

Implementasi Sistem Pencegahan Kecurangan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Wilayah Kota Prabumulih Pada Masa Pandemi Covid 19

Fadliana^{1*}, Arief Wisnu Wardhana², Cholidi Zainuddin³

¹⁻² Universitas Muhammadiyah Palembang, *e-mail*: lian.ummuaufa@gmail.com, ³ UIN Raden Fatah Palembang, *e-mail*: cholidi_uin@radenfatah.ac.id

Abstract: Fraud in financing of health insurance is alleged to have burdened the cost of health services. The government issued Permenkes 16 of 2019 concerning prevention and handling of fraud and administrative sanctions against fraud in the implementation of JKN in an effort to prevent fraud. However, there is still potential for fraud to increase with pandemic conditions. This research aims to determine the implementation of the JKN Claim and Covid-19 Claim fraud prevention system and forms of fraud at the Prabumulih City Hospital during the Covid. This research can be useful theoretically and practically both in the field of health law politics and used by the Government, BPJS Health and Hospitals in an effort to improve fraud prevention system. The research method is empirical research with primary data sources from interviews with Prabumulih City Health Office, Prabumulih City Health BPJS and 4 Hospitals in Prabumulih. Results of the study shown that implementation of the fraud prevention system for health services at Prabumulih City Hospital during Covid at the Health Service and BPJS Health KC Prabumulih was quite good, but in Prabumulih City Hospital needed to be improved. Forms of fraud that can occur during the Covid-19 Pandemic at the Prabumulih City Hospital are fee contributions to participants for the Covid-19 antigen screening examination, extending the length of treatment for Covid-19 claims, submitting repeated claims to both JKN and covid claims and use the identity of another participant by not using the finger print in the participant's eligibility check.

Keywords: Fraud Prevention, Health Insurance, Covid-19 Pandemic

Abstrak: Kecurangan pada pembiayaan jaminan Kesehatan disinyalir telah membebani biaya pelayanan Kesehatan. Pemerintah menerbitkan Permenkes Nomor 16 tahun 2019 tentang pencegahan dan penanganan kecurangan serta penerapan sanksi administrasi terhadap kecurangan dalam pelaksanaan program jaminan Kesehatan dalam rangka upaya mencegah terjadinya kecurangan. Namun masih terdapat potensi kecurangan yang meningkat dengan kondisi pandemi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui implementasi sistem pencegahan kecurangan Klaim JKN dan Klaim Covid-19 serta bentuk kecurangan di Rumah sakit Kota Prabumulih pada masa pandemi Covid-19. Penelitian ini dapat bermanfaat secara teoritis dan praktis baik

dalam bidang politik hukum Kesehatan dan digunakan oleh Pemerintah, BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit dalam upaya perbaikan sistem pencegahan kecurangan. Metode penelitian adalah penelitian empiris dengan sumber data primer dari wawancara dengan Dinas Kesehatan Kota Prabumulih, BPJS Kesehatan Kota Prabumulih dan 4 RS di Prabumulih. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Implementasi sistem pencegahan kecurangan pelayanan Kesehatan di RS Kota Prabumulih pada masa pandemi Covid 19 oleh Dinas Kesehatan dan BPJS KC Prabumulih sudah cukup baik, namun implementasi sistem pencegahan kecurangan oleh RS wilayah Kota Prabumulih perlu ditingkatkan. Bentuk kecurangan yang dapat terjadi dalam masa Pandemi Covid-19 di Rumah Sakit Kota Prabumulih adalah iur biaya untuk pemeriksaan screening antigen Covid-19, memperpanjang lama rawatan klaim Covid-19, mengajukan klaim berulang baik ke JKN maupun klaim covid dan menggunakan identitas peserta lain dengan tidak digunakannya finger print dalam pemeriksaan eligibilitas peserta.

Kata kunci: Pencegahan Kecurangan, Jaminan Kesehatan, Pandemi Covid-19

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. BPJS Kesehatan bertugas untuk melaksanakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang implementasinya dimulai pada tanggal 1 Januari tahun 2014. *Universal Health Coverage* masuk dalam komitmen *Sustainable Goal* pada 2030. (*New Perspectives on Global Health Spending for Universal Health Coverage Global Report, 2018*) Kecurangan (*Fraud*) pada pembiayaan jaminan Kesehatan disinyalir telah membebani biaya pelayanan Kesehatan (Djasri et al., 2016). *Fraud* dalam jaminan kesehatan didefinisikan sebagai sebuah tindakan untuk mencurangi atau mendapat manfaat program layanan kesehatan dengan cara yang tidak sepatutnya (Taufik, 2014). Pada tahun 2019, pemerintah menerbitkan Permenkes No. 16 tahun 2019 tentang pencegahan dan penanganan kecurangan serta penerapan sanksi administrasi terhadap kecurangan dalam pelaksanaan program jaminan Kesehatan dimana implementasi terhadap PMK 16 dirasa masih stagnan dan perlu optimalisasi tim pencegahan kecurangan (Anjayani, 2021).

Tahun 2020, munculnya pandemik Coronavirus disease (Covid 19) telah menjadi masalah kesehatan di setiap Negara atau mendunia (Lino Ximines Belo et al., 2021). BPJS Kesehatan ditugaskan dalam melakukan verifikasi klaim biaya penggantian pelayanan Kesehatan Covid-19 yang dibiayai dari APBN oleh Kementerian Kesehatan selain melakukan tugasnya melakukan verifikasi klaim JKN sebagai pengelola program JKN. Kebutuhan sumber pembiayaan yang lebih tinggi, sistem pencegahan kecurangan yang terkendala serta pemikiran bahwa fasilitas kesehatan merupakan garda terdepan pada masa pandemik ini sehingga seharusnya mendapat insentif yang lebih pada masa pandemik membuat fasilitas Kesehatan khususnya di Rumah Sakit sangat rentan terjadi *fraud* akibat terpenuhinya situasi yang penuh tekanan, dorongan serta rasionalisasi atas kecurangan yang dilakukan (Adisasmito, 2016).

