

**LEMBAGAKETAHANAN NASIONAL
REPUBLIK INDONESIA**



**EFEKTIVITAS PENGELOLAAN DAN PENGENDALIAN
PENYALAHGUNAAN KLAIM PADA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN
NASIONAL (JKN-KIS)**

Oleh:

EDY SURLIS

NOMOR PESERTA: 027

**KERTAS KARYA ILMIAH PERSEORANGAN (TASKAP)
PROGRAM PENDIDIKAN REGULER ANGKATAN (PPRA) LXI
LEMHANNAS RI
TAHUN 2020**

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb.

Dengan memanjatkan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa serta atas segala rahmat dan karunia-Na, penulis sebagai salah satu peserta Program Pendidikan Reguler Angkatan (PPRA) LXI telah berhasil menyelesaikan tugas dari Lembaga Ketahanan Nasional Republik Indonesia sebuah Kertas Karya Ilmiah Perseorangan (Taskap) dengan Judul : **“MENINGKATAN EFEKTIVITAS PENGELOLAAN KLAIM DAN PENGENDALIAN PENYALAHGUNAAN PADA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) “**

Penentuan Tutor dan judul taskap ini didasarkan oleh Keputusan Gubernur Lembaga Ketahanan Nasional Republik Indonesia Nomor 81 Tahun 2020 tanggal 8 Juni 2020 tentang Pengangkatan Tutor Taskap kepada para peserta PPRA LXI untuk menulis Taskap dengan memilih judul yang telah ditentukan oleh Lemhannas RI.

Pada kesempatan ini, perkenankanlah Penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada **Bapak Gubernur Lemhannas RI Bapak Letjen TNI (Purn) Agus Widjojo** yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti PPRA LXI di Lemhannas RI tahun 2020. Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada Pembimbing atau Tutor Taskap kami yaitu **Bapak Dr. Ir. Mochammad Yunus M.Eng** dan **Tim Penguji Taskap** serta semua pihak yang telah membantu serta membimbing Taskap ini sampai terselesaikan sesuai waktu dan ketentuan yang dikeluarkan oleh Lemhannas RI.

Penulis menyadari bahwa kualitas Taskap ini masih jauh dari kesempurnaan akademis, oleh karena itu dengan segala kerendahan hati mohon adanya masukan guna penyempurnaan naskah ini.

Besar harapan penulis agar Taskap ini dapat bermanfaat sebagai sumbangan pemikiran penulis kepada Lemhannas RI, termasuk bagi siapa saja yang membutuhkannya.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberikan berkah dan bimbingan kepada kita semua dalam melaksanakan tugas dan pengabdian kepada Negara dan bangsa Indonesia yang kita cintai dan kita banggakan.

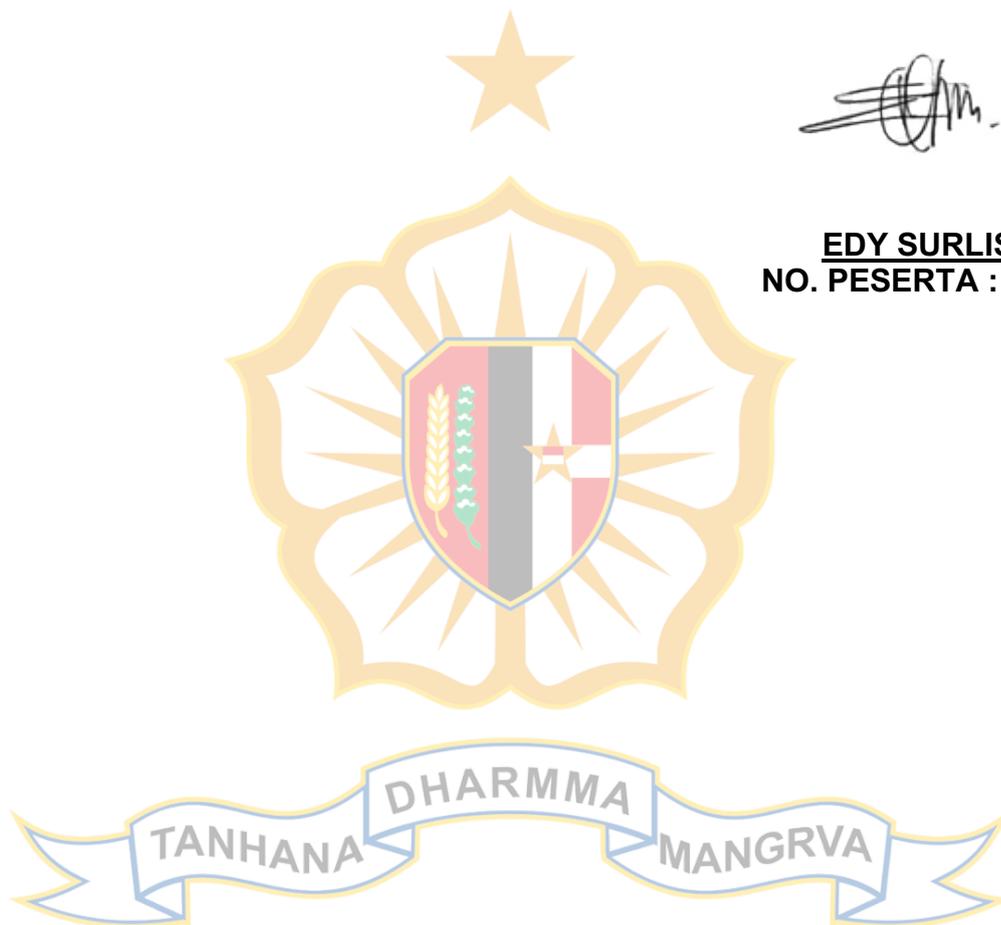
Sekian dan terima kasih. Wassalamualaikum Wr. Wb.

Jakarta, September 2020

Penulis



EDY SURLIS
NO. PESERTA : 027



PERNYATAAN KEASLIAN

1. Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Edy Surlis, S.kom, AAAK

Jabatan : Asisten Deputi Strategi, Perencanaan dan Pengembangan
TI

Instansi : BPJS Kesehatan

Alamat : JL. Penegak 6A nomor 9 Rt.016 Rw.03, 13140

Sebagai peserta Program Pendidikan Reguler Angkatan (PPRA) LXI
Tahun 2020 menyatakan bahwa :

- a. Kertas Karya Ilmiah Perseorangan (TASKAP) yang saya tulis adalah asli.
- b. Apabila ternyata sebagian atau seluruhnya ulisan Taskap ini terbukti tidak asli atau plagiasi, maka saya bersedia dinyatakan tidak lulus pendidikan.

2. Demikian pernyataan keaslian ini dibuat untuk dapat digunakan seperlunya.


Jakarta, September 2020

Penulis



EDY SURLIS
NO. PESERTA : 027

LEMBAGA KETAHANAN NASIONAL
REPUBLIK INDONESIA

KATA PENGANTAR.....	I
PERNYATAAN KEASLIAN.....	II
DAFTAR ISI.....	III

BAB 1 PENDAHULUAN

1. Latar Belakang	1
2. Rumusan Masalah.....	3
3. Maksud dan Tujuan	4
4. Ruang Lingkup dan Sistematika	4
5. Metode dan Pendekatan.....	5
6. Pengertian	6

BAB II LANDASAN PEMIKIRAN

7. Umum	7
8. Peraturan dan Perundangan Terkait	8
9. Landasan Teori.....	12
10. Data Fakta.....	13
11. Pengaruh Lingkungan Strategis	18

BAB III PEMBAHASAN

12. Umum	24
13. Pengelolaan Klaim Program JKN di Rumah Sakit dari Aspek Pelaksanaan.....	29
14. Pengendalian Penyalahgunaan Klaim Program JKN-KIS.....	42

BAB IV PENUTUP

15. Simpulan.....	50
16. Rekomendasi.....	50

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR LAMPIRAN

1. ALUR PIKIR
2. DAFTAR GAMBAR
3. DAFTAR RIWAYAT HIDUP

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Dalam amandemen kedua Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945, khususnya Pasal 28 H ayat 1,2,3, Pasal 34 ayat 2 dan 4 jika dirangkaikan secara bebas, maka ketentuan-ketentuan itu menegaskan bahwa negara menjamin setiap orang mendapatkan hak serta kemudahan atas pelayanan kesehatan dan jaminan sosial melalui pengembangan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat. Implementasi dari amanah atas program jaminan sosial tersebut diwujudkan melalui Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sebagai pelaksana program di bentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) melalui Undang Undang nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024¹. Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk peningkatan kualitas serta daya saing sumber daya manusia (SDM) yaitu SDM yang sehat dan cerdas, adaptif, inovatif, terampil, dan berkarakter melalui peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta. Hal ini diwujudkan dengan memperkuat Program Jaminan Kesehatan Nasional - Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS).

Program JKN-KIS merupakan salah satu program Pemerintah yang paling dirasakan manfaatnya oleh penduduk Indonesia berdasarkan hasil survei Alvara *Research Center* berjudul "Laporan Survei Pilpres 2019: Ketika Pemilih Semakin Mengkristal"². Dalam hasil studi lainnya pada 2016, Lembaga Penyelidikan Ekonomi dan Masyarakat Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Indonesia (LPEM FEB UI), Program JKN-KIS telah menyelamatkan 984 ribu sampai dengan 1,18 juta orang (2015) dan 990 ribu

¹ Pemerintah RI, Lampiran I Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024, hal 143.

² Gatra.com, <https://www.gatra.com/detail/news/400573-Survei-Pilpres-2019-Sebut-Kartu-Indonesia-Sehat-Jadi-Program-Favorit> diunduh Minggu, 3 Mei 2020

sampai dengan 1,16 juta orang (2016) dari jurang kemiskinan akibat membayar biaya pelayanan kesehatan. Tak hanya itu, Program JKN-KIS juga telah melindungi kurang lebih 15 juta penduduk miskin dari risiko terjatuh ke dalam kondisi kemiskinan yang lebih parah³.

Keberhasilan Program JKN-KIS bukan berarti tidak terdapat tantangan dalam penyelenggaraannya. Setiap tahunnya nilai pembayaran klaim pelayanan kesehatan ke rumah sakit terus meningkat dari Rp 42,66 triliun di tahun 2014 menjadi Rp 94,30 triliun di tahun 2018⁴. Rasio antara pembayaran klaim dan penerimaan iuran selalu melebihi dari 100% selama 6 (enam) tahun implementasi Program JKN-KIS⁵. Hal ini sangat mempengaruhi kondisi likuiditas Dana Jaminan Sosial (DJS). Dampak dari rendahnya likuiditas DJS akan menimbulkan efek domino terhadap kemampuan BPJS Kesehatan dalam membayar klaim rumah sakit dan mengganggu *cash flow* keuangan rumah sakit yang pada akhirnya dapat berdampak pada menurunnya mutu pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit kepada Peserta JKN-KIS. Tingginya pembiayaan yang terjadi juga tidak lepas dari hilangnya hambatan finansial bagi masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan pasca implementasi program JKN-KIS, dibuktikan dengan besarnya akses pelayanan/kunjungan ke rumah sakit.

BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara Program JKN-KIS merupakan pembeli layanan kesehatan dari fasilitas kesehatan yang bekerjasama melalui satu kontrak kerja. Sekitar 80-90% pasien yang ada di rumah sakit merupakan peserta BPJS Kesehatan. Rumah sakit dituntut harus dapat mengelola klaim BPJS Kesehatan dengan memenuhi standar mutu pelayanan, yaitu mutu medik, mutu non-medik dan mutu dokumen. Dengan banyaknya klaim yang harus dikelola oleh Rumah Sakit, berpotensi terjadinya kesalahan bahkan dapat menimbulkan perselisihan (*dispute*) dalam proses penetapannya menjadi persyaratan pembayaran klaim, hal ini sering dikeluhkan oleh pihak

³ Teguh Dartanto Dkk. 2017. '*Dampak Program JKN-KIS Terhadap Kemiskinan*'. Jakarta: Lembaga Penyelidikan Ekonomi Dan Masyarakat Fakultas Ekonomi Dan Bisnis Universitas Indonesia,32-33

⁴ BPJS Kesehatan, 2018, *Laporan Keuangan tahun 2018*

⁵ *ibid*

rumah sakit sebagai faktor yang mempengaruhi keterlambatan pembayaran klaim rumah sakit oleh BPJS Kesehatan

Besarnya pembiayaan pelayanan kesehatan ke rumah sakit yang dikeluarkan BPJS Kesehatan serta pengelolaan klaim yang berbasis kasus (case base) berpotensi terhadap penyalahgunaan/kecurangan. Untuk mencegah terjadinya potensi terhadap penyalahgunaan/kecurangan pada program JKN-KIS, Kementerian Kesehatan telah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 16 tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan, yang merupakan tindak lanjut dari penugasan tim bersama penanganan kecurangan dalam program JKN yang terdiri dari Kementerian Kesehatan, Komisi Pemberantasan Korupsi dan BPJS Kesehatan⁶. Pengelolaan klaim pelayanan kesehatan sejatinya telah memanfaatkan sistem teknologi informasi dan diharapkan dapat mencegah terjadinya potensi penyalahgunaan/kecurangan yang menyebabkan inefisiensi dalam pembiayaan pelayanan kesehatan, namun dalam pelaksanaannya masih ditemukan adanya permasalahan pada tata kelola klaim. Selain dari sisi sistem, potensi penyalahgunaan/kecurangan juga disebabkan belum optimalnya pengawasan dan pencegahan baik dari rumah sakit, BPJS Kesehatan serta regulasi implementasi program JKN-KIS yang dapat berdampak pada kerugian negara.

2. Rumusan Masalah

Berdasarkan pembahasan pada Bab Latar Belakang di mana terdapat potensi penyalahgunaan/kecurangan klaim pada implementasi Program JKN-KIS khususnya pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan, maka rumusan masalah yang muncul dan akan dianalisis dalam TASKAP ini adalah **“Bagaimana Meningkatkan Efektivitas Pengelolaan Klaim dan Pengendalian Penyalahgunaan Pada Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN-KIS)”**.

⁶ Keputusan Bersama Kementerian Kesehatan, Komisi Pemberantasan Korupsi dan BPJS Kesehatan no HK.03.01/menkes/347/2017, no SPJ-121/01-55/07/2017, no 245 tahun 2017 tentang tim bersama penanganan kecurangan dalam program JKN-KIS

Adapun selanjutnya untuk menyelesaikan secara sistematis maka disusun beberapa pertanyaan sebagai berikut ini:

1. Bagaimana pengelolaan klaim dalam Program JKN-KIS dari aspek pelaksanaan?
2. Apakah pengendalian penyalahgunaan klaim dapat mengatasi inefisiensi Dana Jaminan Sosial Program JKN-KIS?

3. Maksud dan Tujuan

Maksud penulisan TASKAP ini untuk memberikan gambaran atas permasalahan yang dihadapi dalam implementasi Program JKN-KIS serta analisis dan rekomendasi, sehingga dapat dirumuskan kebijakan, strategi dan upaya dalam mengatasi inefisiensi DJS yang dikelola BPJS Kesehatan.

Sedangkan tujuan dari penulisan TASKAP adalah sebagai sumbangan pemikiran dan masukan kepada pihak-pihak terkait terutama bagi pembuat kebijakan serta pelaksana atas program-program kegiatan, agar dapat mengatasi inefisiensi DJS melalui pengelolaan dan pengendalian klaim guna menjaga kesinambungan Program JKN-KIS.

4. Ruang Lingkup dan Sistematika

a. Ruang Lingkup

Pada tulisan ini, akan dibahas upaya mengatasi inefisiensi dana jaminan sosial yang dikelola BPJS Kesehatan melalui perbaikan pengelolaan klaim, serta pengendalian penyalahgunaan yang di fokuskan pada tindakan deteksi, pengawasan dan pencegahan penyalahgunaan/kecurangan pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Penjelasan mengenai ruang lingkup ini diharapkan dapat memperjelas pokok bahasan yang dibahas, serta tidak melebar dari pokok bahasan tersebut.

b. Sistematika

Guna menggambarkan ruang lingkup TASKAP, maka sistematika penulisan adalah sebagai berikut:

- 1) **Bab I. Pendahuluan**, berisi pendahuluan yang membahas singkat terkait kondisi serta lingkungan strategis yang mempengaruhi pelaksanaan Program JKN-KIS. Berikut adalah rumusan masalah yang akan dianalisa pada bab-bab berikut, Maksud dan Tujuan, Metode dan Pendekatan, serta beberapa Pengertian dan istilah yang digunakan dalam TASKAP.
- 2) **Bab II. Landasan Pemikiran**, pada bagian ini akan diuraikan tentang kondisi umum, peraturan dan perundangan yang terkait dengan masalah sebagai landasan operasional, selanjutnya akan disampaikan landasan teori, data dan fakta serta pengaruh lingkungan strategis dalam menganalisa permasalahan.
- 3) **Bab III. Pembahasan**, bab ini akan membahas uraian umum tentang bagaimana Implementasi Program JKN-KIS serta implikasinya, serta analisis dalam penyelesaian permasalahan Inefisiensi Dana Jaminan Sosial khususnya terkait pengelolaan dan pengendalian klaim.
- 4) **Bab V. Penutup**, bab ini merupakan kesimpulan yang merupakan rekomendasi kepada pihak-pihak terkait

5. Metode dan Pendekatan

a. Metode

Penyusunan kertas karya perorangan (TASKAP) ini menggunakan metode deskriptif analitis secara komprehensif berdasarkan pada penyajian data, fakta maupun informasi yang berkaitan dengan materi permasalahan, sekaligus analisis yang didasarkan pada tinjauan kepustakaan (*library research*) dan sumber informasi lainnya.

b. Pendekatan

Penyusunan kertas karya perorangan (TASKAP) ini menggunakan perspektif kepentingan nasional dalam penyelenggaraan Program JKN-KIS, dengan analisis multi disiplin ilmu sesuai dengan landasan teori yang digunakan (dijelaskan pada Bab 2. Landasan Teori).

