaksanaan JKN.

I.3.2 Tujuan Khusus

- a) Mengetahui faktor internal penyebab terjadinya *upcoding* dalam pelaksanaan JKN
- b) Mengetahui faktor eksternal penyebab terjadinya *upcoding* dalam pelaksanaan JKN

I.4 MANFAAT

I.4.1 Manfaat Teoritis

Mendapat informasi lebih mendasar terkait faktor penyebab terjadinya *upcoding*.

I.4.2 Manfaat Praktis

- a) Manfaat bagi peneliti

Dapat memberikan manfaat sebagai cara pengaplikasian ilmu yang telah didapat selama perkuliahan

- b) Manfaat bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan dapat menjadi acuan dan bahan referensi penelitian terkait tindakan kecurangan dalam pelaksanaan JKN berupa tindakan *upcoding*.