BPJS Kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus membangun sistem pencegahan Kecurangan melalui penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan; pengembangan budaya pencegahan Kecurangan; pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya; pembentukan tim pencegahan Kecurangan.

Sesuai Permenkes 16 Tahun 2019, telah terbentuk tim pencegahan kecurangan baik di BPJS Kesehatan KC Prabumulih, Dinas Kesehatan Kota Prabumulih maupun di RS. Tim Pencegahan Kecurangan ini bertugas untuk melakukan pencegahan kecurangan dengan sosialisasi terkait kecurangan dan analisis serta deteksi potensi kecurangan serta tindak lanjut jika terjadi kecurangan. Pada tahun 2019 terdapat 1 kasus yang ditindaklanjuti sampai dengan Dinas Kesehatan Kota Prabumulih, sedangkan pada hasil verifikasi, verifikasi paska klaim serta audit administrasi klaim terdapat potensi biaya pelkes terselamatkan 1-2 milyar pertahun.

Ditemukan pada masa pandemi selain masih terdapatnya keluhan iur biaya dan pembatasan layanan terdapat juga keluhan pemeriksaan covid 19 yang diterima oleh BPJS Kesehatan KC Prabumulih. Iur biaya atau tambahan biaya pada peserta JKN terjadi baik karena adanya obat yang disampaikan tidak dijamin JKN maupun pemeriksaan covid19 kepada peserta yang seharusnya tidak ada tambahan biaya kepada peserta. Selain itu masih ditemukannya *unbundling* pelayanan rawat inap dan rawat jalan yang tetap ditagihkan Rumah Sakit, serta penagihan ke klaim covid dan klaim JKN sekaligus atas peserta yang sama tanpa terpenuhinya unsur komorbid, atau komplikasi atau koinsidens pada kasus tersebut (Kementrian Kesehatan RI, 2020).

Menurut Lawrence M. Friedman, efektif dan berhasil tidaknya penegakan hukum tergantung tiga unsur sistem hukum (Friedman, 2019), yakni struktur hukum (*struktur of law*), substansi hukum (*substance of the law*) dan budaya hukum (*legal culture*). Pada masa pandemi dengan ditemukannya potensi kecurangan baru (Bell et al., 2021), implementasi sistem pencegahan kecurangan yang ada apakah terkendala akibat struktur hukum, substansi hukum maupun budaya hukum yang belum mengakomodir efektifnya penegakan hukum pada kecurangan.

Berdasarkan uraian di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana implementasi sistem pencegahan kecurangan pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Kota Prabumulih pada masa pandemi Covid 19 serta apa saja bentuk kecurangan yang dapat terjadi pada pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit pada masa pandemi Covid 19?

METODE

Penelitian yang dilakukan menggunakan penelitian hukum empiris dengan metode pendekatan kasus dan perundang-undangan, baik perilaku verbal yang didapat dari data primer berupa wawancara maupun perilaku nyata yang dilakukan melalui pengamatan langsung dalam berlakunya suatu perundang-undangan yang dilaksanakan oleh pihak-pihak yang berwenang (Muhaimin, 2020),

atau pihak-pihak yang terkait dengan hal ini yaitu Tim Pencegahan Kecurangan baik di Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan dan 4 Rumah Sakit wilayah kota Prabumulih.

Untuk pengumpulan data, dilakukan wawancara dengan pihak tersebut di atas berdasarkan Peraturan Presiden nomor 82 Tahun 2018, Permenkes 16 Tahun 2019, Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 dan Peraturan terkait pengajuan klaim baik JKN maupun klaim covid.

Sifat penelitian merupakan penelitian deskriptif kualitatif. Setelah data-data diperoleh maka dilakukan analisis data implementasi sistem pencegahan kecurangan yang telah dikumpulkan secara tekstual, lalu dikonstruksikan secara kualitatif, untuk selanjutnya dilakukan pembahasan secara deskriptif dan ditarik suatu kesimpulan. (Ali, 2021)

HASIL

Sistem Pencegahan Kecurangan Di Rumah Sakit Kota Prabumulih Oleh Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan Dan Rumah Sakit.

Sistem Pencegahan Kecurangan Oleh Dinas Kesehatan Kota Prabumulih

Dinas Kesehatan Kota Prabumulih melakukan Sosialisasi regulasi dan budaya yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya pada pelayanan kesehatan dalam bentuk monitoring, supervisi dan evaluasi ke Fasyankes secara rutin maupun insidental dengan sasarannya petugas di fasyankes. Dalam rangka meningkatkan budaya pencegahan Kecurangan Tim anti *fraud* Dinas Kesehatan Kota Prabumulih berdasarkan sk tim nomor 800/20.0/KPTS/KES/2021 melakukan kegiatan evaluasi ke petugas fasyankes dan evaluasi ke peserta JKN terutama Peserta PBI saat pendaftaran peserta. Tim anti *Fraud* Dinkes Kota Prabumulih mendorong pelaksanaan tata Kelola klinis di FKTRL sesuai dengan regulasi yang ada dan penerapan regulasi dengan ikut dalam proses kredensialing bersama BPJS kesehatan, visitasi peningkatan mutu FKTRL, monitoring evaluasi pelayanan, pemenuhan sarana prasarana di RSUD dan peningkatan mutu pelayanan dengan sasaran tim dan petugas RS.