6. Pengertian

- a. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial⁷ yang selanjutnya disingkat BPJS
- b. Dana Jaminan Sosial atau yang disingkat menjadi DJS adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial⁸.
- c. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKRTL adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus⁹.
- d. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat nonspesialistik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/ atau pelayanan kesehatan lainnya¹⁰
- e. Kecurangan (*fraud*) adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja, untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan¹¹
- f. Tarif *Indonesian - Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada

⁷ Republik Indonesia. 2011. 'Undang Undang Nomor 24 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial'.

⁸ Ibid

⁹ Ibid

¹⁰ Ibid

¹¹ Ibid

Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit¹².

- g. Dispute Klaim adalah merupakan klaim atas pelayanan kesehatan yang belum dapat disetujui pembayarannya oleh BPJS Kesehatan dikarenakan adanya ketidaksepakatan antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan atas klaim tersebut berdasarkan berita acara pengajuan klaim¹³



¹² Pemerintah RI (2013) 'Peraturan Menteri Kesehatan nomor 69 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan'.

¹³ BPJS Kesehatan (2016), 'surat edaran Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan nomor 51 tentang penatalaksanaan penyelesaian dispute klaim dalam penyelenggaraan program Jaminana Kesehatan Nasional.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

7. Umum

Implementasi program JKN-KIS membutuhkan perubahan cara pandang dari rumah sakit khususnya dalam pengelolaan klaim dan pengendalian penyalahgunaan klaim, yang pada awalnya pengelolaan klaim rumah sakit lebih banyak berbasis pembiayaan *fee-for-service* atau *out-of-pocket*, dengan adanya Program JKN-KIS maka basis pembiayaan berubah menjadi *managed care* dengan bertumpu pada *prospective payment system* (sistem pembayaran prospektif) yang berarti tarif pelayanan kesehatan telah ditetapkan sebelum pelayanan kesehatan diberikan.

Pengelolaan dan pencegahan penyalahgunaan/kecurangan klaim BPJS Kesehatan, memerlukan tata kelola dan dukungan teknologi informasi yang efektif dan efisien sehingga diharapkan tidak mengurangi mutu pelayanan, yaitu mutu medis, mutu non-medis dan mutu dokumen. Agar mendapatkan gambaran yang jelas dan lengkap, maka perlu ditampilkan data dan fakta yang sesuai kenyataan terkait kondisi pengelolaan dan pencegahan penyalahgunaan/kecurangan klaim. Selain itu agar tajam dalam analisis diperlukan landasan pemikiran yang bersumber dari pemilihan kerangka teoritis yang tepat, termasuk juga harus memperhatikan dengan sungguh-sungguh perkembangan lingkungan strategis.

8. Peraturan dan Perundangan Terkait

a. Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945¹⁴,

- 1) Pasal 28H ayat (1) menyatakan “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Ayat (2) menyatakan “Setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang

¹⁴ Republik Indonesia. UUD NRI 1945. Pasal 28H ayat 1. Pasal 34 ayat 2

sama guna mencapai persamaan dan keadilan”. Ayat (3), menyatakan “Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat”

2) Pasal 34 ayat (2) menyatakan “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”.

b. Undang - Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional¹⁵,

1) Pasal 24 ayat (2) menyatakan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak permintaan pembayaran diterima.

2) Pasal 24 ayat (3) menyatakan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas jaminan kesehatan.

c. Undang - Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial¹⁶,

1) Pasal 10 Tugas BPJS Kesehatan di antaranya, huruf d mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta, huruf f membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial.

2) Pasal 11 Wewenang BPJS Kesehatan di antaranya membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah.

¹⁵ Republik Indonesia. 2004. UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

¹⁶ Republik Indonesia. 2011. UU Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

- d. Peraturan Presiden nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan¹⁷, Pasal 71 ayat (3): BPJS Kesehatan dapat mengembangkan sistem pembayaran di FKRTL yang lebih berhasil guna dengan tetap mengacu pada *Indonesian Case Based Groups*.
- e. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan JKN¹⁸

Bab III. Tarif Pada FKRTL. Pasal 12 Tarif pelayanan kesehatan pada FKRTL meliputi: 1. Tarif INA-CBG; dan 2. Tarif Non INA-CBG.

- f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta¹⁹,

Pada BAB II tentang Penyelenggaraan Pembayaran INA-CBGs sub A. Ketentuan Umum dijelaskan bahwa dalam pelaksanaan Program JKN-KIS, sistem INA-CBGs merupakan salah satu instrumen penting dalam pengajuan dan pembayaran klaim pembayaran pelayanan kesehatan yang telah dilaksanakan oleh FKRTL yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Sistem INA-CBGs terdiri dari beberapa komponen yang saling terkait satu sama lain. Komponen yang berhubungan langsung dengan output pelayanan adalah *clinical pathway*, koding dan teknologi informasi, sedangkan secara terpisah terdapat komponen *costing* yang secara tidak langsung mempengaruhi proses penyusunan tarif INA-CBGs untuk setiap kelompok kasus.

- g. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan²⁰.

¹⁷ Pemerintah RI. 2018. Peraturan Presiden nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan

¹⁸ Pemerintah RI. 2016. Permenkes nomor 52 tahun 2016 tentang Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan JKN

¹⁹ Pemerintah RI, 2016, Peraturan Menteri Kesehatan nomor 76 tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INACBGs) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional

²⁰ BPJS Kesehatan. 2018. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan

- 1) Pasal 4 ayat (5): Selain pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (3), BPJS Kesehatan dapat mengembangkan sistem pembayaran lain yang diatur tersendiri.
 - 2) Pasal 28: Dalam rangka meningkatkan pengelolaan administrasi klaim Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan mengembangkan sistem pengelolaan klaim secara elektronik.
 - 3) Pasal 32 ayat (1): BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran kepada FKRTL berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat: a). 15 (lima belas) hari sejak dikeluarkannya berita acara kelengkapan berkas klaim sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (3); atau b). 15 (lima belas) hari sejak berkas klaim otomatis dinyatakan lengkap sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (5).
- h. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 16 tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan²¹,
- 1) Pasal 3, ayat (1): BPJS Kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus membangun sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) melalui: 1. penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan (*fraud*); 2. pengembangan budaya pencegahan kecurangan (*fraud*); 3. pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya; dan 4. pembentukan tim pencegahan kecurangan (*fraud*).
 - 2) Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019, Bab 3. Pencegahan dan Kecurangan Fraud, bagian C. Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, meliputi : point 9. Penggunaan teknologi informasi berbasis

²¹ Pemerintah RI. 2019. Peraturan Menteri Kesehatan 16 tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan

bukti yang mampu memonitor dan mengevaluasi pelayanan Jaminan Kesehatan di FKRTL secara real time.

9. Landasan Teori

- a. **Teori Terapi Sistemik Defisit JKN²²**. Menurut Budi Hidayat (2016) dalam Jurnal Ekonomi Kesehatan, *Terapi Sistemik Defisit JKN: Bahan Refleksi Bagi Semua Pihak* menyatakan bahwa strategi utama dalam memastikan pembayaran klaim atas layanan kesehatan adalah mengontrol biaya klaim pelayanan dengan 2 (dua) langkah yaitu menurunkan harga layanan dan pengendalian utilisasi yang bersifat abnormal.
- b. **Teori U dari C Otto Scharmer²³**, *Theory U* merupakan pendekatan holistik untuk proses transformasi individual organisasi maupun sistem sosial untuk mengatasi tantangan yang dirasa sulit untuk diatasi, melalui perubahan yang mengakar dan mendorong inovasi. Scharmer meletakkan pondasi bahwa seseorang haruslah berani untuk “menerima” dan “menjawab” serta “mengambil keputusan” melalui :
- 1) *Open mind* yaitu menganalisis persoalan yang ada dengan “mata yang jernih”, melihat keseluruhan gambar yang mungkin tertangkap.
 - 2) *Open heart* yaitu merasakan situasi/masalah bersama, sehingga tercipta kesepahaman untuk mengerti keputusan yang diambil.
 - 3) *Open will*, yaitu menyatukan diri dengan permasalahan dan mengubah cara pandang sebagai orang yang mengalami, sehingga muncul saling pengertian untuk menerima keputusan yang diambil.

²² Hidayat B. 2016. ‘Terapi Sistemik Defisit JKN: Bahan Refleksi Bagi Semua Pihak’. Jakarta. Center For Health Economics and Policy Studies School of Public Health Universitas Indonesia

²³ Muda Master. Theorie U - C.Otto Scharmer (summary). 2014. <https://www.mudamasters.com/en/change-management/theorie-u-cotto-scharmer-summary>

10. Data dan Fakta

a. Umum

- 1) Dari sisi perkembangan pencapaian cakupan kepesertaan Program JKN-KIS²⁴ sampai dengan bulan April 2020 tercatat jumlah peserta adalah sebanyak 222.386.830 jiwa atau sekitar 83,84% dari total penduduk Indonesia (BPJS Kesehatan, 2020).
- 2) Posisi Pendapatan BPJS Kesehatan²⁵, Pendapatan total iuran meningkat sejalan dengan bertambahnya jumlah peserta JKN-KIS. Pendapatan total iuran pada tahun 2014 sebesar sekitar Rp 40 triliun naik menjadi Rp 81 triliun di tahun 2018. Rata-rata iuran per kapita per bulan juga meningkat setiap tahunnya, terlihat pada tabel 2.1, di mana pada tahun 2014 rata-rata iuran per kapita per bulan sebesar Rp. 25.433 meningkat menjadi sebesar Rp. 32.834 pada tahun 2018.

Segmen	2014	2015	2016	2017	2018
Pendapatan iuran (juta rupiah)	40.719.862	52.778.121	67.404.011	74.246.641	81.975.180
Total Peserta	133.423.653	156.790.287	171.939.254	187.982.949	208.054.199
Rata-Rata iuran per Kapita per Bulan	25.433	28.051	32.669	32.914	32.834

Tabel 1. Komposisi pembiayaan BPJS Kesehatan (Klaim RS)

- 3) Posisi pembiayaan, total pembiayaan klaim pelayanan kesehatan meningkat setiap tahun, dari Rp 42,66 triliun di tahun 2014 menjadi Rp108 triliun di tahun 2019²⁶. Pada pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL) tahun 2014, biaya pelayanan kesehatannya adalah sebesar Rp 6,9 triliun; tahun 2015 sebesar Rp 13,6 triliun; tahun 2016 sebesar Rp 16,53 triliun; tahun 2017 sebesar Rp 22,32 triliun; tahun 2018 sebesar Rp 27,38 triliun dan tahun 2019 sebesar Rp 32 triliun. Pada pelayanan rawat inap tingkat lanjutan (RITL), biaya pelayanan kesehatan tahun 2014 adalah sebesar Rp 23,5 triliun; tahun 2015 sebesar Rp 31,9 triliun; tahun 2016 sebesar Rp 37,48 triliun; tahun

²⁴ BPJS Kesehatan. 2020. Website BPJS Kesehatan.go.id. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/> diunduh Senin, 20 April 2020

²⁵ BPJS Kesehatan, diolah dari Laporan Keuangan BPJS Kesehatan 2014 - 2018

²⁶ BPJS Kesehatan, diolah dari Laporan Pengelolaan Program BPJS Kesehatan

2017 sebesar Rp 48,71 triliun; tahun 2018 sebesar Rp 51,77 triliun, dan tahun 2019 sebesar Rp 60,2 triliun. Grafik pembiayaan manfaat pelayanan kesehatan ke RS berdasarkan tingkat pelayanan, terdapat pada lampiran 2. Trend Pembiayaan Klaim Rumah Sakit.

- 4) Posisi Defisit Atas Pembayaran, Tahun 2014 defisit BPJS Kesehatan sebesar Rp3,3 triliun, tahun 2015 naik menjadi Rp5.8 triliun, tahun 2016 mengalami penurunan menjadi 585 miliar, tahun 2017 naik menjadi Rp14,6 triliun, dan tahun 2018 menjadi sebesar Rp11,3 triliun. Besaran defisit ini sejalan dengan dana bantuan Pemerintah yang dikeluarkan Rp1,5 triliun (tahun 2015), Rp6,8 triliun (tahun 2016), Rp3,6 triliun (tahun 2017) dan Rp11,3 triliun (tahun 2018)²⁷.

Posisi Hutang Atas Klaim. Posisi hutang BPJS Kesehatan terhadap klaim rumah sakit per tanggal 1 Juli 2020 tercatat Rp3,70 miliar. Di sisi lain pada awal bulan Juli 2020, BPJS Kesehatan menerima pembayaran iuran atas segmen peserta PBI APBN sebesar Rp4,05 miliar, yang langsung didistribusikan ke masing-masing RS mitra sebagai realisasi hutang BPJS Kesehatan²⁸.

b. Indikator Fasilitas Kesehatan dan Angka-Angka Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

- 1) Dari sisi jumlah fasilitas kesehatan²⁹ yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sampai dengan April 2020 tercatat 27.074 fasilitas kesehatan yang bekerja sama, atau meningkat dari semula sejumlah 18.437 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan 1.681 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) di tahun 2014, menjadi 22.951 FKTP (pertumbuhan sebesar 24,48%) dan 2.552 FKRTL (pertumbuhan sebesar 51.81%).

²⁷ BPJS Kesehatan, diolah dari Laporan keuangan BPJS Kesehatan 2014-2018

²⁸ Ibid. 2020. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/post/read/2020/1588/Masuki-Semester-II-Tahun-2020-BPJS-Kesehatan-Tuntas-Bayar-Seluruh-Klaim-RS>. (diunduh Jumat, 10 April 2020)

²⁹ Ibid, <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/> (diunduh Senin, 20 April 2020)

- 2) Sepanjang tahun 2019 tercatat terdapat 337.694.382 kunjungan ke fasilitas kesehatan tingkat pertama di seluruh Indonesia (rata-rata 925.190 kunjungan per hari), 84.749.444 kunjungan rawat jalan tingkat lanjut (rata-rata 232.190 kunjungan per hari), dan 11.012.171 kunjungan rawat inap tingkat lanjut.³⁰
- 3) Tren angka akses RJTL secara nasional mengalami peningkatan dari 562 per 10.000 peserta menjadi 1.035 per 10.000 peserta berobat di FKTL (naik 84%) selama tahun 2014-2018³¹.
- 4) Akses RITL secara nasional juga menunjukkan peningkatan dari 319 orang per 10.000 peserta JKN-KIS pernah dirawat pada tahun 2014, naik 39% menjadi 444 orang per 10.000 peserta di tahun 2018.³²
- 5) Tren besaran biaya satuan klaim RJTL (*unit cost*) selama tahun 2014-2018 menunjukkan peningkatan dari Rp 276.533 per kunjungan pada 2014 menjadi Rp 299.057 di tahun 2018³³. Sementara tren biaya satuan klaim RITL tahun 2014-2018 juga relatif stabil karena penetapan tarif CBG oleh Kemenkes yang relatif tidak berubah

c. Catatan Pengelolaan Klaim Program JKN-KIS

Dampak pengelolaan klaim Program JKN-KIS yang tidak optimal adalah terhambatnya pembayaran klaim ke rumah sakit. Akibat dari keterlambatan ini beragam sebagaimana disarikan dari beberapa sumber sebagai berikut:

- 1) Direktur RSUD Langsa, dr Fadhiyani, menyatakan, akibat lambatnya pembayaran klaim BPJS Kesehatan berdampak pada biaya operasional di RSUD Langsa dan terpaksa berutang. Pembayaran klaim BPJS melalui proses waktu yang lumayan panjang, namun pelayanan pasien tidak bisa dihentikan. Ada atau tidak klaim BPJS Kesehatan pasien akan terus dilayani. Terkadang memang dampak tertunggaknya pembayaran BPJS Kesehatan tersebut memengaruhi

³⁰ Ibid, 2019, *Laporan Pengelolaan Program tahun 2019*, (belum publikasi)

³¹ Dewan Jaminan Sosial Nasional, 2020, "Statistik JKN 2014-2018", 2020 hal 29

³² Ibid, hal 32

³³ Ibid, hal 57

operasional rumah sakit, diantaranya keterlambatan membayar gaji honor dan Tenaga Harian Lepas (THL) RSUD³⁴.

- 2) Tujuh puluh rumah sakit di Provinsi DKI Jakarta mengharapkan dukungan Pemerintah Pusat untuk memastikan BPJS Kesehatan tidak terlambat membayar klaim terhadap pelayanan yang sudah diberikan rumah sakit. Hal tersebut disampaikan oleh Gubernur DKI Jakarta Anies Baswedan kepada Wakil Presiden Ma'ruf Amin, agar *cash flow* rumah sakit tidak terganggu.³⁵
- 3) Kepala Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Muara Enim menyatakan, terlambatnya pembayaran klaim BPJS Kesehatan kepada RSUD dr. HM Rabain Muara Enim mencapai Rp 30 miliar, sepenuhnya bukan kesalahan lembaga asuransi kesehatan tersebut. Melainkan akibat adanya keterlambatan manajemen RSUD dr. HM Rabain mengajukan penagihan. Keterlambatan klaim periode bulan April, Mei dan Juni 2019, karena pihak rumah sakit baru mengajukan klaim penagihan pada bulan Juli dan Agustus.³⁶
- 4) Di Kabupaten Karanganyar, BPJS Kesehatan terakhir membayar klaim pada Agustus 2019 senilai Rp 6 miliar lebih, selanjutnya klaim untuk bulan-bulan berikutnya hingga Desember 2019 masih dalam proses pengajuan dan pencairan. Hal ini dikarenakan persoalan administratif pasien yang mengakibatkan pembayaran klaim BPJS Kesehatan sering terlambat.³⁷
- 5) Pembayaran hutang klaim pelayanan BPJS Kesehatan ke rumah sakit pada bulan Juli 2020 mendapatkan apresiasi dari Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) BPJS Watch. Pembayaran hutang klaim akan membantu operasional RS dan bisa mengurangi potensi kecurangan

³⁴ Harian Rakyat Aceh, BPJS Terlambat Bayar Klaim, Rumah Sakit Terpaksa Berutang, 2020, <https://harianrakyataceh.com/2020/01/29/bpjs-terlambat-bayar-klaim-rumah-sakit-terpaksa-berutang/>, (diakses pada Minggu 28 Juni 2020, 11.00)

³⁵ Yuniartha Lidya, Kontan.co.id, 2020, <https://nasional.kontan.co.id/news/gubernur-anies-minta-bpjs-kesehatan-tak-terlambat-bayar-klaim-ke-rumahsakit>. (diakses pada Minggu 28 Juni 2020, 11.00)

³⁶ Julheri. 2019. 'Tunggakan BPJS Kesehatan Akibat Terlambat Nagih'. <https://sumeks.co/tunggakan-bpjs-kesehatan-akibat-terlambat-nagih/?page=28332434234=37>. Diakses pada 01 Agustus 2020

³⁷ Alim Abdul. 2019. Persoalan Administratif, Penyebab Tunggakan Klaim BPJS. <https://www.gatra.com/detail/news/461860/kesehatan/persoalan-administratif-penyebab-tunggakan-klaim-bpjs>. Diakses pada 01 Agustus 2020

yang dilakukan RS. Potensi kecurangan yang dimaksud adalah karena terganggunya *cash flow* RS, sehingga RS tidak dapat membeli obat. Dampak dari kekosongan obat, peserta Program JKN-KIS akan mengeluarkan biaya untuk membeli obat yang tidak tersedia di RS³⁸.