Pada Tahun 2020, ada laporan perihal kecurangan yang dilakukan salah satu RS swasta dalam hal pengklaiman pelayanan, upaya deteksinya dengan wawancara, observasi lapangan dan deteksi berkas. Potensi kecurangan dalam hal ini meningkatkan klaim yang pelayanannya bukan dilakukan oleh RS tersebut melainkan fasyankes lain dibawah naungan RS. Upaya penyelesaiannya oleh Tim anti *Fraud* Dinas Kesehatan Kota Prabumulih dengan cara musyawarah dengan pihak BPJS dengan pihak RS, membuat Berita Acara Kesepakatan untuk penyelesaian pengembalian dana. Dalam upaya pencegahan kecurangan di Kota Prabumulih selama masa pandemi, dilakukan secara daring. Menurut Dinas Kesehatan Kota Prabumulih, regulasi yang sudah ada saat ini cukup mampu menguatkan upaya pencegahan dan penanganan kecurangan karena sudah mengakomodir sanksi administratif terhadap pelaksanaan program JKN, namun belum terdapat pengaturan terhadap bentuk kecurangan baru yang terjadi selama masa pandemi (wawancara, 10 Oktober 2022)

Sistem Pencegahan Kecurangan Oleh BPJS Kesehatan KC Prabumulih

KC Prabumulih melaksanakan implementasi sistem pencegahan kecurangan sejak pelaksanaan seleksi Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama sesuai dengan Permenkes 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional. Namun pada masa pandemi terdapat kendala proses seleksi, dimana menggunakan surat pernyataan komitmen ijin operasional dan surat pernyataan komitmen mutu pengganti Surat Izin Operasional dan Sertifikat Akreditasi berdasarkan diskresi oleh Kementerian Kesehatan melalui Surat Edaran Nomor Hk.02.01/Menkes/455/2020 Tentang Perizinan Dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Dan Penetapan Rumah Sakit Pendidikan Pada Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19). Dalam proses kredensialing maupun rekredensialing pun dilakukan secara daring ataupun *hybrid* dalam rangka pencegahan penularan. Untuk memastikan standar pelayanan tetap terjaga, dilakukan monitoring evaluasi secara berkala terhadap syarat mutlak dan syarat teknis dengan bersurat dan berkoordinasi dengan RS maupun Dinas Kesehatan terkait izin operasional RS.

Dalam pembuatan perjanjian kerja sama dengan RS dilakukan kesepakatan dengan RS untuk membuat komitmen untuk mematuhi ketentuan yang terkait dengan program Jaminan Kesehatan, termasuk kewajiban untuk memberikan layanan Kesehatan sesuai standar dan tidak melakukan pungutan biaya di luar ketentuan kepada peserta serta pembuatan komitmen dengan Faskes untuk tidak menerima gratifikasi dari Peserta. KC Prabumulih telah melaksanakan evaluasi dan umpan balik terhadap indikator kepatuhan Fasilitas Kesehatan terhadap ketentuan yang diatur dalam perjanjian kerja sama dengan umpan balik setiap triwulan dalam rangka memastikan FKRTL melakukan peningkatan upaya pelayanan Kesehatan kepada peserta dan mematuhi kewajiban upaya pencegahan kecurangan.

KC Prabumulih telah melakukan sosialisasi upaya pencegahan Kecurangan kepada Fasilitas Kesehatan secara rutin serta melakukan umpan balik terkait keluhan peserta, surat pernyataan bahwa klaim telah diperiksa dari potensi kecurangan yang mungkin terjadi oleh tim pencegahan kecurangan FKRTL, dan verifikasi paska klaim rutin serta audit administrasi klaim rutin ke FKRTL sebagai bentuk deteksi dini kecurangan di rumah sakit. Upaya lainnya dengan pendampingan ke RS yang memiliki data utilisasi anomali sehingga terdapat perbaikan pengajuan klaim.

KC Prabumulih telah menjalankan proses digitalisasi pelayanan, pemastian eligibilitas peserta dan klaim yang diajukan melalui implementasi *finger print* serta mengimplementasikan sistem berbasis digital untuk validasi klaim dan audit klaim sesuai otomasi dan pengembangan sistem informasi yang dapat mendeteksi Kecurangan yang dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan.

KC Prabumulih juga telah patuh pada penerapan tata kelola administrasi Klaim dan administrasi data yang baik antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan yang dituangkan dalam Perjanjian Kerjasama, terdapat pengecekan bukti eligibilitas peserta, pemastian adanya

resume medis sebagai dasar pembayaran klaim yang dilengkapi kelengkapan klaim lainnya sebagai syarat pengkodean kode tertentu dalam rangka menjamin akuntabilitas dan kebenaran penagihan.

Pelaksanaan verifikasi paska Klaim dan atau Audit administrasi Klaim pada tagihan di Fasilitas Kesehatan secara rutin dan berkesinambungan dilakukan oleh KC Prabumulih. Pada Tahun 2021 telah diselamatkan sebanyak Rp. 1,6 Milyar biaya pelayanan Kesehatan dari hasil verifikasi paska klaim dan audit administrasi klaim rutin oleh BPJS Kesehatan KC Prabumulih. Bentuk kelebihan pembayaran yang dikembalikan oleh Rumah Sakit, dari kekeliruan pengkodean, irisan pelayanan, kekeliruan penagihan tagihan obat, dan episode pelayanan.

Dari hasil pelaksanaan telaah utilisasi pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan secara rutin dan berkesinambungan oleh KC Prabumulih juga telah dilakukan umpan balik kepada FKRTL setiap bulan dan perbaikan saat verifikasi klaim sehingga didapatkan 3,8 Milyar potensi kekeliruan penagihan terselamatkan. Saat masa pandemi, umpan balik dilakukan melalui surat evaluasi dan pertemuan secara daring.

KC Prabumulih melakukan monitor dan evaluasi terhadap ketersediaan obat dan alat kesehatan berbasis keluhan peserta dan informasi dari *whistle blower*. Keluhan terhadap obat kosong atau obat yang diresepkan di luar oleh FKRTL segera ditindaklanjuti agar peserta memperoleh pengobatan sesuai dengan haknya. Jika memang terdapat kendala pengadaan terhadap obat tertentu dari distributor obat, dapat diberikan obat substitusi dan atau dikoordinasikan ke fasilitas Kesehatan rujukan yang tersedia.

Selama masa perjanjian Kerjasama pada masa pandemi ditemukan beberapa potensi kecurangan yang terjadi di beberapa Rumah Sakit Kota Prabumulih, antara lain terdapat jenis kecurangan baru selain jenis kecurangan yang terdapat dalam jenis kecurangan pada permenkes 16 Tahun 2019, antara lain terdapat penagihan klaim covid ke program JKN, terdapat penagihan biaya pemeriksaan covid ke peserta JKN (ditemukan keluhan pada 1 RS), terdapat pemanjangan hari rawat pada klaim covid (data klaim pending covid), dan penggantian kriteria peserta dalam klaim covid untuk mendapatkan klaim yang lebih tinggi (ditemukan 1 kasus yang dilaporkan ke tim anti *fraud* dan eskalasi ke Kantor Pusat). Langkah-langkah yang dilakukan dalam upaya pencegahan kecurangan, sejak awal pandemi melakukan sosialisasi dan evaluasi rutin terhadap teknis penagihan klaim covid oleh FKRTL, menerbitkan surat kepada FKRTL terkait tidak diperkenankannya menarik biaya pemeriksaan covid kepada peserta maupun keluarga peserta dalam mengakses layanan JKN, melakukan verifikasi klaim covid dan JKN sesuai standar petunjuk teknis, dan berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan jika terindikasi adanya potensi kecurangan. Laporan yang muncul tentu saja tidak bisa memastikan tidak terjadinya kecurangan yang tidak dilaporkan khususnya terkait biaya yang dibebankan kepada peserta JKN (Wawancara, 18 Oktober 2022)

Sistem Pencegahan Kecurangan Oleh Rumah Sakit Wilayah Prabumulih

Terdapat 4 narasumber Rumah Sakit di Kota Prabumulih, terdiri dari 1 Rumah Sakit pemerintah dan 3 Rumah Sakit milik swasta. Dari 4 Rumah Sakit yang terdapat di Kota Prabumulih, seluruhnya telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Untuk Tim Pencegahan Kecurangan Rumah Sakit, semua Rumah Sakit telah memiliki Surat Penetapan atau surat keputusan penetapan tim pencegahan kecurangan Rumah Sakit. Namun masing-masing memiliki variasi terkait struktur tim dan tugas dari tim pencegahan kecurangan yang tercantum dalam Surat Keputusan. Terdapat RS yang tidak memiliki acuan pembentukan tim pencegahan kecurangan yang ada di Rumah Sakit, masih ditemukan Rumah Sakit yang mengacu pada Permenkes 36 Tahun 2015 yang sebenarnya sudah tidak berlaku lagi setelah Permenkes 16 Tahun 2019 terbit.

Berdasarkan permenkes 16 Tahun 2019, sistem pencegahan kecurangan yang dibangun di FKRTL terbagi menjadi 4 garis besar. Yang pertama terkait penerapan kebijakan pencegahan Kecurangan dan pedoman pencegahan di Rumah Sakit. Pada pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance* semua RS memiliki Penetapan kewenangan dan uraian tugas tenaga kesehatan dan non-kesehatan, penetapan dan penerapan *Standard Operational Procedure* (SOP) klinis, dan penetapan prosedur internal untuk pengajuan klaim dalam bentuk SOP pengajuan klaim. Hampir semua RS telah menjalankan upaya pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap kecurangan dengan meningkatkan ketaatan terhadap SOP dan meningkatkan kemampuan koder melalui pelatihan dan edukasi coding yang benar. Namun masih belum tersedia aplikasi atau sistem yang dimiliki oleh RS dalam pengaduan dan pelaporan pelaku kecurangan, belum terdapat koordinasi dengan staf klinis dalam rangka memastikan diagnosa primer dan sekunder, belum terdapat edukasi dan pemberian pemahaman tentang langkah-langkah pencegahan dan penenaan sanksi Kecurangan kepada tenaga medis. Selain itu, hampir semua Rumah Sakit di Kota Prabumulih belum sepenuhnya menjalankan upaya manajemen risiko kecurangan.

Yang kedua terkait pengembangan budaya pencegahan kecurangan. Seluruh Rumah Sakit telah memiliki penetapan kode etik profesi dan standar perilaku pegawai RS. Namun hanya 1 RS yang terdapat penandatanganan pakta integritas untuk seluruh pegawai RS termasuk unsur pimpinan RS secara rutin. Pelaksanaan edukasi budaya anti *fraud* kepada seluruh pegawai RS dan Peserta di RS juga tidak dilaksanakan secara rutin. RS juga hanya mengikuti sosialisasi yang diberikan oleh BPJS Kesehatan dan belum secara rutin melakukan kegiatan sosialisasi kepada semua petugas di Rumah Sakit.