- 6) Durasi sejak *invoice* disiapkan oleh RS sampai dibayar oleh BPJS Kesehatan meningkat terus dari 62,21 hari pada tahun 2014 menjadi 129,35 hari pada tahun 2017 atau lebih dari 4 bulan³⁹. Lamanya durasi *invoice* ini dapat dipengaruhi oleh proses pengajuan dari RS, atau ketersediaan dana pembayaran dari BPJS Kesehatan.
- 7) Berdasarkan data dispute klaim yang disampaikan BPJS Kesehatan terkait dispute klaim, 69% terkait dengan permasalahan dispute regulasi, 19% terkait permasalahan dispute koding, 9% terkait permasalahan dispute medis⁴⁰

d. Catatan Potensi *Fraud* BPJS Kesehatan

- 1) Hingga pertengahan tahun 2015 terdeteksi potensi *fraud* dari 175.774 klaim Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) dengan nilai Rp. 440 miliar. Potensi *fraud* ini berasal dari kelompok *provider* pelayanan kesehatan. Bentuk potensi *fraud* yang umum ditemui di kelompok *provider* adalah *upcoding*, *inflated bills*, *service unbundling*, *no medical value* dan *standard of care*⁴¹.
- 2) Sampai dengan 31 Desember 2015 tercatat potensi kecurangan sebanyak 889.442 kasus dengan total frekuensi kunjungan sebanyak 1.217.773 kali. Potensi inefisiensi mencapai Rp 1.246 triliun (Lap 2015 BPJSKes)⁴².

³⁸ Republika.co.id, BPJS Watch Sambut Baik Pembayaran Tunggakan Klaim JKN-KIS, 2020, <https://republika.co.id/berita/qcua9f349/bpjs-watch-sambut-baik-pembayaran-tunggakan-klaim-jknkis>. (diakses pada Minggu 12 Juli 2020, 11.00)

³⁹ Eka Putri Asih, Materi Kalaeidoskop SJSN 2018, Defisit (Struktural) Jkn 2014-2018& Restrukturisasi Jkn

⁴⁰ BPJS Kesehatan, Novelia Else, 2018, 'Disampaikan pada Pertemuan Semiloka Nasional Asosiasi Dinas Kesehatan Denpasar, 20 Maret 2018'

⁴¹ ACCH. Anti Corruption Clearing House.

<https://acch.kpk.go.id/en/component/content/article?id=672:korupsi-dalam-pelayanan-kesehatan-di-era-jaminan-kesehatan-nasional-kajian-besarnya-potensi-dan-sistem-pengendalian-fraud>. (diakses pada, 25 April 2020)

⁴² Sampurna Budi, Departemen Hukum, Advokasi dan Mediasi Persi, Sistem Anti Fraud dalam Implementasi Permenkes 36/2015

- 3) Sampai dengan November 2016 tercatat potensi kecurangan sebanyak 1.219.191 kasus di RJTL dan 625.949 kasus di RJTL dengan total kunjungan sebanyak 1.845.140 kali (PIN-F Divre BPJS Kes)⁴³
- 4) Dalam diskusi bertajuk “Catatan Wajah Sistem Kesehatan Indonesia 2017”, dugaan *fraud* atau kecurangan dalam pelaksanaan klaim Program Jaminan Kesehatan (JKN-KIS) mencapai tiga persen dari anggaran tahun 2017⁴⁴.
- 5) Pada tahun 2019, efisiensi biaya Rp10,5 triliun pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan merupakan hasil dari *fraud detection system* BPJS Kesehatan⁴⁵.

11. Pengaruh Lingkungan Strategis

a. Pengaruh Global

- 1) Tujuan Pembangunan Berkelanjutan / *Sustainable Development Goals* (SDGs)

Merujuk pada Resolusi WHO ke-58 tahun 2005 di Jenewa: setiap negara perlu mengembangkan UHC melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial untuk menjamin pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan⁴⁶. Perserikatan Bangsa-Bangsa telah menetapkan 17 sasaran Tujuan Pembangunan Berkelanjutan atau lebih dikenal dengan nama *Sustainable Development Goals* (SDGs). Di antaranya pada sasaran point ke-3.8 terkait aksi memastikan kehidupan yang sehat dan mendukung kesejahteraan melalui pencapaian cakupan layanan kesehatan semesta, termasuk lindungan risiko finansial, akses terhadap layanan kesehatan dasar yang berkualitas. Dalam

⁴³ ibid

⁴⁴ Zuraya Nidia, 2017, <https://republika.co.id/berita/ekonomi/korporasi/17/12/20/p17p2i383-dugaan-fraud-bpjs-kesehatan-mencapai-tiga-persen-anggaran> (diakses pada 10 Mei 2020)

⁴⁵ Dio Prasasti, 2020, <https://www.liputan6.com/health/read/4283218/temukan-dugaan-kecurangan-program-jkn-bpjs-kesehatan-minta-masyarakat-lapor> (diakses pada 28 Juni 2020)

⁴⁶ UN, The Sustainable Development, <https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/> diakses minggu 14 juni 2020, 16.20

kaitan pencapaian sasaran 3.8 khususnya cakupan layanan kesehatan semesta, capaian ini dilihat dari cakupan penduduk Indonesia yang masuk dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional.

2) Sistem Pembayaran Pada Program *Medicaid* (Amerika Serikat) Melalui Metode Kinerja⁴⁷

Saat ini dikenal 5 basis pembayaran dengan mengkombinasikan antara pembagian risiko keuangan dengan peningkatan efisiensi dan kualitas pelayanan berbasis kinerja. Di mana pada program JKN-KIS metode pembayaran yang diadopsi adalah *pay for reporting* (sistem yang saat ini dikembangkan pada program JKN-KIS di tingkat pelayanan rujukan dengan rujukan biaya melalui INA CBGs), kombinasi antara *capitated arrangement* (kapitasi) dan *fee-for-performance* (sistem ini telah dikembangkan pada program JKN-KIS pada tingkat pelayanan primer).

3) *United Healthcare: Fraud, Waste, and Abuse*

Saat ini setidaknya 10% dari pembayaran asuransi kesehatan terkait dengan klaim palsu. Di seluruh dunia kasus ini diperkirakan mencapai nilai miliaran dolar. Klaim palsu bukanlah masalah baru, namun kompleksitas kecurangan asuransi tampaknya meningkat secara eksponensial sehingga menyulitkan perusahaan asuransi kesehatan untuk menghadapinya. *United Health Care* adalah sebuah perusahaan asuransi yang memberikan manfaat dan layanan kesehatan, yang memanfaatkan teknologi informasi dengan penerapan *big data* dan *Machine Learning*⁴⁸. Industri kesehatan dapat memperoleh manfaat yang sangat besar dari penggunaan analitik canggih dan teknologi *big data*.

⁴⁷ The Commonwealth Fund. 2016. INTEGRATING Medicaid Supplemental Payments into Value-Based Purchasing

⁴⁸ 5 Examples of Big Data in Healthcare, 2020, <https://dzone.com/articles/5-examples-of-big-data-in-healthcare>. diakses minggu 14 juni 2020, 17.15

4) Skema *Fraud* pada Industri Kesehatan

Association of Certified Fraud Examiners (ACFE) dalam “*The 2020 Report to the Nations*” menyatakan bahwa skema *fraud* yang paling umum dalam industri/bidang dapat membantu organisasi merancang kontrol untuk menjaga terhadap ancaman penyelewengan yang paling signifikan. Pada bidang kesehatan (*health care*), korupsi mewakili risiko tertinggi (40% kasus), diikuti oleh skema penagihan (33% kasus). Gambar skema fraud *Association of Certified Fraud Examiners (ACFE)* dalam “*The 2020 Report to the Nations*, dapat dilihat pada lampiran 2.

b. Pengaruh Regional

Sistem INA-CBGs yang digunakan dalam Program JKN-KIS dikembangkan dari sistem *casemix* dari UNU-IIGH (*The United Nations University-International Institute for Global Health*). Proyek UNU INA-CBGs ini didanai oleh *Australian Agency for International Development (AusAID)*. Manual untuk INA-CBGs ini sendiri telah resmi diserahkan pada Kementerian Kesehatan Indonesia pada tanggal 9 Januari 2013. Kementerian Kesehatan masih memerlukan lisensi atas program yang di-*update* setiap tahunnya⁴⁹.

c. Pengaruh Lingkungan Strategis Nasional

1) Politik

- a) Pada Rapat Terbatas (Ratas) tentang Program Kesehatan Nasional, di Kantor Presiden, Jakarta, Kamis (21/11) dikutip dari laman setkab.go.id, Presiden Jokowi meminta tata kelola Program JKN-KIS terus dibenahi, melalui langkah-langkah yang inovatif dalam rangka mengedukasi masyarakat untuk hidup sehat. Presiden mengatakan bahwa orientasi kerja di bidang kesehatan

⁴⁹ PDPERSI. 2013. Tim National Casemix Center Kementerian Kesehatan RI . ‘Overview INA-CBGs’. http://www.pdpersi.co.id/kegiatan/bahan_diskusi/ina_cbg/2.materi_inacbg.pdf, diakses minggu 1 Agustus 2020,

tidak hanya mengobati yang sakit, tetapi diarahkan pada pencegahan dan promotif⁵⁰.

b) Dokumen audit BPJS Kesehatan yang dikeluarkan Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP) kini terlarang untuk publik lewat putusan Majelis Hakim Pengadilan Tata Usaha Negara (PTUN) Jakarta pada perkara 64/G/ KI/2020/PTUN.JKT. Sebelumnya dokumen audit atas permintaan Kementerian Keuangan ini dapat diakses setelah ada putusan Komisi Informasi Pusat (KIP)⁵¹.

c) Rekomendasi KPK dalam rekomendasi terhadap jalannya Program Jaminan Kesehatan Nasional, sebagai dukungan penuh untuk tercapainya *universal health coverage* sesuai dengan komitmen Indonesia sebagai negara anggota WHO pada 2005, di antaranya

1. Pemerintah untuk segera menertibkan penetapan kelas rumah sakit. Penertiban kelas rumah sakit, diproyeksikan akan berdampak terhadap berkurangnya lebih bayar ke rumah sakit sekitar Rp 6 triliun per tahun.
2. Merekomendasikan kebijakan pembatasan manfaat untuk klaim atas penyakit katastropik. Penyakit katastropik adalah penyakit yang muncul akibat gaya hidup, misalnya merokok, kebiasaan makan, dan kurangnya olahraga.

2) Sosial Budaya

a) Sejak diimplementasikan pada tahun 2014, metode pengelolaan dan pembayaran klaim rumah sakit yang digunakan untuk Program JKN-KIS adalah menggunakan pola tarif INA CBGs. Dalam pengelolaan klaim pelayanan ekosistem Program JKN-KIS, baik Kementerian Kesehatan sebagai regulator, rumah sakit yang

⁵⁰ Kontan.co.id, 2019, <https://nasional.kontan.co.id/news/presiden-jokowi-minta-tata-kelola-program-jkn-terus-dibenahi-dan-diperbaiki>, (diakses minggu 1 Agustus 2020)

⁵¹ Pratama Taher, 2020, "Susahnya Awasi Kinerja BPJS Kesehatan setelah Audit BPKP Tertutup", <https://tirto.id/susahnya-awasi-kinerja-bpjs-kesehatan-setelah-audit-bpkp-tertutup-fKIP>, (diakses pada Minggu 28 Juni 2020, 10.00)

tergabung dalam jejaring fasilitas kesehatan BPJS Kesehatan, maupun BPJS Kesehatan sendiri telah memanfaatkan perangkat teknologi informasi. Hal itu diharapkan bisa mempercepat layanan kesehatan dan menjaga mutu layanan bagi peserta JKN-KIS yang diberikan oleh RS. Setiap terjadi perubahan regulasi yang berkaitan dengan Program JKN-KIS khususnya regulasi terkait pelayanan kesehatan FKRTL, maka diperlukan perubahan sistem baik *logic*, formulasi, referensi data maupun pelaporan. Dari data yang dikompilasi dari berbagai sumber, terdapat 2.663 rumah sakit yang telah mengimplementasikan sistem INA-CBGs⁵². Rumah sakit yang telah terintegrasi dengan sistem informasi BPJS Kesehatan sejumlah 1.100 rumah sakit⁵³.

- b) Mulai 1 Mei 2018, BPJS Kesehatan menerapkan implementasi verifikasi digital klaim (Vedika) bagi fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL). Perkembangan teknologi informasi nyatanya lebih memudahkan berbagai hal termasuk dapat dimanfaatkan dalam proses verifikasi klaim tagihan pelayanan kesehatan Program Jaminan Kesehatan Nasional - Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS)⁵⁴.

3) Ekonomi

Pemerintah memberikan dana talangan bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, secara rinci pemberian dana talangan tahun 2014 sebesar Rp 3,3 triliun, tahun 2015 sebesar Rp 5,7 triliun dan ditahun 2016 sebesar Rp 9,7 triliun. Tahun 2017, kembali BPJS Kesehatan mengalami defisit sebesar Rp

⁵² Laman WEB INA-CBGs Kemenkes, https://inacbg.kemkes.go.id/index.php?XP_jumlah-klaim-rs. Diakses pada 18 Juli 2020

⁵³ BPJS Kesehatan, 2020, Sumber Jumlah RS dari data BI BPJS Kesehatan dengan last update 07/08/2020 11:45:25 PM

⁵⁴ BPJS Kesehatan, 2018, <https://bpjs-kesehatan.go.id/BPJS/index.php/post/read/2018/756/Makin-Canggih-Kini-BPJS-Kesehatan-Terapkan-Verifikasi-Klaim-Digital-di-Rumah-Sakit>. Diakses pada 10 Juli 2020

9,75 triliun dan di tahun 2018 menjadi Rp 19,41 triliun. Sedangkan tahun 2019 diprediksi defisit akan mencapai Rp 28 triliun⁵⁵.



⁵⁵ Nana Dede, 2019, Defisit BPJS Kesehatan Tembus Rp 28 Triliun, Pemerintah: Sepakat Iuran Dinaikkan, <https://www.jatimtimes.com/baca/198124/20190730/170600/defisit-bpjs-kesehatan-tembus-rp-28-triliun-pemerintah-sepakat-iuran-dinaikkan>. Diakses pada 18 Juli 2020

BAB 3 PEMBAHASAN

12. Umum

Dari data dan fakta yang ada diketahui bahwa masih ditemukan adanya permasalahan pengelolaan klaim, serta tindakan deteksi, pengawasan dan pencegahan penyalahgunaan/kecurangan pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Permasalahan ini berdampak pada terjadinya gangguan dalam pelaksanaan program JKN, yang menimbulkan efek domino terhadap kemampuan BPJS Kesehatan dalam membayar klaim rumah sakit dan mengganggu *cash flow* keuangan rumah sakit yang pada akhirnya berdampak pada menurunnya mutu pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit kepada Peserta JKN-KIS. Merujuk pada teori *terapi sistemik defisit jkn* bahwa strategi utama dalam memastikan pembayaran klaim atas layanan kesehatan adalah mengontrol biaya klaim pelayanan dengan pengendalian utilisasi yang bersifat abnormal.

Sementara merujuk pada Charles Normand dan Axel Weber (2009), bahwa permasalahan strategi operasional khususnya dalam pengendalian biaya, terkait erat dengan sistem desain yang tepat dalam implementasi Jaminan Kesehatan, sehingga perlu ditelusuri pokok masalah terhadap pengelolaan klaim ditinjau dari aspek pelaksanaan. Hal ini diharapkan dapat mengatasi inefisiensi anggaran DJS dan menjaga keberlangsungan Program JKN-KIS. Merujuk pada teori U dari C Otto Scharmer, yang merupakan pendekatan holistic untuk mengatasi masalah atau tantangan melalui *Open Mind, Open Heart, Open Will* dalam satu sistem sosial/ekosistem, maka untuk penyelesaian masalah Program JKN-KIS seluruh pihak yang terlibat baik BPJS Kesehatan sebagai operator, Kementerian Kesehatan sebagai regulator, Rumah Sakit sebagai pusat pelayanan dapat berkolaborasi serta harus melibatkan Kementerian/Lembaga yang terkait.