Yang ketiga dengan pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya. Semua RS telah membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya secara rutin. Namun penguatan tugas dan fungsi tim kendali mutu dan kendali biaya belum dilaksanakan secara optimal. Belum semua RS memiliki kelengkapan sampai dengan *clinical pathway* meskipun sudah memiliki standar

pelayanan dan pedoman pelayanan klinis. Hanya 1 RS yang melaksanakan audit klinis dan *utilization review* (UR) secara periodik. Semua RS belum melaksanakan analisis data klaim dan juga belum adanya proses monitoring dan evaluasi kinerja tim kendali mutu dan kendali biaya.

Sistem yang terakhir dengan pembentukan tim pencegahan kecurangan dalam program JKN serta optimalisasi tugasnya. Terdapat 2 RS yang tim pencegahan kecurangannya melakukan deteksi dini kecurangan yang dilakukan oleh RS, dan hanya 1 RS yang meneruskan dugaan kecurangan kepada pengawas internal. 2 RS telah rutin melaksanakan sosialisasi kebijakan, regulasi, dan budaya baru yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya serta mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik dalam bentuk sosialisasi dan rapat. Dalam pelaksanaan tugas untuk meningkatkan kemampuan koder, serta dokter dan petugas lain yang berkaitan dengan klaim 4 RS dilaksanakan oleh pihak manajemen, bukan oleh tim pencegahan kecurangan. Selain itu semua tim pencegahan kecurangan RS belum melaksanakan tugas monitoring dan evaluasi pelaksanaan pencegahan Kecurangan dan pelaporan pelaksanaan pencegahan Kecurangan.

Dalam wawancara dengan RS ditanyakan juga apakah tim PK RS pernah menemukan potensi kecurangan oleh peserta dan oknum pegawai Rumah sakit di Rumah Sakit, dari 4 Rumah Sakit ada 1 RS menyampaikan bahwa terdapat kasus pungutan liar dan diberikan Surat Peringatan kepada oknum tersebut. Selain itu dalam pertanyaan terkait apakah pasien JKN dilakukan pemeriksaan antigen Covid-19 sebelum dirawat di RS dan siapa yang membiayai biaya pemeriksaan tersebut, begitu juga dengan pemeriksaan terhadap keluarga peserta yang menemani pasien di RS, semua RS menyatakan jika peserta dilakukan pemeriksaan antigen Covid dan biaya ditanggung oleh RS. Sedangkan terkait keluarga yang menemani hanya 1 RS yang memberikan informasi bahwa dilakukan pemeriksaan antigen dan biaya dibebankan kepada pasien, sedangkan 3 RS lain tidak menerapkan prosedur pemeriksaan antigen covid untuk keluarga yang menemani.

Dalam pertanyaan terkait kendala upaya pencegahan kecurangan di Rumah Sakit, disampaikan 1 RS berasal dari *moral hazard* oknum dan adanya campur tangan politis, sehingga dimungkinkan adanya potensi kecurangan terjadi. Pada 3 RS lain menyatakan tidak terdapat kendala (Wawancara, 10-18 Oktober 2022)

Jenis Potensi Kecurangan Di RS Kota Prabumulih Pada Masa Pandemi Covid-19

Berdasarkan dari hasil wawancara dengan ketiga pihak yaitu Dinas Kesehatan kota Prabumulih, BPJS Kesehatan cabang Prabumulih dan Rumah Sakit dapat diperoleh beberapa potensi kecurangan yang terjadi pada masa pandemi namun dapat juga terjadi sebelumnya, antara lain iur biaya diluar ketentuan, penagihan kelas perawatan tidak sesuai berupa pasien dirawat pada kelas yang lebih rendah dari haknya tetapi ditagihkan sesuai hak kelas, pemecahan episode pelayanan berupa pasien dirawat inap pada kurun waktu tertentu lalu dipulangkan dan diminta mengulang alur dirawat sebagai peserta JKN, pasien dirawat inap kemudian dibuat secara administrasi pulang dan dibuat

episode penagihan baru seolah-olah pasien pulang dan kembali ke RS, penagihan episode RITL-RJTL, RJTL-RJTL tidak sesuai ketentuan, penagihan episode rawat inap padahal dirawat kurang dari 6 jam pelayanan.

Pada penagihan obat, RS menagihkan obat yang telah ditagihkan pada Apotek PRB serta pengentrian jumlah obat kronis lebih dari jumlah obat yang diberikan kepada peserta. Terdapat diagnosa dan tindakan yang biayanya ditagihkan lebih tinggi dari prosedur yang dikerjakan, pemeriksaan prosedur tanpa adanya indikasi medis, pemeriksaan canggih kepada peserta tanpa melalui tahapan dari panduan praktik klinis, pengobatan/pemeriksaan tidak sesuai pemberian kewenangan, Memalsukan data dan/atau Identitas Peserta untuk memperoleh pelayanan Kesehatan, kecurangan oleh peserta dengan menggunakan identitas lain dapat terjadi ditambah pada kondisi pandemi, dimana identifikasi menggunakan *finger print* tidak dilakukan pada kondisi pandemi sehingga dapat terjadi penggunaan identitas JKN orang lain.

Selain itu juga terdapat potensi jenis kecurangan baru yaitu biaya antigen sebagai skrining ditagihkan ke pasien, penagihan pasien covid pasca episode perawatan Covid ke JKN, menagihkan klaim koinsiden tanpa tindakan pada klaim JKN, tagihan yang telah ditagihkan pada klaim covid, ditagihkan juga di klaim JKN serta kecurangan oleh peserta dengan menggunakan identitas lain dapat terjadi ditambah pada kondisi pandemi tidak dilakukan pengecekan eligibilitas dengan *finger print*. Terdapat juga penagihan pasien Covid-19 yang tidak dirawat di ruangan isolasi, penambahan diagnosa komorbid dan atau komplikasi pada pasien Covid yang tidak sesuai ketentuan, kriteria peserta jaminan Covid tidak sesuai ketentuan (secara medis terkait kriteria ringan yang dirawat baik pada pembiayaan dengan hari rawat maupun dengan tarif INACBG's maupun laboratoris dimana tidak dilakukan pemeriksaan PCR) dan penagihan klaim Pasien Covid yang dirawat lebih lama dari standar perawatan isolasi covid (Wawancara, 10-18 Oktober 2022).

PEMBAHASAN

Implementasi Sistem Pencegahan Kecurangan Di RS Kota Prabumulih Pada Masa Pandemi Covid-19

Berdasarkan teori sistem hukum dan hasil wawancara dengan para pemangku kepentingan dalam upaya pencegahan kecurangan di RS kota Prabumulih, baik Dinas Kesehatan Kota Prabumulih, BPJS Kesehatan KC Prabumulih dan 4 Rumah Sakit Kota Prabumulih bahwa efektif dan berhasil tidaknya penegakan hukum tergantung tiga unsur sistem hukum, yakni struktur hukum (*struktur of law*), substansi hukum (*substance of the law*) dan budaya hukum (*legal culture*).

Struktur hukum terdiri dari lembaga hukum yang ada dimaksudkan untuk menjalankan perangkat hukum yang ada (Friedman, 2019). Secara sistem hukum dalam upaya pencegahan kecurangan, dalam implementasi sistem hukum pada pencegahan kecurangan, secara penanganan

dalam permenkes 16 tahun 2019 terdapat sanksi administratif pada kecurangan yang melakukan pengawasan dan pemberi sanksi antara lain Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tergantung pihak yang melakukan kecurangan. Dalam hal kecurangan yang terdapat di RS Kota Prabumulih adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Prabumulih. Dalam penyelesaian kasus yang terdapat di RS Kota Prabumulih, hasil penanganan berupa pengembalian kelebihan pembiayaan. Selain sanksi administratif dalam penanganan kecurangan, sebenarnya tidak menghapus sanksi pidana sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Namun struktur hukum di Indonesia, baik di level nasional, seperti KPK, maupun di kota Prabumulih dari hasil wawancara dengan Tim Pencegahan Kecurangan baik di Dinas Kesehatan maupun BPJS Kesehatan, belum terdapat penanganan kasus terkait kecurangan di Rumah Sakit.

Dari sisi pencegahan, struktur hukum yang terlibat merupakan tim pencegahan kecurangan baik di Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan KC Prabumulih dan Rumah Sakit Kota Prabumulih, dalam struktur yang ada, beberapa tim pencegahan kecurangan belum memahami peran dan tanggung jawab secara optimal dan sesuai dengan tujuan dibentuknya tim tersebut, terutama di Rumah Sakit.

Pada substansi hukum yang ada, dalam regulasi sejak Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019, Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020, masih mengatur terkait sanksi administratif yang dikenakan kepada pelaku kecurangan, sedangkan terkait sanksi pidana dapat dikenakan sesuai unsur-unsur pidana yang ditemukan sesuai dengan hukum dan regulasi yang ada. Sampai dengan saat ini, pada masa pandemi covid maupun sebelumnya terkait kecurangan dalam jaminan Kesehatan nasional pada Rumah Sakit belum terdapat kasus yang masuk ke ranah pidana dan melibatkan aparat penegak hukum. Dari wawancara yang dilakukan dengan BPJS Kesehatan proses mediasi pernah hampir diupayakan dalam penyelesaian kasus salah satu Rumah Sakit yang sudah masuk ke tim pencegahan kecurangan, namun belum terjadi proses tersebut, sengketa telah terselesaikan. Substansi hukum yang ada dalam sistem pencegahan kecurangan pada Rumah Sakit saat ini memuat upaya yang dilakukan dalam rangka membangun sistem pencegahan kecurangan untuk dilaksanakan oleh tiap pihak dalam prosesnya, namun belum dapat mengikat terutama pihak Rumah Sakit untuk menjalankan sistem tersebut.

Secara Budaya Hukum, dapat diketahui dari apa yang telah dilakukan manajemen dan tim pencegahan kecurangan Rumah Sakit Kota Prabumulih terutama bahwa di Rumah Sakit Kota Prabumulih belum memiliki pemahaman yang sama bahwa kecurangan merupakan suatu hal yang harus diupayakan dicegah dan budaya pemakluman terhadap upaya mendapatkan biaya lebih di luar ketentuan. Hal ini tergambar dari wawancara dengan Rumah Sakit belum adanya program khusus dan rencana kerja rutin dari tim pencegahan kecurangan di Rumah Sakit.