13. Penyelenggaraan Program JKN-KIS

Sistem Jaminan Sosial Nasional merupakan bentuk hadirnya negara dalam upaya mewujudkan esensi tujuan negara diantaranya meningkatkan kesejahteraan dan keadilan bagi seluruh masyarakat sesuai dengan amanat pembukaan UUD NRI 1945. Merujuk pada UU nomor 40 tahun 2004, jaminan sosial yang diselenggarakan negara untuk masyarakat meliputi lima program yaitu Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun dan Jaminan Kematian. Selanjutnya untuk implementasi sistem jaminan sosial maka dibentuk dua (2) badan penyelenggara jaminan sosial yang memiliki manajemen terpisah dan bertanggung jawab langsung kepada Presiden berdasar UU nomor 24 tahun 2014 tentang BPJS. Program Jaminan Kesehatan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan dengan nama program Jaminan Kesehatan Nasional, sedangkan BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan keempat program lainnya.

Program JKN dilaksanakan berdasarkan prinsip asuransi sosial dan ekuitas, untuk menjamin manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dapat dirasakan sepenuhnya oleh masyarakat yang tergabung dalam skema kepesertaan program JKN-KIS. Dengan mengedepankan kegotongroyongan, dimana yang sehat membantu yang sakit, yang kaya membantu yang miskin, dan yang berisiko rendah dan membantu risiko tinggi serta prinsip ekuitas dimana seluruh peserta memiliki kesamaan dalam pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya. Dan untuk menjamin penyelenggaraan yang bersih, maka pelaksanaan program juga mengedepankan prinsip kehati-hatian dan prinsip akuntabilitas dalam pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan⁵⁶.

Merujuk pada UU nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS Kesehatan memiliki tugas diantaranya pengelolaan dana jaminan sosial untuk pembiayaan manfaat pelayanan kesehatan yang diterima oleh peserta, sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial. Selain itu untuk BPJS Kesehatan berwenang untuk membuat kesepakatan

⁵⁶ Republik Indonesia. 2004. UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

dengan fasilitas kesehatan melalui kontrak yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah.

a. Hubungan antar BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit

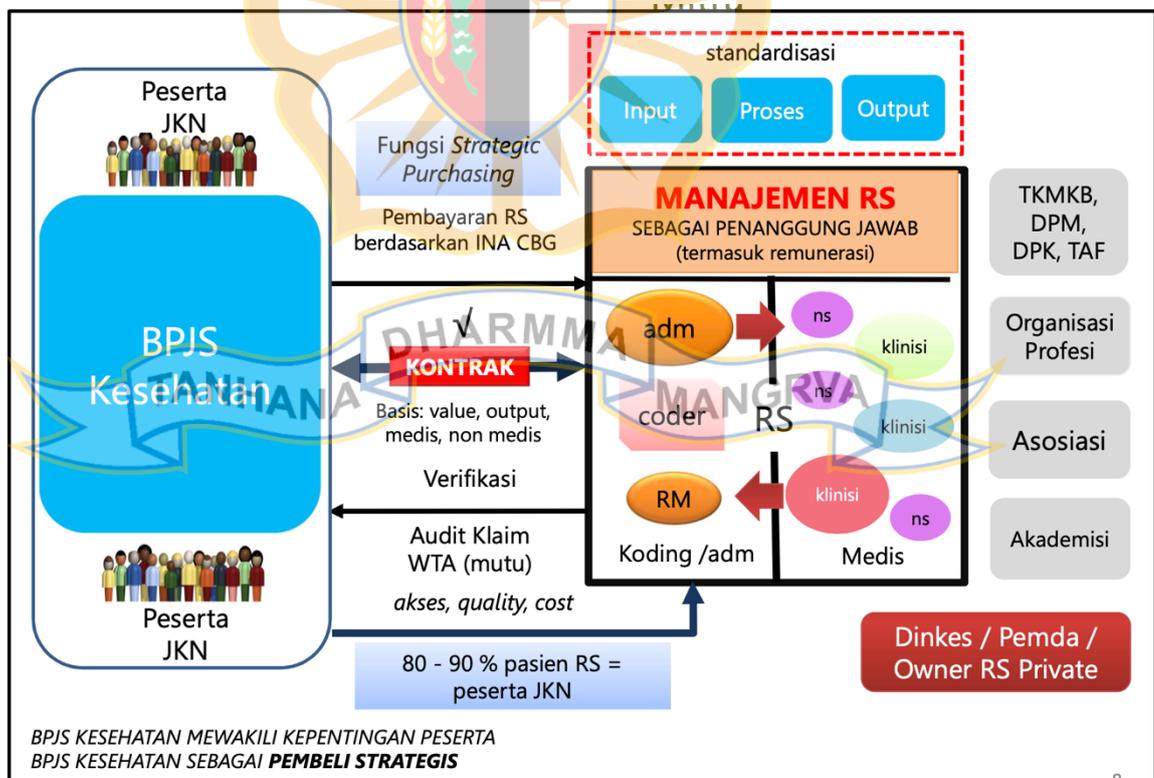
BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara Program JKN-KIS mewakili kepentingan peserta untuk mendapatkan hak atas layanan kesehatan dan sebagai pembeli strategis layanan kesehatan dari rumah sakit. Dalam hubungannya BPJS Kesehatan dan rumah sakit merupakan hubungan kemitraan yang diikat dalam sebuah kontrak kerja sama. Beberapa kriteria harus dipenuhi dalam proses kredensialing maupun rekredensialing, diantaranya fasilitas yang tersedia, kondisi tim medis dan kondisi non medis. Saat ini sekitar 80-90% pasien yang memanfaatkan pelayanan di RS merupakan peserta BPJS Kesehatan. Dalam implementasinya, rumah sakit diwajibkan memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan dengan memenuhi standar mutu pelayanan, yaitu mutu medik, mutu non-medik dan mutu dokumen. Dalam pengelolaan pelayanan kesehatan program JKN-KIS, manajemen rumah sakit melibatkan tim medis sebagai pelaksana pelayanan kesehatan, tim administrasi casemix atau coding sebagai pengolahan klaim.

Merujuk pada peraturan presiden nomor 82 tahun 2018 tentang jaminan kesehatan, BPJS Kesehatan berkewajiban melakukan pembayaran atas manfaat yang dilayani berdasarkan pola tarif INA-CBGs. Pola tarif INA-CBGs telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan secara prospektif (tarif telah ditentukan sebelum pelayanan kesehatan). Sebagai bentuk menjaga kualitas pelayanan dan mutu klaim yang efektif, efisien dan bermutu, BPJS Kesehatan melakukan audit terhadap klaim, baik dari sisi akses, kualitas dan biaya (tagihan klaim). Untuk menilai kepuasan peserta terhadap pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit, dilakukan survey walk trough taudit (wta).

Merujuk pada Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 tahun 2016, terdapat 3 mekanisme pengendalian pelayanan kesehatan dalam Program JKN-KIS yaitu Pra-Klaim di mana kegiatan ini dilaksanakan setelah klaim diajukan namun sebelum klaim dibayarkan (pemeriksaan

kelengkapan dokumen pengajuan klaim dan dokumen tambahan yang dipersyaratkan), verifikasi atas klaim yang dilakukan menggunakan sistem yang telah dibangun.

BPJS Kesehatan juga dapat melakukan audit klaim yang dilakukan satu bulan setelah verifikasi klaim dari pengajuan klaim di mana tim pencegahan kecurangan akan melakukan audit berdasarkan tematik dan juga bisa melakukan audit menyeluruh. Di luar mekanisme tersebut terdapat peran organisasi yang dapat dimintakan pertimbangan jika masih terdapat ketidaksepemahaman atas klaim rumah sakit. Merujuk pada Permenkes No 71 tahun 2013 mengatur tentang Tim Kendali Mutu Kendali Biaya (TKMKB) yang salah satu tugasnya adalah melakukan audit medis di faskes. Dalam pelaksanaannya. Audit medis sangat diperlukan karena sulit untuk memastikan kebenaran terhadap diagnosa yang dituliskan oleh dokter.



Gambar 2. Hubungan antar BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit

b. Sistem Pembayaran Klaim Program JKN-KIS pada FKRTL

Merujuk pada Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Pasal 71 ayat (1.b), sistem pembayaran program JKN-KIS khususnya untuk pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut telah ditetapkan melalui mekanisme *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBGs)⁵⁷. Tarif INA-CBGs sendiri merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non- medis⁵⁸. Penetapan biaya pelayanan kesehatan berdasarkan sistem INA-CBGs yang diperoleh melalui hasil *grouping* dari diagnosa, prosedur dan *item* lainnya serta lamanya hari perawatan. Tarif INA-CBGs sangat ditentukan oleh kualitas dari output pelayanan yang tergambar pada diagnosis akhir (baik diagnosis utama maupun diagnosis sekunder) dan prosedur yang telah dilakukan selama proses perawatan

Penggunaan sistem INA-CBGs atau diagnostic related group (DRG) bertujuan untuk meningkatkan efektivitas pembiayaan pelayanan kesehatan. Namun rumah sakit harus mengubah cara pandang, khususnya dalam pengelolaan klaim dan pengendalian penyalahgunaan klaim. Rumah Sakit harus menata sistem pelayanan rekam medis yang baik serta memperbaiki mutu dan kelengkapan dari dokumen rekam medis yang sangat berpengaruh pada koding, grouping dan tarif INA-CBGs. Selain itu standar input dan proses klaim perlu ditingkatkan diantaranya penulisan resep formularium obat, clinical pathway.

BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara Program JKN-KIS wajib membayar seluruh klaim rumah sakit menggunakan pola tarif INA-CBG's (Indonesia Case Base Group), di mana seluruh beban pembiayaan klaim yang akan dibayarkan berasal dari setiap klaim yang ditagihkan setelah dilakukan verifikasi. Waktu pembayaran klaim ke FKRTL diatur di dalam Undang-Undang Nomor 40 Tentang SJSN dan Peraturan BPJS

⁵⁷ Pemerintah RI. 2018. Peraturan Presiden nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Pasal 71 ayat (1.b)

⁵⁸ Pemerintah RI.2016. Permenkes nomor 52 tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan JKN, Pasal 13 ayat 2.

Kesehatan Nomor 7 tahun 2018, bahwa BPJS wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak permintaan pembayaran diterima lengkap.

Dengan metode case base rumah sakit memiliki potensi untuk melakukan penyalahgunaan di antaranya: 1) hanya menerima kasus dengan nilai biaya yang tinggi (menguntungkan) sementara nilai biaya yang rendah (merugikan) akan dirujuk baik ke rumah sakit lain atau kembali ke fasilitas kesehatan tingkat pertama, 2) rumah sakit dapat memasukkan diagnosa, prosedur dan *item* pelayanan khusus lainnya untuk menambah besaran biaya.

14. Pengelolaan Klaim Program JKN-KIS di Rumah Sakit dari Aspek Pelaksanaan

Keberadaan Program JKN-KIS sangat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat Indonesia yang tergabung sebagai peserta, khususnya dalam kemudahan akses mendapatkan layanan kesehatan. Hal ini tercermin dari besarnya pemanfaatan Program JKN-KIS selama kurun waktu tahun 2014-2018 mencapai 84.749.444 kunjungan rawat jalan tingkat lanjut (rata-rata 232.190 kunjungan per hari), dan 11.012.171 kunjungan rawat inap tingkat lanjut. Sementara tren angka pemanfaatan RJTL secara nasional mengalami peningkatan dari 562 per 10.000 peserta menjadi 1.035 per 10.000 peserta berobat di FKRTL (naik 84%). Begitu juga dengan akses RITL secara nasional juga menunjukkan peningkatan dari 319 orang per 10.000 peserta pada tahun 2014, naik 39% menjadi 444 orang per 10.000 peserta di tahun 2018. Besarnya pemanfaatan pelayanan ini tidak bisa ditolak oleh RS dan BPJS Kesehatan, dan tidak juga terdapat batasan bagi peserta untuk mendapatkan hak layanan kesehatannya ke RS jika sesuai indikasi medis dan disertai kelengkapan administrasi rujukan dari FKTP. Di sisi lain, banyaknya pemanfaatan pelayanan kesehatan/kunjungan yang harus dikelola, jika tidak didukung oleh prosedur yang terotomatisasi dan terintegrasi menjadi sumber permasalahan tersendiri bagi RS

Dari beberapa kajian yang telah dilakukan, pengelolaan dokumen klaim di rumah sakit sering mengakibatkan perselisihan (*dispute*) atas klaim tersebut. Banyaknya klaim yang dikelola berpotensi terjadi kesalahan, diantara penyebabnya adalah:

1. Faktor input: penempatan petugas rumah sakit pada pekerjaan yang tidak sesuai dengan kompetensinya, koordinasi serta kerja sama tim yang belum terjalin dengan baik⁵⁹, permasalahan translasi/penerjemahan (*coding*) diagnosis yang ditetapkan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) oleh petugas *coders* rumah sakit, dan perbedaan pemahaman kaidah *coding* antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan.
2. Faktor proses: sistem dan teknologi pendukung yang belum optimal, aplikasi yang belum terintegrasi antara aplikasi Kementerian Kesehatan (INA-CBGs), sistem informasi rumah sakit (SIRS), dan sistem informasi BPJS Kesehatan. Masih ada rumah sakit yang belum memiliki *billing system* (sistem pencatatan transaksi), data resume medis yang tidak lengkap, dokumen medis/rekam medis sebagai sarana informasi dan hasil-hasil penunjang yang tidak lengkap⁶⁰.
3. Faktor output, masih terdapatnya perselisihan (*dispute*) antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan mengenai isi klaim yang ditagihkan. Proses penyelesaian *claim dispute* melalui rantai yang panjang dan birokratis sehingga menghambat optimalisasi pengelolaan klaim. Selain itu administrasi berkas rekam medis yang kembali kerap kali tidak lengkap di mana persyaratan dan ketentuan administrasi klaim juga tidak lengkap⁶¹.

a. Hubungan Koordinasi Klaim Program JKN-KIS antara RS dengan BPJS Kesehatan

Dalam pengelolaan klaim Program JKN-KIS terdapat 2 (dua) area yaitu area pengelolaan klaim oleh rumah sakit dan area pengelolaan klaim oleh BPJS Kesehatan. Kedua area ini merupakan satu proses yang saling

⁵⁹ Sophia, Ede Surya Darmawan. 2017. Analisis keterlambatan pengajuan klaim kepada badan penyelenggara jaminan sosial (bpjs) kesehatan pada rumkital dr. mintohardjo, dki Jakarta.

⁶⁰ Ibid

⁶¹ Noviatry Lenty Wahyu, Sugeng.2016. Jurnal Kesehatan Vokasional. Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho, Vol. 1 No 1 – Oktober 2016.

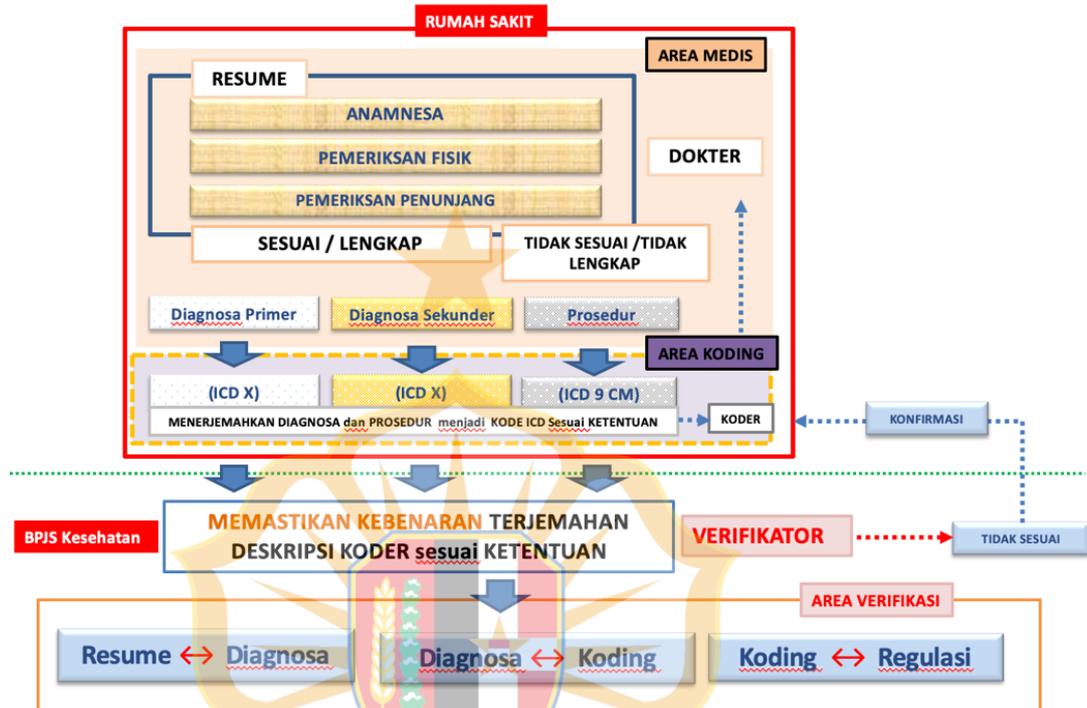
berinteraksi baik secara sistem maupun koordinasi sektoral untuk memastikan bahwa pengelolaan klaim telah dilakukan sesuai dengan regulasi yang berlaku.

Pada area pengelolaan klaim rumah sakit, terdapat sub-area medis di mana pada area ini merupakan area operasional rumah sakit dimulai dari pendaftaran, pemberian pelayanan kesehatan, dan manajemen dokumen pelayanan. Pada area ini rumah sakit memiliki kewajiban untuk melengkapi dokumen pelayanan (resume medis, dokumen pendukung layanan lainnya) yang menjadi sumber informasi dalam penginputan data klaim. Kelengkapan

Sub-area kedua adalah area koding, dimana petugas *coder* akan membaca, mentranslasi/menterjemahkan diagnosa dan prosedur menjadi kode CBGs, selanjutnya seluruh data klaim pelayanan akan dientrikan ke dalam sistem oleh petugas *coder* dari hasil resume medis atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP). Jika petugas *coder* mengalami kendala dalam mengtranslasikan dokumen pelayanan yang diterima, maka harus melakukan koordinasi dengan tenaga medis yang memberikan pelayanan. Hal ini menjadi titik kritis dalam pengelolaan klaim program JKN-KIS, dimana petugas koder harus memahami kaidah terkait tata koding INA-CBGs.