Jika berdasarkan teori perbuatan melawan hukum (Fuady, 2017), dengan tidak optimalnya RS dalam melaksanakan implementasi sistem pencegahan kecurangan di RS, dapat menimbulkan perbuatan melawan hukum baik karena kesengajaan, kelalaian maupun tanpa kesalahan yang diakibatkan belum optimalnya upaya pencegahan dan internalisasi pemahaman pegawai RS terhadap jenis kecurangan. Bukan tidak mungkin manajemen RS harus menanggung pengembalian kerugian, denda bahkan ancaman pidana dari kecurangan yang dilakukan oleh oknum RS karena Manajemen RS yang melakukan kontrak (Subekti, 2015) dengan BPJS Kesehatan serta direktur RS juga menandatangani surat tanggung jawab mutlak pada setiap pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan. Dengan adanya pertanggungjawaban mutlak ini, direktur RS bertanggung jawab atas pelanggaran yang dilakukan karena sengaja maupun tidak sengaja dan tidak diperkirakan (Kelsen, 2019).

Bentuk Kecurangan Yang Dapat Terjadi Pada Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit Pada Masa Pandemi Covid-19

Dari hasil penelitian didapatkan potensi bentuk kecurangan yang hanya dapat terjadi pada masa Pandemi Covid-19 yaitu pada klaim JKN antara lain biaya antigen sebagai skrining ditagihkan ke pasien, penagihan pasien covid pasca episode perawatan Covid ke JKN, menagihkan klaim koinciden tanpa tindakan pada klaim JKN, tagihan yang telah ditagihkan pada klaim covid, ditagihkan juga di klaim JKN serta kecurangan oleh peserta dengan menggunakan identitas lain dapat terjadi ditambah pada kondisi pandemi, dimana identifikasi menggunakan finger print tidak dilakukan sehingga dapat terjadi penggunaan identitas JKN orang lain.

Sedangkan potensi bentuk kecurangan pada Klaim Covid antara lain pasien Covid-19 tidak dirawat di ruangan isolasi tetapi masih ditagihkan, pada pasien Covid menambahkan diagnosa komorbid dan atau komplikasi padahal masuk dalam bagian gejala pasien covid, kriteria Peserta Jaminan Covid tidak sesuai ketentuan (secara medis terkait kriteria ringan yang dirawat baik pada pembiayaan dengan hari rawat maupun dengan tarif INACBG's maupun laboratoris dimana tidak dilakukan pemeriksaan PCR) dan penagihan klaim Pasien Covid yang dirawat lebih lama dari standar perawatan isolasi covid.

Jika dilihat dari teori dari Cressey tentang teori *fraud triangle* (Adisasmito, 2016), yaitu faktor pertama terjadinya *fraud* berupa tekanan (*pressure*) permasalahan finansial yang dialami pelaku, dimana pada kondisi Covid-19 Rumah Sakit memiliki tambahan tekanan finansial (Bilotta et al., 2020) dimana biaya operasional yang dibutuhkan untuk kebutuhan APD dan kebutuhan operasional pemberlakuan protokol kesehatan, perubahan shift kerja tenaga medis dan administrasi, biaya rutin pemeriksaan antigen dan PCR pegawai RS, serta berkurangnya kunjungan pasien ke RS menyebabkan RS dapat melakukan kecurangan dalam rangka bertahan akibat tekanan finansial yang

meningkat. Pandemi Covid juga diduga meningkatkan potensi penyalahgunaan berbagai sektor seperti korupsi dalam pengadaan dan penyalahgunaan dana covid (Teremetskyi et al., 2021).

Kemudian faktor kedua yaitu adanya kesempatan pelaku untuk melakukan tindakan kecurangan dapat terjadi jika implementasi sistem pencegahan kecurangan di RS kota Prabumulih masih belum optimal serta belum adanya ketentuan yang mengatur kecurangan pada jaminan klaim covid. Meskipun dalam jaminan pembiayaan klaim covid telah dilakukan verifikasi yang baik oleh BPJS Kesehatan hasil audit oleh BPKP sebanyak 4 kali sejak Tahun 2020, masih cukup tingginya klaim dispute (Tahun 2020: 1.314 kasus dari 2.592 pengajuan, Tahun 2021: 1697 kasus dari 5.560 pengajuan, Tahun 2022: 387 kasus dari 1.498 kasus) di Kota Prabumulih menunjukkan jika BPJS Kesehatan Kota Prabumulih tidak teliti dan akuntabel dalam melaksanakan verifikasi klaim covid, kecurangan dapat saja terjadi. Selain itu model pembiayaan klaim covid yang dihitung per hari dan besaran tarif Covid yang cukup besar dan menarik memberi kesempatan bagi pelaku untuk meningkatkan biaya klaim.

Faktor ketiga adalah rasionalisasi atau pembenaran dari pelaku atas tindakan kecurangan yang dilakukan dapat terjadi karena RS telah memberikan pelayanan kepada peserta dan sedang terjadi kondisi darurat karena wabah meskipun terdapat rambu ketentuan penagihan yang dilanggar yang mengakibatkan potensi kerugian baik oleh pasien maupun dana jaminan Covid dan atau Dana Jaminan Sosial. Sedangkan jika menurut teori *Fraud Scale*, terdapat faktor integritas diri sebagai faktor yang dapat mengurangi potensi kecurangan (Albrecht, 2012) yang dibutuhkan dengan optimalisasi tim pencegahan kecurangan.