Area pengelolaan klaim oleh BPJS Kesehatan (petugas verifikator) , sebagai mekanisme akuntabilitas dan *check and balance*, bertugas memastikan kebenaran dari terjemahan deskripsi petugas *coder*. Jika tenaga verifikator mengalami kendala dalam ketidaklengkapan berkas, ketidaksesuaian hasil penerjemahan kode yang diterima, maka petugas verifikator dapat melakukan koordinasi dengan petugas *coder* rumah sakit. Siklus ini akan terus berjalan sampai status klaim diputuskan dalam 2 kondisi, yaitu diterima atau ditunda. Untuk status klaim yang ditunda maka dibutuhkan waktu koordinasi yang lebih panjang. Jika belum mendapatkan kesepakatan yang sama, maka perselisihan tersebut dapat dibahas ke tim Dewan Pertimbangan Medis untuk diputuskan.

Untuk menggambarkan secara singkat pengelolaan klaim RS dan hubungannya dengan BPJS Kesehatan, dapat ditampilkan melalui gambar di bawah ini:



Gambar 3. Hubungan Koordinasi Klaim RS dengan BPJS Kesehatan

Merujuk pada data dan fakta yang ada bahwa pengelolaan klaim program JKN-KIS kerap kali menimbulkan perselisihan atau dispute, diantara dispute yang ada 69% terkait dengan permasalahan dispute regulasi, 19% terkait permasalahan dispute koding, 9% terkait permasalahan dispute medis. Untuk mengurangi terjadinya dispute terkait koding dan dispute medis, diharapkan Rumah sakit dapat melakukan *self assesment* klaim sebelum melakukan klaim kepada BPJS Kesehatan dan melakukan analisa data klaim dan memastikan bahwa seluruh klaim pelayanan kesehatan yang diajukan sudah melewati fase verifikasi internal rumah sakit, memastikan seluruh lini memahami tentang ketentuan JKN dan manajemen klaim JKN, memastikan bahwa seluruh klaim yang diajukan adalah benar, sesuai dengan kaidah koding, dan sesuai dengan hasil kesepakatan yang ada, Rumah Sakit dan BPJS

Kesehatan saling berkoordinasi dalam menyelesaikan permasalahan klaim JKN guna mencegah terjadinya potensi kecurangan dalam pelaksanaan JKN.

b. *Pengelolaan Klaim RS oleh BPJS Kesehatan*

Teknis verifikasi klaim INA-CBGs yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan telah diatur dalam dokumen Panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim. Secara umum teknis verifikasi klaim INA-CBGs terbagi menjadi 2 (dua) bagian yaitu: 1) verifikasi administrasi klaim, dan; 2) verifikasi pelayanan kesehatan. Pada verifikasi administrasi klaim, BPJS Kesehatan memeriksa setiap dokumen klaim yang meliputi surat eligibilitas peserta (SEP), bukti pelayanan kesehatan, protokol terapi, resep, dan dokumen pendukung lainnya. Pada verifikasi pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan memeriksa kesesuaian tingkat keparahan penyakit dengan kompetensi rumah sakit, kesesuaian proses input data diagnosis, serta aturan-aturan lainnya. Intinya, pada proses ini BPJS Kesehatan memeriksa seluruh berkas klaim (populasi klaim) yang dikirim oleh rumah sakit. Proses pengambilan sampel klaim juga diakomodir di dalam panduan ini. Pada proses verifikasi klaim persalinan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) misalnya, BPJS Kesehatan dapat melakukan sampling pada klaim untuk dilakukan konfirmasi langsung kepada pasien mengenai pelayanan kesehatan yang diterimanya. Hal yang sama juga terjadi pada klaim rawat inap tingkat pertama.

Pada beberapa negara, teknis verifikasi klaim memiliki perbedaan dengan yang dilaksanakan di BPJS Kesehatan. Di Amerika Serikat misalnya, Medicare (program asuransi kesehatan untuk masyarakat berusia 65 tahun ke atas) sudah menerapkan metode analisis data, dan metode pengenalan pola-pola pelayanan kesehatan dalam memverifikasi klaim rumah sakit. Medicare juga menerapkan metode statistika untuk mengekstrapolasi temuan lebih bayar (overpayment) dari sampel klaim pelayanan kesehatan. Sebagai contoh, jika diambil sampel klaim secara acak sebanyak 100 klaim dari 1000 populasi klaim lalu ditemukan lebih bayar sebanyak \$5.000 pada 100 sampel tersebut, maka Medicare dapat

mengekstrapolasi temuan tersebut menjadi \$50.000 pada 1000 populasi klaim. Kombinasi antara metode statistika dan sampel klaim dapat menghasilkan proses pengelolaan klaim yang lebih efisien (waktu, biaya, sumber daya manusia), fokus, dan lebih berpeluang menghasilkan temuan-temuan yang penting.

Di Inggris, National Health Services (NHS) menerbitkan dokumen yang secara rinci menjelaskan cara memilih sampel klaim rumah sakit untuk kebutuhan verifikasi atau audit⁶². Beberapa metodologi pengambilan sampel disarankan seperti random sampling, interval sampling, consecutive sampling, stratified sampling, dan metode lainnya menyesuaikan dengan kondisi populasi klaim. Pada dokumen tersebut juga NHS mengingatkan kemungkinan bias akibat metode pengambilan sampel yang salah. Bahkan dokumen tersebut menyiapkan perhitungan ukuran sampel berdasarkan ukuran populasi dengan tingkat akurasi sebesar 95% sebagai berikut.

Ukuran Populasi	Ukuran Sampel
50	44
100	79
150	108
200	132
250	151
500	217
750	254
1000	278
1500	306
2000	322
2500	333
3000	341
4000	350
5000	357

⁶² Stearn Barbara. 2007. Leaflet developed from an original idea by UBHT NHS Trust Clinical Audit Department. Version 3 Publication Date – April 2007

Di Australia, metodologi untuk memverifikasi klaim rawat inap rumah sakit dilakukan melalui pengambilan sampel klaim secara acak (random sampling) pada periode tertentu yang mewakili keseluruhan populasi klaim⁶³. Adapun populasi klaim mengecualikan: 1) klaim bervolume tinggi (kemoterapi, dialisis); 2) bayi lahir sehat; yang akan diverifikasi secara terpisah. Berkas klaim yang diambil sampelnya kemudian diperiksa secara rinci pada hal-hal berikut :

1. Kepatuhan terhadap kriteria perawatan
2. Substansi klinis dari input data
3. Akurasi input data
4. Kelengkapan berkas pelayanan-pelayanan akut
5. Kelengkapan berkas dokumen gawat darurat

Pengelolaan verifikasi keseluruhan klaim rumah sakit yang dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan memiliki beberapa konsekuensi dari aspek alokasi sumber daya. Jumlah tenaga verifikator yang dibutuhkan adalah sekitar dua ribu pegawai. Jumlah berkas klaim rumah sakit yang harus disimpan cukup memakan ruangan di setiap kantor cabang. Jumlah klaim rumah sakit yang terus bertambah seiring bertambahnya jumlah peserta dan jumlah rumah sakit yang bekerja sama, juga membebani sistem informasi BPJS Kesehatan. Dibutuhkan sistem informasi yang kapasitasnya besar dan baik untuk memastikan proses pengelolaan klaim berjalan tepat waktu sesuai ketentuan regulasi. Kebutuhan ini akan terus bertambah di masa-masa mendatang.

Terdapat peluang untuk meningkatkan efisiensi pengelolaan klaim jika BPJS Kesehatan dapat mengimplementasikan verifikasi berbasis sampel klaim sebagaimana yang diterapkan di negara-negara lain. Dengan mengkombinasikan metode pengambilan sampel yang baik dan metode statistika yang baik, diharapkan pengelolaan klaim di BPJS Kesehatan dapat berjalan lebih efektif dan efisien sehingga tenaga verifikator dapat dialokasikan kepada fungsi-fungsi lain di BPJS

⁶³ Pypier William. 2009. Clinical Information Audit Program Hospital Activity Reporting

Kesehatan yang lebih berdaya guna. Waktu pengelolaan klaim juga lebih singkat sehingga memberikan lebih banyak waktu kepada pegawai BPJS Kesehatan untuk melaksanakan tanggung jawab lainnya. Terakhir, sistem informasi BPJS Kesehatan dapat dikurangi bebannya.

c. Pemanfaatan Sistem Informasi Pengelolaan Klaim (FKRTL)

Pengelolaan klaim pelayanan kesehatan program JKN telah memanfaatkan sistem teknologi informasi. Sistem informasi ini diimplementasikan dalam proses pendataan pasien, proses pencatatan pelayanan, proses pembentukan biaya, proses pengajuan klaim, proses verifikasi serta proses pelaporan. Pemanfaatan teknologi ini ditujukan untuk membantu rumah sakit dalam pengelolaan klaim serta mencegah terjadinya potensi kesalahan dan kecurangan atas klaim pembiayaan pelayanan. Pada kenyataannya belum semua rumah sakit dapat mengimplementasikan sistem informasi, terutama pada rumah sakit di wilayah terluar dan terdepan selain itu juga terdapat terkendala dalam penyediaan infrastruktur teknologi informasi serta kesiapan sdm / staff yang dapat mengelola sistem informasi tersebut.

Tingginya angka pemanfaatan pelayanan kesehatan, akan meningkatkan jumlah klaim yang akan dikelola oleh rumah sakit dan BPJS Kesehatan. Peningkatan jumlah klaim berbanding lurus dengan peningkatan data transaksional pelayanan kesehatan yang akan dikelola oleh sistem informasi. Mengantisipasi hal ini maka Rumah Sakit, BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan harus mengembangkan ekosistem teknologi informasi yang efektif dan efisien. Saat ini dalam pengelolaan klaim program JKN-KIS terdapat 3 (tiga) sistem yang terimplementasi, diantaranya :

1) Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)

Secara singkat SIRS adalah sistem informasi yang dibangun yang digunakan oleh rumah sakit sebagai *tools* untuk menjaga, memberikan dan meningkatkan mutu layanan bagi setiap pasien yang datang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dengan

mengotomatisasi dan mengintegrasikan seluruh prosedur pengelolaan data dan informasi. Pemanfaatan SIRS ini merujuk pada Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. Pada Pasal 1 ayat (6) dikatakan bahwa fungsi dari SIRS adalah untuk meningkatkan efisiensi, efektifitas, profesionalisme, kinerja, serta akses dalam pelayanan. Mempersiapkan SIRS membutuhkan sumber daya yang besar. Bagi rumah sakit yang belum memiliki SIRS atau yang belum memiliki pendanaan yang memadai untuk membuat SIRS, Kementerian Kesehatan telah menyiapkan Sistem Informasi Manajemen berbasis komputer yang diberi nama *SIMRS Generic Open Source*.

Otomatisasi diharapkan membantu rumah sakit mengurangi risiko *human error*. Dampak dari kesalahan proses pencatatan ini bisa menimbulkan kerugian materi bagi rumah sakit. Hal ini tentu saja akan mempengaruhi proses pengajuan klaim yang harus ditagihkan ke BPJS Kesehatan.

2) Sistem Informasi Kemenkes (INA CBGs)⁶⁴

Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs), Kementerian Kesehatan telah membangun aplikasi INA-CBGs yang digunakan oleh Rumah Sakit dalam memberikan dukungan pelayanan bagi peserta JKN-KIS. Fungsi aplikasi INA-CBGs secara singkat adalah untuk melakukan *grouping* (pembentukan biaya) atas pelayanan yang diterima oleh peserta Program JKN-KIS. Dalam proses *grouping* dibutuhkan input data demografi pasien, dan data klinis pasien (diagnosa, prosedur serta *item* lainnya yang dipersyaratkan).

Sama halnya dengan implementasi SIRS, implementasi INA-CBGs juga menghadapi beberapa hambatan, di antaranya

⁶⁴ Pemerintah RI, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)

ketidaksesuaian data sosial pasien (peserta JKN-KIS), adanya data klinis yang ditambahkan untuk menambah biaya manfaat, serta adanya tambahan data klinis yang tidak sesuai dengan ketentuan. Kesalahan-kesalahan ini akan berakibat pada terhambatnya proses penagihan klaim ke BPJS Kesehatan, karena proses verifikasi yang berulang dari sistem BPJS Kesehatan. Alur entri data aplikasi INA-CBGs ditunjukkan pada lampiran 3.

3) Sistem Informasi BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan telah membangun digitalisasi sistem pelayanan kesehatan melalui beberapa sistem aplikasi, di antaranya adalah penerapan sistem verifikasi digital klaim (Vedika) yang telah menyederhanakan proses bisnis pengelolaan klaim dengan tujuan proses verifikasi dilakukan secara tersistem, efisiensi dan efektif sehingga kualitas hasil verifikasi menjadi lebih valid. Namun sistem ini sangat tergantung pada *rules* dan *filtrasi* yang harus *diupdate* jika ditemukan pola-pola baru dari potensi kecurangan dari kegiatan audit klaim. Dengan semakin banyaknya *rules* dan *filtrasi* yang diterapkan dalam sistem, maka akan menambah waktu proses komputasi dari kumpulan data yang ada.

a) Aplikasi V-Claim

Aplikasi V-Claim merupakan aplikasi yang digunakan untuk menerbitkan surat eligibilitas peserta (SEP) bagi peserta JKN-KIS yang membutuhkan pelayanan kesehatan di rumah sakit pada tingkat pelayanan kesehatan rawat jalan maupun rawat inap. Aplikasi ini terintegrasi dengan *data center* BPJS Kesehatan untuk meminimalisir penyalahgunaan yang dilakukan oleh peserta dengan memanfaatkan nomor peserta yang tidak sesuai dengan orang yang akan memanfaatkan.

Fungsi lain aplikasi V-Claim adalah untuk melakukan pengajuan klaim oleh rumah sakit ke BPJS Kesehatan. Pengajuan klaim dilakukan dengan mengunggah *file text* (txt) yang merupakan luaran dari aplikasi INA-CBGs.

b) Aplikasi VIDDI

Aplikasi Verifikasi Digital (VIDDI) merupakan aplikasi yang digunakan untuk melakukan proses verifikasi klaim yang diajukan oleh rumah sakit. Proses verifikasi klaim dilakukan setelah berkas klaim diterima oleh kantor cabang setempat dan file txt telah diunggah melalui aplikasi V-Claim. Setelah data klaim berupa file txt diunggah oleh RS melalui aplikasi V-Claim, maka akan diproses melalui aplikasi VIDDI dengan beberapa validasi yang dilakukan pada tahap purifikasi klaim yakni: nomor kartu, nomor SEP, tingkat pelayanan, kelas rawat, status pulang pasien, dan kadaluarsa klaim. Proses selanjutnya adalah tahap verifikasi "rules" di mana klaim divalidasi berdasarkan data konsensus yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan dengan jumlah rules sebanyak 246.

Tahapan selanjutnya adalah verifikasi "filtrasi" klaim di mana sistem akan melakukan beberapa validasi di antaranya:

1. Pelayanan rawat jalan ganda, rawat inap ganda,
2. Durasi rawat inap (*length of stay/LOS*) kurang dari 4 hari,
3. LOS di unit gawat darurat (UGD) kurang dari 4 hari,
4. Kasus dengan tingkat keparahan (*severity level*) 2 dan 3 (sedang dan parah),
5. Kunjungan RJTL berulang dalam kurun waktu 5 hari,
6. Kejadian traumatik,
7. Pelayanan rehabilitasi medik lebih dari 8 kali per bulan,
8. Kunjungan ke FKRTL kurang dari 1 bulan untuk diagnosa pelayanan rujuk balik (PRB) ,
9. Pelayanan cuci darah (hemodialisa) lebih dari 12 kali dalam 1 bulan,
10. Pelayanan *ultrasonography* (USG),
11. Klaim tidak sesuai dengan sarana prasarana yang tersedia di FKRTL.

Selanjutnya proses verifikasi biaya klaim difinalisasi dan diterbitkan formulir pengajuan klaim (FPK). Hambatan yang muncul pada setiap proses verifikasi klaim ini berdampak pada terhambatnya pembayaran karena diperlukan waktu untuk klarifikasi dan perbaikan data klaim. Kendala lainnya adalah administrasi berkas klaim yang juga menjadi syarat utama pengajuan klaim. Untuk itu RS sudah dituntun untuk menertibkan administrasi klaim sejak pendaftaran pasien (peserta JKN-KIS) sampai dengan pelayanan selesai diterima. Alur Verifikasi pada Lampiran 4.

d. Integrasi Sistem Informasi Pengelolaan Klaim Program JKN-KIS

Otomatisasi dan integrasi sistem pengelolaan klaim Program JKN-KIS diharapkan dapat mengatasi kendala ketidaksesuaian data dan informasi klaim Program JKN-KIS (data identitas peserta JKN-KIS dan data klinis) yang berdampak pada terlambatnya pengajuan klaim dan pembayaran oleh BPJS Kesehatan. Integrasi ketiga sistem ini membentuk sebuah ekosistem Teknologi Informasi JKN-KIS dan harus dipastikan tidak mengganggu prosedur dan sistem informasi masing-masing lembaga.

Rumah sakit berkepentingan dalam memastikan tagihan atas klaim pelayanan dapat dibayarkan tepat waktu oleh BPJS Kesehatan agar *cash flow* RS tidak terganggu seperti yang dikeluhkan selama ini. Bagi BPJS Kesehatan berkepentingan dalam menjamin dan memastikan seluruh pesertanya mendapatkan layanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas, juga untuk memastikan pembayaran manfaat klaim lebih transparan dan tepat karena proses verifikasi lebih akurat dengan tidak adanya perbedaan data. Di sisi lain BPJS Kesehatan juga lebih dapat membuat prognosa pembayaran klaim setiap bulannya agar *cash flow* dana jaminan sosial dapat terkendali. Bagi Kementerian Kesehatan data demografi dan data klinis yang valid akan bermanfaat dalam perhitungan *costing* tarif INA-CBGs.

e. Pendekatan Holistik terhadap Pengelolaan Klaim Program JKN-KIS (FKRTL)

Untuk menganalisa lebih lanjut faktor penyebab dan solusi atas belum efisien dan efektifnya sistem pengelolaan klaim program JKN-KIS sehingga diharapkan pengelolaan klaim ini dapat berjalan efektif dan efisien, dan dalam penjabarannya menggunakan aspek yang perlu diperhatikan sebagaimana yang diungkapkan C Otto Scharmer pada teori U dengan 3 aspek pendekatannya.

Aspek pertama dari teori U, yaitu *Open Mind* yang dapat diterapkan kepada Manajemen Rumah Sakit dalam hal melihat masih adanya gap kompetensi, ketelitian dan kepatuhan dalam menyiapkan dokumen klaim dari petugas yang diberikan tanggung jawab dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan; adanya permasalahan translasi/menterjemahkan diagnosis antara dokter penanggung jawab pelayanan, petugas *coders*, dan BPJS Kesehatan; sistem dan teknologi pendukung yang bermasalah; aplikasi belum terintegrasi antara INA-CBGs, SIRS, dan sistem BPJS Kesehatan; masih ada rumah sakit yang belum memiliki *billing system*; kelengkapan data resume medis; dokumen medis/rekam medis sebagai sarana informasi dan hasil-hasil penunjang yang belum dilengkapi masih terdapatnya perselisihan (*dispute*) klaim dengan proses penyelesaian yang panjang dan birokratis dan administrasi berkas rekam medis yang kembali tidak lengkap, persyaratan dan ketentuan administrasi klaim yang tidak lengkap.

Aspek kedua dari teori U yaitu *Open Heart*, manajemen rumah sakit dan BPJS Kesehatan menyampaikan visi kepada seluruh petugas bahwa profesionalisme dalam pengelolaan klaim adalah sangat penting, dengan demikian seluruh jajaran rumah sakit maupun BPJS Kesehatan memiliki tujuan yang jelas dalam beraktifitas sesuai dengan visi yang disampaikan manajemen.

Aspek ketiga dari teori U yaitu *Open Will*, manajemen rumah sakit mengimplementasikan visinya melalui pelatihan yang dianggap sesuai

dengan kompetensi yang akan di kembangkan. Rumah sakit dan BPJS Kesehatan juga dapat menginvestasikan pengembangan sistem yang lebih efektif dalam pengelolaan klaim pelayanan kesehatan.

15. Pencegahan Penyalahgunaan Klaim Program JKN-KIS

Jenis kecurangan pelayanan kesehatan merujuk pada *Medicare Fraud & Abuse: Prevent, Detect, Report* tahun 2018, terdiri dari **Kesalahan**, biasanya merupakan *error* atau kesalahan kode seperti *upcoding*, *standard of care*, dan *cancelled services*. **Inefisiensi**, merupakan hasil input data yang tidak sesuai atau berlebih dalam input diagnosis seperti *no medical value*, dan *unnecessary treatment*. **Pelanggaran aturan** atau *abuse* di antaranya *service unbundling*, penggunaan ventilator yang berlebihan, readmisi, iur biaya, *type of room charge*, *inflated bills*, dan *self-referrals*. Ketiga kesalahan ini dapat dinyatakan sebagai *fraud* dengan melihat frekuensi/intensitas, jumlah kasus, dokumen pendukung, pembuktian kecurangan, motif dari kesalahan yang dilakukan. Jenis kesalahan yang terakhir adalah **penipuan yang disengaja** atau *fraud* di antaranya *phantom billing*, *phantom procedures*, *cloning*, dan *repeated bill*. Akibat potensi penyalahgunaan ini BPJS Kesehatan akan membayar biaya manfaat yang lebih besar daripada yang seharusnya.

Mengingat adanya potensi kerugian yang mungkin timbul karena tindak kecurangan (*fraud*), maka perlu upaya pencegahan secara sistematis dengan membangun sistem pencegahan. Permenkes Nomor 16 tahun 2018 memerintahkan masing-masing pihak terkait untuk membangun sistem pencegahan tindak kecurangan (*fraud*).

a. Potensi Penyalahgunaan Pada Program JKN-KIS

Kompleksitas program JKN-KIS khususnya pembayaran biaya manfaat kesehatan yang diajukan oleh rumah sakit berpotensi menyebabkan inefisiensi atau mengarah pada penyalahgunaan bahkan sampai pada tindakan kecurangan. Kecurangan dalam program JKN-KIS adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja, untuk mendapatkan keuntungan finansial melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan

ketentuan, seperti yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2019.

BPJS Kesehatan sesuai dengan tugasnya dalam pencegahan kecurangan, telah membangun siklus pencegahan kecurangan meliputi tindakan pencegahan (preventif), tindakan deteksi terhadap potensi terjadinya kecurangan, dan tindakan penanganan atas kecurangan baik sanksi administrasi sampai dengan sanksi terberat pengembalian kerugian bahkan tindakan hukum.

Penanganan atas kecurangan tidak hanya dilakukan oleh jajaran Kemenkes (Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota serta fasilitas kesehatan) atau BPJS Kesehatan, tetapi juga melibatkan asosiasi fasilitas kesehatan, organisasi profesi bahkan saat ini juga melibatkan Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK). Untuk mendukung kegiatan pencegahan kecurangan, masing-masing instansi wajib membangun sistem pencegahan kecurangan. Untuk mengefektifkan kegiatan pencegahan kecurangan maka dibentuk tim pencegahan dan penanganan kecurangan. Pemberian sanksi atas tindakan kecurangan berupa sanksi administratif berupa teguran lisan, teguran tertulis sampai dengan perintah pengembalian kerugian. Sanksi tambahan dapat diberikan berupa denda dan pencabutan izin bagi tenaga medis dan fasilitas kesehatan. Bahkan BPJS Kesehatan dapat melakukan pemutusan kontrak atas fasilitas kesehatan sesuai dengan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 tahun 2016 untuk mencegah dan menindaklanjuti kecurangan.

Meskipun sudah ada regulasi yang jelas mengenai upaya pencegahan potensi *fraud*, namun Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP) menemukan beberapa catatan dalam pelaksanaan audit tujuan tertentu atas aset Dana Jaminan Sosial Kesehatan (DJS Kesehatan). Hal ini diperkuat dengan penyampaian dari BPJS Kesehatan dimana temuan praktik *fraud* (curang) dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tidak sampai satu persen⁶⁵.

⁶⁵ Wicaksono Adhi. 2020. Dirut BPJS Kesehatan Akui Fraud 1 Persen dalam Temuan BPKP. <https://www.cnnindonesia.com/ekonomi/20200618133536-78-514746/dirut-bpjs-kesehatan-akui-fraud-1-persen-dalam-temuan-bpkp>, Diakses pada Juni 2020.

b. Potensi Efisiensi Klaim

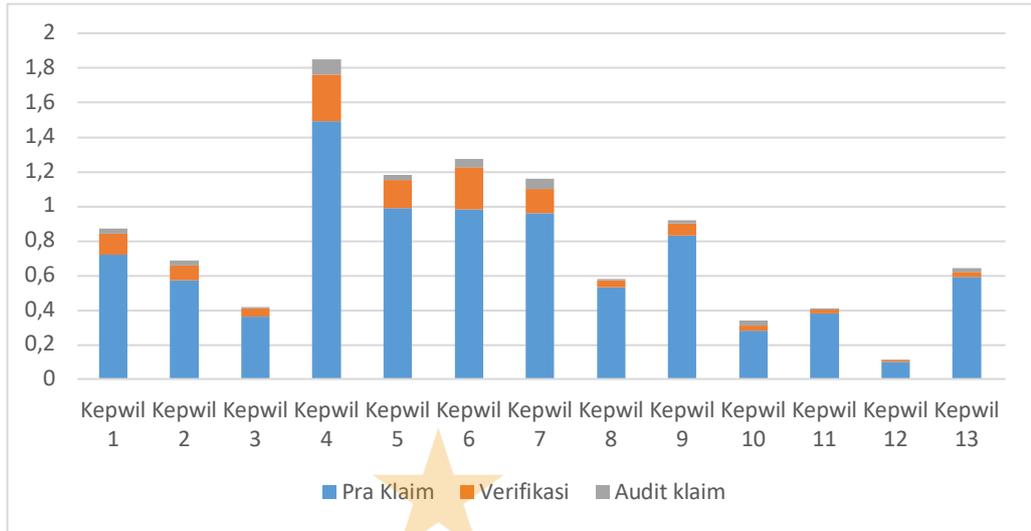
Pada tahun 2019, efisiensi biaya sebesar Rp10,5 triliun pada FKRTL merupakan hasil dari efisiensi pra klaim, verifikasi saat klaim, dan audit pasca klaim. Hal ini membuktikan masih terdapat potensi efisiensi klaim yang dapat diselamatkan untuk meminimalisir inefisiensi pengeluaran BPJS Kesehatan. Secara rinci efisiensi biaya yang diselamatkan dari masing-masing kegiatan verifikasi adalah: 1) kegiatan efisiensi pra-klaim sebesar Rp. 8.820.510.301.279; 2) kegiatan efisiensi verifikasi sebesar Rp. 1.293.952.887.216; 3) kegiatan efisiensi Audit Pasca Klaim sebesar 422.030.2915.249.

Kedeputian Wilayah	sd Desember 2019						Total sd Desember 2019	
	Efisiensi Pra Klaim		Efisiensi Verifikasi		Efisiensi Audit Klaim		Kasus Terindikasi	Efisiensi Biaya
	Kasus Terindikasi	Efisiensi Biaya	Kasus Terindikasi	Efisiensi Biaya	Kasus Terindikasi	Efisiensi Biaya		
Kepwil 1	732.252	719.804.717.710	70.361	120.231.171.804	55.500	31.387.286.787	858.113	871.423.176.301
Kepwil 2	759.422	566.273.709.603	59.371	87.060.781.289	53.837	34.560.184.257	872.630	687.894.675.149
Kepwil 3	407.274	358.587.294.821	50.480	47.613.222.650	17.055	9.959.325.721	474.809	416.159.843.192
Kepwil 4	2.143.232	1.490.985.436.169	185.995	269.061.824.175	169.050	97.575.320.199	2.498.277	1.857.622.580.543
Kepwil 5	1.308.757	999.410.079.595	109.596	161.365.208.751	88.324	34.876.457.973	1.506.677	1.195.651.746.319
Kepwil 6	1.458.542	984.696.750.787	179.053	244.412.471.743	115.474	52.292.901.579	1.753.069	1.281.402.124.109
Kepwil 7	1.254.121	961.913.413.127	112.487	140.180.693.786	80.996	67.409.076.536	1.447.604	1.169.503.183.449
Kepwil 8	543.351	529.708.808.659	31.752	45.824.663.810	23.057	12.582.593.956	598.160	588.116.066.425
Kepwil 9	793.154	835.981.001.376	52.539	76.342.653.034	27.761	16.994.459.171	873.454	929.318.113.581
Kepwil 10	230.819	288.472.925.618	19.167	31.469.358.678	70.756	29.441.520.379	320.742	349.383.804.675
Kepwil 11	440.484	384.761.650.863	21.095	22.761.265.882	29.328	11.954.368.910	490.907	419.477.285.655
Kepwil 12	108.137	101.341.770.716	11.075	13.597.676.860	5.531	3.759.959.658	124.743	118.699.407.234
Kepwil 13	617.561	598.572.742.235	30.900	34.031.894.753	35.478	19.236.740.124	683.939	651.841.377.112
Total	10.797.106	8.820.510.301.279	933.871	1.293.952.887.215	772.147	422.030.195.249	12.503.124	10.536.493.383.743

Sumber data: Laporan Efisiensi Pra Klaim, Verifikasi, dan Audit Klaim BI Desember 2019

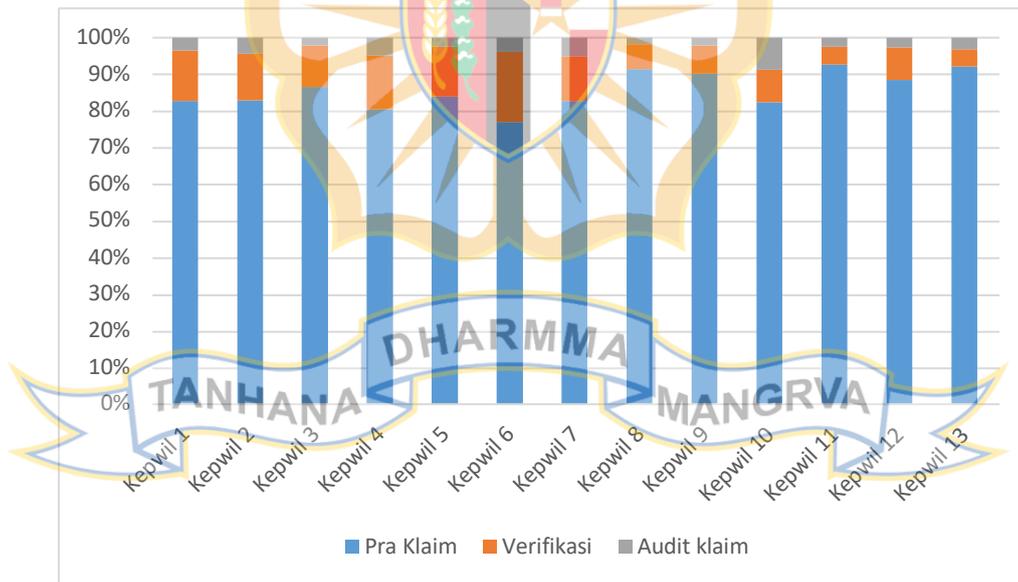
Gambar 4. Hasil kegiatan audit BPJS Kesehatan.

Jika dirinci berdasarkan wilayah kerja BPJS Kesehatan maka akan tergambar sebagaimana pada tabel di bawah ini (ke-4 wilayah kerja terbesar adalah 1). Kedeputian Wilayah Jabodetabek; 2). Kedeputian wilayah Jawa Tengah; 3). Kedeputian Wilayah Jawa Barat; 4) Kedeputian Wilayah Jawa Timur.



Gambar 5. Porsi efisiensi klaim berdasarkan kedeputan wilayah.

Jika dilihat dari persentase efisiensi klaim pelayanan kesehatan, terlihat bahwa Kedeputan Wilayah 10 (Propinsi Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Gorontalo, Maluku, dan Maluku Utara) memiliki persentase audit klaim yang tertinggi dari kedeputan lain.



Gambar 6. Hasil kegiatan audit BPJS Kesehatan.

Merujuk pada permenkes nomor 16 tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan, pada pasal 18 sanksi terhadap potensi kecurangan hanya berupa Sanksi teguran lisan dapat dikenakan untuk

kategori pelanggaran ringan, Sanksi teguran tertulis dapat dikenakan untuk kategori pelanggaran ringan atau pelanggaran sedang, Sanksi perintah pengembalian kerugian akibat tindakan Kecurangan (fraud), Sanksi tambahan berupa denda dapat dikenakan untuk kategori pelanggaran sedang atau pelanggaran berat dan Sanksi tambahan berupa pencabutan izin dapat dikenakan untuk kategori pelanggaran berat.

Meskipun BPJS Kesehatan pernah memutus kontrak kerjasama 70 Rumah Sakit⁶⁶, namun faktanya masih di temukan potensi penyalahgunaan/kecurangan yang menyebabkan inefisiensi DJS oleh BPKP maupun KPK. Dalam upaya pencegahan kecurangan, masih dapat dioptimalkan dengan pemberian sanksi yang lebih tegas dan dapat membuat efek jera bagi pelaku.

c. Peran Teknologi Informasi dalam Pencegahan Penyalahgunaan Klaim

Dari data dan fakta serta uraian terkait sistem yang mendukung Program JKN-KIS, masih terdapat potensi inefisiensi biaya baik pada tahap verifikasi klaim maupun pada tahap audit klaim. Untuk mengatasi permasalahan ini, BPJS Kesehatan telah mengembangkan sistem yang berfungsi untuk membantu para verifikator BPJS Kesehatan dalam mencegah terjadinya inefisiensi pada klaim biaya pelayanan kesehatan. Sistem yang dikembangkan tersebut terdiri dari sistem yang bekerja pada area verifikasi dan sistem yang bekerja pada area pasca klaim atau audit klaim, yaitu:

1) *Rules* dan *filtrasi*

Rules dan *filtrasi* merupakan logika-logika dalam verifikasi yang diprogram secara eksplisit pada aplikasi Verifikasi Digital (VIDI). Sistem ini telah bekerja cukup baik pada kasus-kasus klaim yang sesuai dengan *rules* dan *filtrasi* yang ditanamkan. Jika terdapat penambahan atau logika pada proses verifikasi, maka aplikasi harus

⁶⁶ Jppn. 2019. 'tindak-tegas-fraud-bpjs-kesehatan-putus-kontrak-70-rs-nakal'. <https://www.jppn.com/news/tindak-tegas-fraud-bpjs-kesehatan-putus-kontrak-70-rs-nakal>. Diakses pada Juni 2020

diprogram ulang untuk menyesuaikan dengan logika yang baru. Kelemahan lain dari sistem ini adalah tidak mampu mendeteksi pola-pola yang tersembunyi dari klaim yang diajukan.

2) DEFRADA (Deteksi Potensi Fraud dengan Analisa Data)

Sistem ini bekerja pada area pasca verifikasi yang dibuat dengan tujuan untuk menangkap potensi efisiensi yang tidak terbaca pada *rules* dan filtrasi. Sistem ini dibuat dengan menggunakan pendekatan *data mining* dengan membaca fenomena *spike* atau anomali dan kemudian memberikan *red flag* pada kejadian anomali tersebut.