SIMPULAN

Implementasi sistem pencegahan kecurangan pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Kota Prabumulih oleh Dinas Kesehatan dan BPJS Kesehatan KC Prabumulih sudah diupayakan sesuai dengan ketentuan dalam permenkes 16 Tahun 2019 meskipun terdapat beberapa kendala pada masa pandemi Covid 19. Sementara sistem pencegahan kecurangan pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit masih belum diimplementasikan dengan baik oleh RS kota Prabumulih. Pertemuan tim pencegahan kecurangan lebih pada rutinitas pembahasan kasus klaim dengan biaya Rumah Sakit yang lebih besar dan belum ada upaya-upaya efektif dalam sosialisasi bentuk-bentuk kecurangan dan upaya preventif lainnya serta tindak lanjut hasil potensi kecurangan yang ditemukan. Tidak semua anggota tim pencegahan kecurangan Rumah Sakit paham tugas dan tanggung jawabnya dalam memastikan sistem pencegahan kecurangan berjalan, dan adanya konflik kepentingan dari tim pencegahan kecurangan rumah sakit dimana terdapat potensi keuntungan baik oleh individu maupun rumah sakit yang didapat jika terdapat kecurangan.

Ditemukan juga bentuk potensi kecurangan baru yang terjadi dalam masa Pandemi Covid-19 di Rumah Sakit Kota Prabumulih adalah biaya antigen sebagai skrining ditagihkan ke pasien, penagihan klaim covid tidak sesuai standar ruang rawat dan standar perawatan, penagihan pasien covid pasca episode perawatan Covid ke JKN, penagihan diagnosa komorbid, komplikasi dan koinsiden tidak sesuai ketentuan, memperpanjang hari rawat pada penagihan klaim Pasien Covid dan penyalahgunaan penggunaan identitas oleh peserta.

Rekomendasi untuk Dinas Kesehatan dan KC Prabumulih agar berkoordinasi dalam hal monitoring dan evaluasi bahkan memastikan pelaksanaan sistem pencegahan kecurangan oleh tim pencegahan kecurangan rumah sakit serta intensif dalam membahas upaya pencegahan jenis kecurangan baru antara lain dengan sosialisasi kepada masyarakat tentang kecurangan dan berupaya membangun substansi hukum di Kota Prabumulih terkait tindak lanjut penyelesaian kecurangan yang dapat membuat efek sadar, paham dan jera bagi potensi kecurangan

Bagi Manajemen Rumah Sakit dan Tim Pencegahan Kecurangan Rumah Sakit harus dilakukan optimalisasi upaya pemenuhan kewajiban implementasi sistem pencegahan kecurangan kepada seluruh jajaran RS. Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan KC Prabumulih serta Manajemen Rumah Sakit agar bersama membuat pernyataan anti *fraud* dan mempublikasikan secara terbuka dan membuat rencana kerja dalam memasifkan perluasan pemahaman seluruh pihak termasuk peserta.

DAFTAR RUJUKAN

- Adisasmito, W. (2016). *Analisis Pengaruh Dimensi Fraud Triangle Dalam Kebijakan Pencegahan Fraud Terhadap Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUP Nasional Cipto Mangunkusumo*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.7454/eki.v1i2.1871>
- Albrecht, W. (2012). *Fraud Examination* (4th ed.). Cengage Learning.
- Ali, Z. (2021). *Metode Penelitian Hukum*. Sinar Grafika.
- Anjayani, D. (2021). Analisis Kebijakan dan Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 pada Program Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 1(2), 81–94. <https://doi.org/10.53756/jjkn.v1i2.37>
- Bell, G. A., Stacy, W., & Stacy Miller, W. (2021). Fraud in the Pandemic: How COVID-19 Affects Qui Tam Whistleblowers and The False Claims Act. In *Campbell Law Review* (Vol. 43). <https://scholarship.law.campbell.edu/clr>
- Bilotta, C., Zerbo, S., Perrone, G., Malta, G., & Argo, A. (2020). The medico-legal implications in medical malpractice claims during Covid-19 pandemic: Increase or trend reversal? *Medico-Legal Journal*, 88(1 suppl), 35–37.

- Djasri, H., Rahma, P. A., Eva, D., Hasri, T., Kebijakan, P., Kesehatan, M., & Kedokteran, F. (2016). *Korupsi dalam Pelayanan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional: Kajian Besarnya Potensi dan Sistem Pengendalian Fraud*. <https://doi.org/https://doi.org/10.32697/integritas.v2i1>
- Friedman, L. M. (2019). *Sistem Hukum: Perspektif Ilmu Sosial*. Nusamedia.
- Fuady, M. (2017). *Perbuatan melawan hukum : pendekatan kontemporer*. Citra Aditya Bakti.
- Kelsen, H. (2019). *Teori Hukum Murni: Dasar-dasar Ilmu Hukum Normatif*. Nusa Media.
- Kementrian Kesehatan RI. (2020). *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease*. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit .
- Lino Ximines Belo, D., Diah Wahyuningsih, C., Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Poiltik Program Studi Ilmu Administrasi Publik, A., & Faklutas Ilmu Sosial Dan, D. (2021). *ANALISIS KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN PADA MASA PENDEMI COVID 19 (Studi Kasus Di Puskesmas Ngesrep Kota Semarang)*.
- Muhaimin. (2020). *Metode Penelitian Hukum*. Mataram University Press.
- New Perspectives on Global Health Spending for Universal Health Coverage Global report*. (2018). <http://apps.who.int/bookorders>.
- Subekti. (2015). *Hukum Perjanjian: Vol. XVIII*. Intermasa.
- Taufik, A. (2014). *Fraud dalam Asuransi Kesehatan*. Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia.
- Teremetskyi, V., Duliba, Y., Kroitor, V., Korchak, N., & Makarenko, O. (2021). Corruption and strengthening anti-corruption efforts in healthcare during the pandemic of Covid-19. *The Medico-Legal Journal*, 89(1), 25–28. <https://doi.org/10.1177/0025817220971925>