3) *Self Service Business Intelligence* (SSBI)

SSBI merupakan sebuah sistem yang memberikan kebebasan kepada penggunanya untuk menerapkan logika-logika sesuai dengan kemampuan dan tingkat pengetahuan penggunanya. Sistem ini sangat *customable*, sehingga keandalannya sangat tergantung pada kemampuan penggunanya.

d. Pendekatan metode verifikasi melalui *Risk Scoring* dengan *Machine Learning / Artificial Intelligence*

Seiring dengan terus berkembangnya teknik verifikasi dan semakin besarnya data, maka BPJS Kesehatan perlu mengembangkan sebuah sistem yang dapat membantu verifikator dalam melakukan verifikasi klaim biaya pelayanan kesehatan yang bersifat abnormal atau pola-pola pengajuan klaim yang tersembunyi. Sistem yang dikembangkan harus dapat membaca data klaim dengan cepat, hal ini dikarenakan pada aplikasi *rules* dan filtrasi setiap penambahan logika-logika baru menyebabkan proses pembacaan data menjadi lebih lama dan semakin besarnya data menyebabkan proses pada DEFRADA dan SSBI menjadi lebih lambat. Sistem yang dikembangkan harus memiliki kemampuan berfikir atau menalar seperti manusia, sehingga tidak perlu membangun ulang aplikasi setiap ada logika baru yang harus dimasukkan. Sistem harus mampu membantu verifikator secara cepat dalam mencari transaksi anomali berdasarkan pembelajaran pada data sebelumnya. Sistem juga

harus terintegrasi dengan sistem yang sudah ada. Berdasarkan kebutuhan-kebutuhan tersebut maka dikembangkanlah sebuah *machine learning* yang melakukan proses pembelajaran dari perilaku-perilaku klaim sebelumnya.

Machine learning ini akan membuat logika algoritma dari perilaku atau kebiasaan RS dalam input data klaim hal ini sejalan dengan **Teori Terapi Sistemik Defisit JKN** di mana untuk memastikan pembayaran klaim atas layanan kesehatan harus disertai dengan pengendalian utilisasi yang bersifat abnormal. Implementasi *machine learning* ini akan membuat logika algoritma dari perilaku atau kebiasaan RS dalam input data klaim. Implementasi *machine learning* diharapkan mampu 1) mengidentifikasi dan menilai risiko yang terkait dengan keputusan untuk menerima atau melanjutkan proses verifikasi klaim (proses verifikasi klaim lebih cepat dan akurat); 2) mengidentifikasi dan menguji kesalahan (*mis-statement*) yang ada pada klaim yang diajukan karena adanya indikasi *fraud* (*preventive action*); 3) melakukan prosedur analitis substansi sebagai respon atas penilaian auditor terhadap risiko kesalahan penyajian (meningkatkan akurasi verifikasi klaim).

e. Pendekatan Holistik Terhadap Tantangan Potensi Penyalahgunaan Klaim Program JKN-KIS (FKRTL)

Untuk menganalisa lebih lanjut faktor penyebab dan solusi atas belum efisien dan efektifnya potensi penyalahgunaan klaim program JKN-KIS sehingga diharapkan pengelolaan klaim ini dapat berjalan efektif dan efisien sebagaimana yang diungkapkan C Otto Scharmer pada teori U, yaitu :

Aspek pertama dari teori U, yaitu *Open Mind* yang dapat diterapkan kepada Manajemen Rumah Sakit dalam hal meningkatkan kepatuhan petugas rumah sakit terhadap PNPk (Pedoman Nasional Pelayanan Kesehatan) sehingga potensi inefisiensi pelayanan kesehatan dapat diminimalisir. Selain itu, manajemen rumah sakit juga sebaiknya menyadari bahwa telah terjadi perubahan paradigma sistem pembayaran kesehatan dari *fee-for-service* menjadi INA-CBGs. Fokus utama dalam

sistem pembayaran INA-CBGs adalah memaksimalkan pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif sehingga pelayanan kesehatan dapat diberikan secara optimal dan tidak melampaui besaran tarif yang sudah ditentukan Kementerian Kesehatan. Bagi BPJS Kesehatan, manajemen perlu melihat dengan jernih bahwa sistem pengendalian kecurangan masih membuka peluang untuk perbaikan. Hal ini ditunjukkan pada kenyataan bahwa masih terdapat temuan BPKP atas inefisiensi pelayanan kesehatan meski sudah melewati sistem verifikasi BPJS Kesehatan. Untuk itu, investasi yang lebih besar perlu dilakukan untuk memperbaiki sistem pencegahan kecurangan secara komprehensif dan berkesinambungan.

Aspek kedua dari teori U yaitu *Open Heart*, Manajemen rumah sakit perlu meningkatkan komitmennya untuk membentuk tim pencegahan kecurangan yang professional dan indenpenden sehingga praktik-praktik kecurangan dapat dicegah sedini mungkin bahkan sebelum klaim diajukan. Hal ini penting dilakukan untuk memastikan tidak ada hambatan dalam proses pengajuan klaim akibat hal-hal yang sebetulnya dapat dicegah. Pada akhirnya, kepatuhan terhadap aturan yang berlaku akan menguntungkan kedua belah pihak, baik pihak rumah sakit maupun BPJS Kesehatan. Bagi BPJS Kesehatan, *open heart* berarti menyusun program kerja yang secara spesifik mengarah pada peningkatan pencegahan kecurangan. Hal ini dapat berupa program peningkatan kompetensi verifikator, atau perbandingan sistem pencegahan kecurangan dari negara penyelenggara jaminan kesehatan yang terbukti sukses dalam praktik pencegahan kecurangan.

Aspek ketiga dari teori U yaitu *Open Will*, Manajemen Rumah Sakit mengimplementasikan visinya melalui pelatihan yang dianggap sesuai dengan kompetensi yang akan dikembangkan. Rumah sakit dan BPJS Kesehatan juga dapat menginvestasikan pengembangan sistem yang lebih efektif dalam pencegahan kecurangan pelayanan kesehatan.

BAB IV

PENUTUP

16. Simpulan

Dari hasil analisis didapatkan kesimpulan adanya peluang mengefektifkan pengelolaan klaim dan pengendalian penyalahgunaan klaim pada Program JKN-KIS sebagai upaya meminimalisir infisiensi Dana Jaminan Kesehatan sebagai berikut:

- 1) Peningkatkan efektifitas pengelolaan klaim Program JKN-KIS dapat ditingkatkan optimalisasinya dari sisi pengembangan sistem informasi Rumah Sakit, BPJS Kesehatan, dan Kementerian Kesehatan melalui terintegrasi sistem informasi
- 2) Diperlukan metode penyederhanaan verifikasi klaim berbasis sampel dengan pengutan pada tata kelola klaim Program JKN-KIS yang mengacu pada regulasi baik secara administrasi, kaidah medis dan kaidah coding sistem INA-CBGs yang telah ditetapkan.
- 3) Peningkatkan efektifitas pencegahan penyalahgunaan klaim dapat lebih ditingkatkan dengan memanfaatkan *big data* yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan, untuk menangkap pola-pola tersembunyi dari proses input data klaim sehingga potensi efisiensi lebih dapat ditemukan.
- 4) Peningkatan pengelolaan klaim dan pencegahan kecurangan dalam penyelenggaraan Program JKN-KIS adalah upaya untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas program JKN-KIS. Hal ini dimaksudkan untuk meningkatkan kesinambungan program JKN-KIS, tidak saja kesinambungan finansial, namun juga kesinambungan politik hukum jaminan kesehatan nasional. Perbaikan pengelolaan klaim dan pencegahan kecurangan mutlak membutuhkan komitmen bersama dari seluruh pemangku kepentingan dalam ekosistem penyelenggara Program JKN-KIS.

17. Saran

Solusi dalam pengelolaan klaim dan upaya pengendalian penyalahgunaan klaim Program JKN-KIS

- 1) Dalam pengelolaan klaim program JKN-KIS, perlu dibangun satu sistem terintegrasi antara BPJS Kesehatan, Rumah Sakit, Kementerian Kesehatan yang mampu memperpendek mekaniske pengelolaan klaim.
- 2) Perlunya kebijakan atau regulasi untuk mendukung penerapan verifikasi berbasis sampel klaim rumah sakit yang melibatkan Kemeterian Kesehatan, BPJS Kesehatan.
- 3) BPJS Kesehatan memperkuat kapasitas kompetensi sumber daya dalam pengembangan dan pengelolaan klaim berbasis Mechine Learning.
- 4) BPJS Kesehatan dapat meningkatkan strategi penegakan hukum agar menimbulkan efek jera kepada seluruh rumah sakit yang melanggar ketentuan.
- 5) BPJS Kesehatan bersama Kementerian Kesehatan dapat memperpanjang kerjasama dengan KPK, Kejaksaan dan Kepolisian dalam pencegahan penyalahgunaan / kecurangan dalam program JKN-KIS.



DAFTAR PUSTAKA

BUKU dan JURNAL

Aning Floriberta. 2019. '*Lahirnya Pancasila Kumpulan Pidato BPUPKI*'. Cetakan ketiga. Jakarta. Media Pressindo. 145-146

BPJS Kesehatan. 2018. 'Laporan Keuangan tahun 2018'.

BPJS Kesehatan. 2019. 'Laporan Pengelolaan Program tahun 2019'. (belum publikasi)

BPJS Kesehatan. 2020. Olahan Data Laporan Pengelolaan Program BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan, Andi Ashar. 2019. Overview Upaya Pencegahan, Deteksi dan Penanganan Kecurangan Dalam program JKN. Di sampaikan pada Pertemuan Sosialiasi PMK nomor 16 Padang, 22 Oktober 2019

Dewan Jaminan Sosial Nasional. 2020. "Statistik JKN 2014-2018". 29,32,57

Eka Putri Asih. 2018. Materi Kalaeidoskop SJSN 2018, Defisit (Struktural) Jkn 2014-2018& Restrukturisasi Jkn

Hidayat B. 2016. 'Terapi Sistemik Defisit JKN: Bahan Refleksi Bagi Semua Pihak'. Jakarta. Center For Health Economics and Policy Studies School of Public Health Universitas Indonesia

Noviatri Lenty Wahyu, Sugeng.2016. Jurnal Kesehatan Vokasional. Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho, Vol. 1 No 1 – Oktober 2016.

Pyper William. 2009. Clinical Information Audit Program Hospital Activity Reporting

Sampurna Budi. 'Kompartemen Hukum, Advokasi dan Mediasi Persi, Sistem Anti Fraud dalam Implementasi Permenkes 36/2015'

Sophia, Ede Surya Darmawan. 2017. Analisis keterlambatan pengajuan klaim kepada badan penyelenggara jaminan sosial (bpjs) kesehatan pada rumkital dr. mintohardjo, dki Jakarta.

Stearn Barbara. 2007. Leaflet developed from an original idea by UBHT NHS Trust Clinical Audit Department. Version 3 Publication Date – April 2007

Teguh Dartanto Dkk. 2017. 'Dampak Program JKN-KIS Terhadap Kemiskinan'. Jakarta: Lembaga Penyelidikan Ekonomi Dan Masyarakat Fakultas Ekonomi Dan Bisnis Universitas Indonesia. 32-33

The Commonwealth Fund. 2016. INTEGRATING Medicaid Supplemental Payments into Value-Based Purchasing.

PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN

BPJS Kesehatan. 2018. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Republik Indonesia. UUD NRI 1945. Pasal 28H ayat 1. Pasal 34 ayat 2

Pemerintah RI. 2013. 'Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan'.

Pemerintah RI, 2014. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs).

Pemerintah RI. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 52 tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan JKN.

Pemerintah RI. 2016. 'Peraturan Menteri Kesehatan nomor 76 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional'.

Pemerintah RI. 2018. Peraturan Presiden nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Pemerintah RI. 2019. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 16 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (fraud) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Jakarta.

Pemerintah RI. 2020. 'Lampiran I Peraturan Presiden nomor 18 Tahun 2020 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024'. hal 143.

Republik Indonesia. 2004. 'Undang Undang nomor 40 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial'.

Republik Indonesia. 2011. 'Undang Undang nomor 24 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial'.



SUMBER LAIN

ACCH. Anti Corruption Clearing House. 'Korupsi Dalam Pelayanan Kesehatan Di Era Jaminan Kesehatan Nasional Kajian Besarnya Potensi Dan Sistem Pengendalian Fraud'. <https://acch.kpk.go.id/en/component/content/article?id=672:korupsi-dalam-pelayanan-kesehatan-di-era-jaminan-kesehatan-nasional-kajian-besarnya-potensi-dan-sistem-pengendalian-fraud>. Diakses pada, 25 April 2020

Alim Abdul. 2019. Persoalan Administratif, Penyebab Tunggakan Klaim BPJS. <https://www.gatra.com/detail/news/461860/kesehatan/persoalan-administratif-penyebab-tunggakan-klaim-bpjs>. Diakses pada 01 Agustus 2020

BPJS Kesehatan. 2018.' Makin-Canggih-Kini-BPJS-Kesehatan-Terapkan-Verifikasi-Klaim-Digital-di-Rumah-Sakit'. <https://bpjs-kesehatan.go.id/BPJS/index.php/post/read/2018/756/Makin-Canggih-Kini-BPJS-Kesehatan-Terapkan-Verifikasi-Klaim-Digital-di-Rumah-Sakit>. Diakses pada 10 Juli 2020

BPJS Kesehatan. 2020. Website BPJS Kesehatan.go.id <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/>. diunduh Senin, 20 April 2020

BPJS Kesehatan. 2020. Masuki Semester II Tahun 2020, BPJS Kesehatan Tuntas Bayar Seluruh Klaim RS. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/post/read/2020/1588/Masuki-Semester-II-Tahun-2020-BPJS-Kesehatan-Tuntas-Bayar-Seluruh-Klaim-RS>. Diunduh Jumat, 10 April 2020

BPJS Kesehatan. 2020. Sumber Jumlah RS dari data BI BPJS Kesehatan dengan last update 07/08/2020 11:45:25 . Diakses pada Jumat 7 Agustus 2020.

BPJS Kesehatan. 2020. BPJS Kesehatan, 2020, Aplikasi BI. Menu Explore/Pelayanan Rujukan/Capaian APT Rujukan (Pusat) <https://bi.bpjs-kesehatan.go.id/#/views/CapaianAPTRujukanPusat/TrendEfisiensi?:iid=1>. Diakses pada Sabtu 8 Agustus 2020.

Dio Prasasti. 2020. 'Temukan Dugaan Kecurangan Program Jkn Bpjs Kesehatan Minta Masyarakat Laporan'. <https://www.liputan6.com/health/read/4283218/temukan-dugaan-kecurangan-program-jkn-bpjs-kesehatan-minta-masyarakat-lapor>. Diakses pada 28 Juni 2020.

Gatra.com. 2019. 'Survei Pilpres 2019 Sebut Kartu Indonesia Sehat Jadi Program Favorit'. <https://www.gatra.com/detail/news/400573-Survei-Pilpres-2019-Sebut-Kartu-Indonesia-Sehat-Jadi-Program-Favorit>. 17 Mar 2019. Diakses Minggu, 3 Mei 2020

Harian Rakyat Aceh, 2020. 'BPJS Terlambat Bayar Klaim, Rumah Sakit Terpaksa Berutang'. <https://harianrakyataceh.com/2020/01/29/bpjs-terlambat-bayar-klaim-rumah-sakit-terpaksa-berutang/> . Diakses pada Minggu 28 Juni 2020.

Jppn. 2019. 'tindak-tegas-fraud-bpjs-kesehatan-putus-kontrak-70-rs-nakal'. <https://www.jpnn.com/news/tindak-tegas-fraud-bpjs-kesehatan-putus-kontrak-70-rs-nakal>. Diakses pada Juni 2020.

Julheri. 2019. 'Tunggakan BPJS Kesehatan Akibat Terlambat Nagih'. <https://sumeks.co/tunggakan-bpjs-kesehatan-akibat-terlambat-nagih/?page28332434234=37>. Diakses pada 01 Agustus 2020

Kontan.co.id. 2019. 'Presiden Jokowi Minta Tata Kelola Program Jkn Terus Dibenahi Dan Diperbaiki'. <https://nasional.kontan.co.id/news/presiden-jokowi-minta-tata-kelola-program-jkn-terus-dibenahi-dan-diperbaiki>. Diakses minggu 1 Agustus 2020

Laman WEB INA-CBGs Kemenkes, Kementerian Kesehatan. 2020. https://inacbg.kemkes.go.id/index.php?XP_jumlah-klaim-rs. Diakses pada 18 Juli 2020.

Muda Master. 2014. "Theorie U - C.Otto Scharmer (summary)". <https://www.mudamasters.com/en/change-management/theorie-u-cotto-scharmer-summary>

Nana Dede, 2019, Defisit BPJS Kesehatan Tembus Rp 28 Triliun, Pemerintah: Sepakat Iuran Dinaikkan, <https://www.jatimtimes.com/baca/198124/20190730/170600/defisit-bpjs-kesehatan-tembus-rp-28-triliun-pemerintah-sepakat-iuran-dinaikkan>

Pratama Taher. 2020. 'Susahnya Awasi Kinerja BPJS Kesehatan setelah Audit BPKP Tertutup'. <https://tirto.id/susahnya-awasi-kinerja-bpjs-kesehatan-setelah-audit-bpkp-tertutup-fKIP>. Diakses pada Minggu 28 Juni 2020.

PDPERSI. 2020. Tim National Casemix Center Kementerian Kesehatan RI . 'OverviewINA-CBGs'.
http://www.pdpersi.co.id/kegiatan/bahan_diskusi/ina_cbg/2.materi_inacbg.pdf

Republika.co.id, BPJS Watch Sambut Baik Pembayaran Tunggakan Klaim JKN-KIS, 2020, <https://republika.co.id/berita/qcua9f349/bpjs-watch-sambut-baik-pembayaran-tunggakan-klaim-jknkis>. Diakses pada Minggu 12 Juli 2020

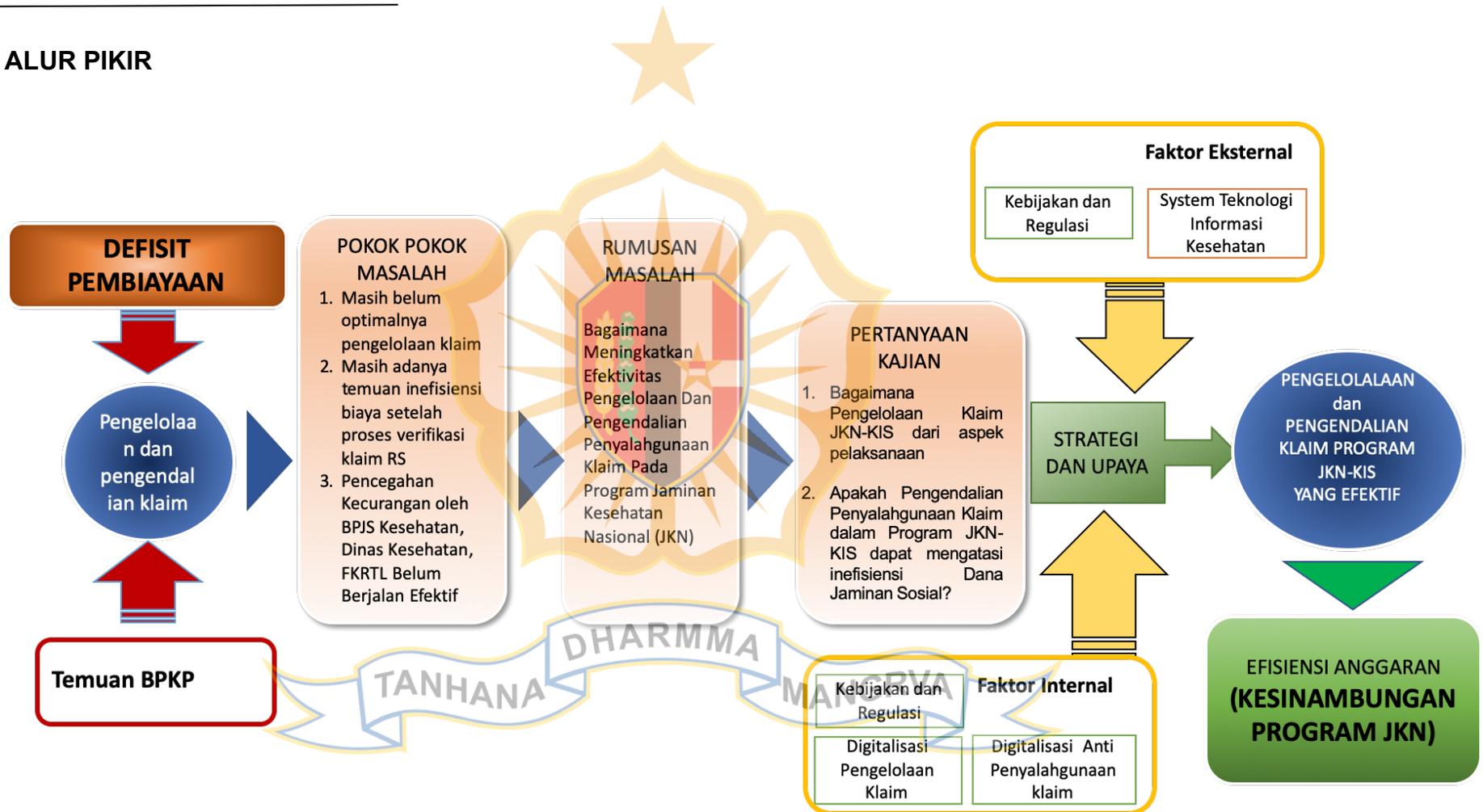
UN, The Sustainable Development. 2020.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>. Diakses minggu 14 juni 2020.

Yuniartha Lidya. Kontan.co.id. 2020. 'Gubernur Anies minta BPJS Kesehatan tak terlambat bayar klaim ke rumahsakit'.
<https://nasional.kontan.co.id/news/gubernur-anies-minta-bpjs-kesehatan-tak-terlambat-bayar-klaim-ke-rumahsakit>. Diakses pada Minggu 28 Juni 2020.

Zuraya Nidia. 2017. 'Dugaan Fraud Bpjs Kesehatan Mencapai Tiga Persen Anggaran'
<https://republika.co.id/berita/ekonomi/korporasi/17/12/20/p17p2i383-dugaan-fraud-bpjs-kesehatan-mencapai-tiga-persen-anggaran>. Diakses pada 10 Mei 2020

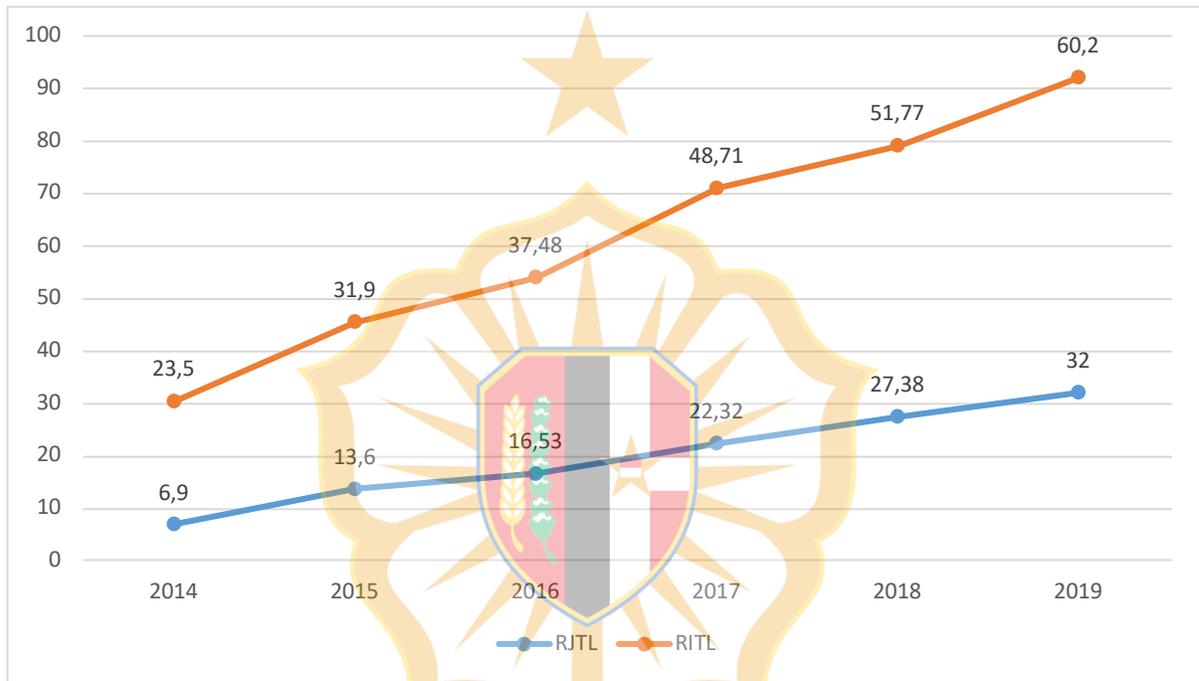
5 Examples of Big Data in Healthcare. 2020. <https://dzone.com/articles/5-examples-of-big-data-in-healthcare>. Diakses pada minggu 14 juni 2020.

ALUR PIKIR



GRAFIK 1 . Trend Pembiayaan Klaim Rumah Sakit

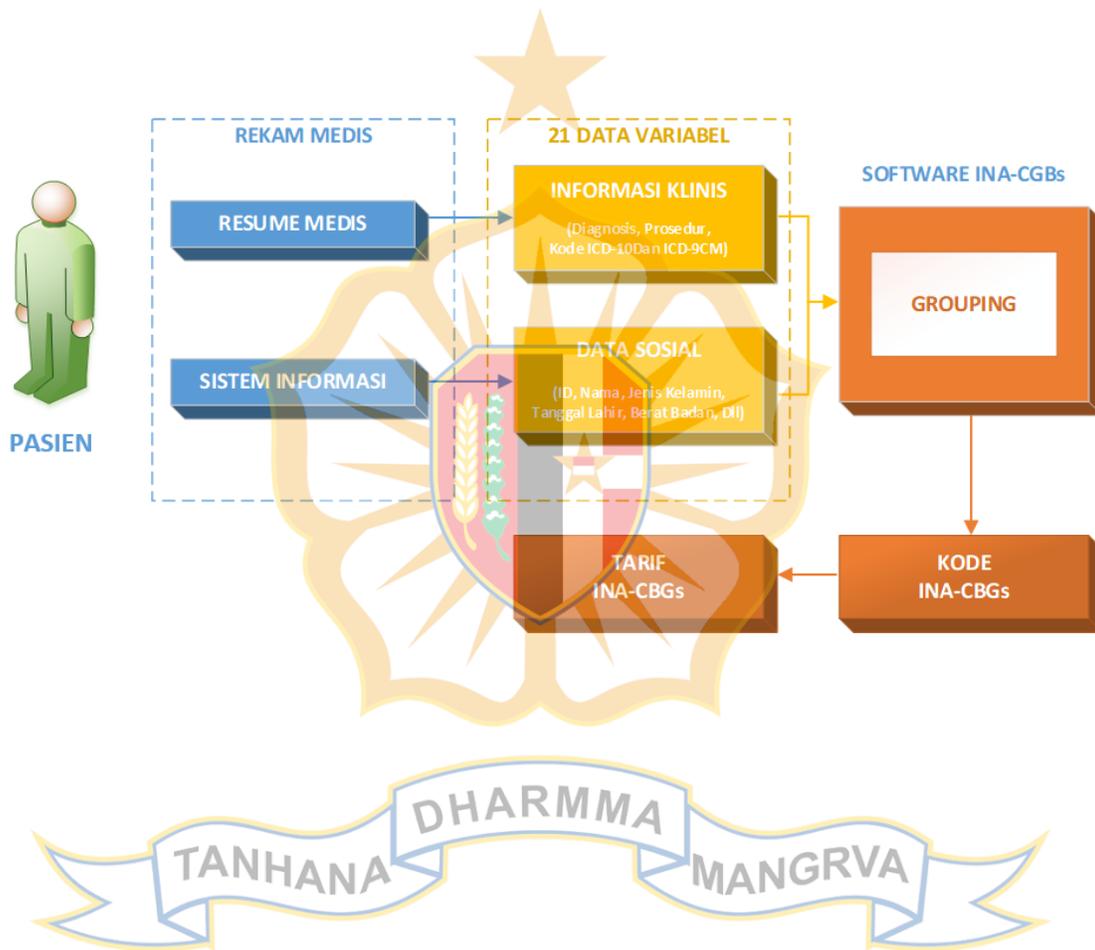
***) dalam Triliun Rupiah**



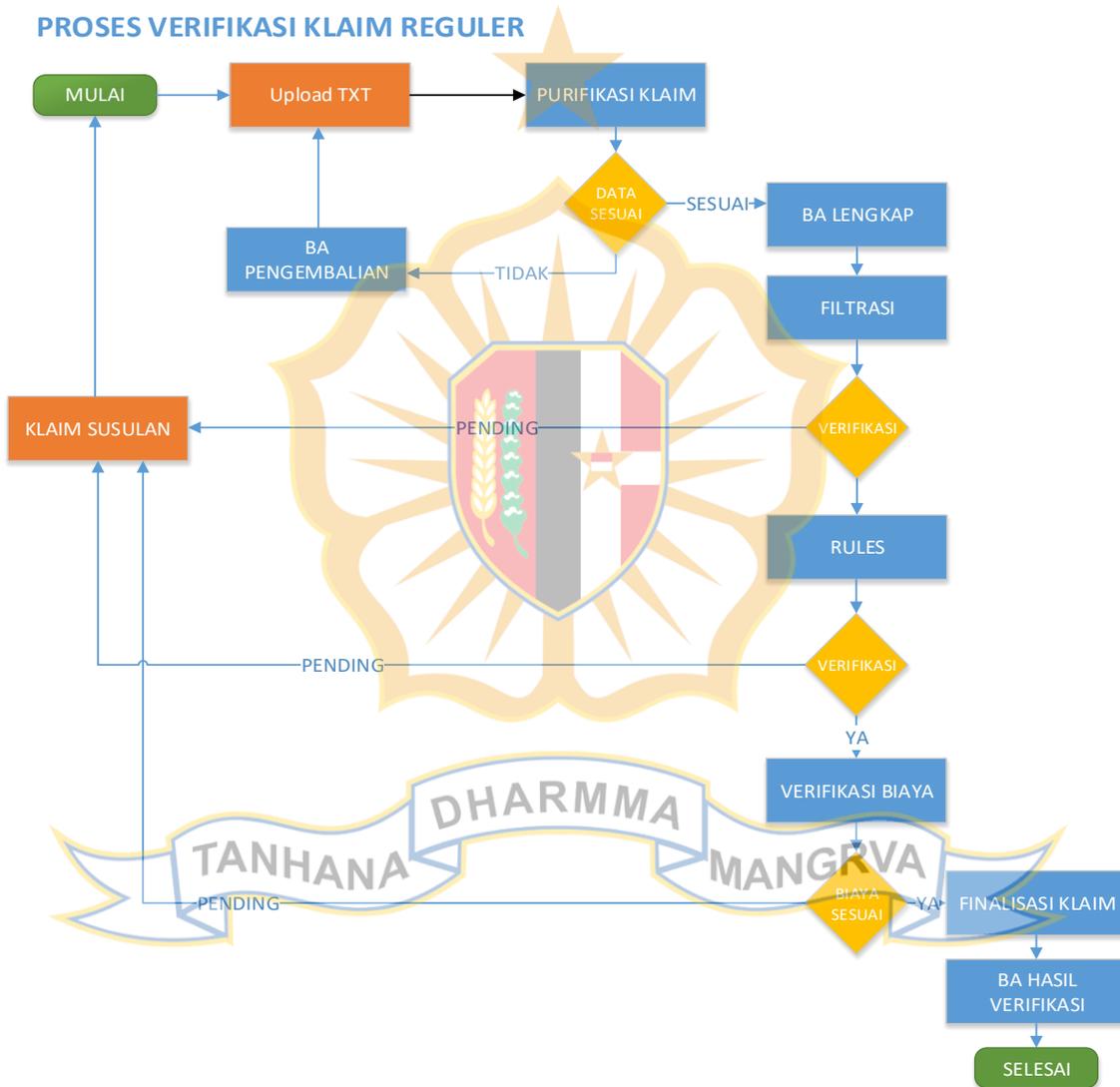
GAMBAR 1. skema *fraud Association of Certified Fraud Examiners (ACFE)* dalam “*The 2020 Report to the Nations*”

INDUSTRY	Cases	Billing	Cash larceny	Cash on hand	Check and payment tampering	Corruption	Expense reimbursements	Financial statement fraud	Noncash	Payroll	Register disbursements	Skimming
Banking and financial services	364	8%	10%	18%	9%	40%	8%	10%	10%	2%	2%	10%
Government and public administration	189	18%	5%	9%	4%	43%	17%	4%	17%	17%	0%	7%
Manufacturing	177	23%	5%	6%	8%	50%	20%	18%	23%	10%	2%	8%
Health care	145	33%	10%	10%	14%	40%	22%	14%	24%	15%	6%	10%
Energy	89	24%	6%	7%	6%	66%	11%	9%	25%	6%	1%	9%
Retail	89	22%	15%	15%	11%	37%	17%	6%	20%	11%	7%	15%
Insurance	82	24%	2%	5%	9%	43%	16%	11%	9%	5%	2%	6%
Education	82	30%	9%	13%	18%	30%	22%	7%	17%	13%	1%	22%
Construction	77	22%	13%	12%	17%	47%	9%	25%	13%	13%	4%	13%
Transportation and warehousing	64	13%	5%	9%	5%	52%	9%	3%	23%	6%	0%	19%
Technology	63	24%	0%	5%	6%	46%	13%	13%	22%	11%	0%	0%
Telecommunications	62	5%	2%	3%	2%	56%	5%	6%	31%	2%	0%	5%
Food service and hospitality	59	22%	20%	10%	12%	39%	8%	8%	25%	12%	10%	14%
Services (professional)	54	37%	0%	9%	20%	26%	24%	15%	11%	22%	2%	11%
Real estate	52	25%	13%	12%	21%	48%	17%	15%	12%	8%	4%	27%

Gambar 2. Alur Proses Entri Data pada Sistem Aplikasi INA-CBGs



Gambar 3. alur proses verifikasi menggunakan aplikasi VID1.



LEMBAGA KETAHANAN NASIONAL
REPUBLIK INDONESIA

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. Data Pribadi

Nama Lengkap : Edy Surlis
Tempat Tanggal Lahir : Jakarta, 15 Maret 1975
NPP : 02353
Pangkat / Golongan : Senior Manager / IV-0
Jabatan / Unit Kerja : Staf Tugas Belajar Kedeputan Bidang Pendidikan dan Pelatihan
Alamat Kantor : Jalan Letjen Suprpto No. 14 Kav. 20 Rt.10 Rw.10, Cempaka Putih, Jakarta Pusat, 10510
Telepon : 021 – 4212938
Alamat Tempat Tinggal : Jalan Penegak VIA. Nomor 9. Rt. 016 Rw. 03, Pramuka, Jakarta Timur, 13140
HP : 081210779884

II. RIWAYAT PEKERJAAN

NO	Nama Jabatan	Unit Kerja	SK	TMT Jabatan	Grade
1	Asisten Deputi Bidang Strategi dan Perencanaan TI	Asisten Deputi Bidang Strategi, i Perencanaan dan Pengembangan Teknologi Informasi	Jenis SK : DEFINITIF	02/01/20	Senior Manager
			Tanggal SK : 17/01/2020		
			Nomor SK : 0154/Peg-04/0120		
			Lokasi kantor : Kantor Pusat		
1	Asisten Deputi	Asisten Deputi Bidang	Jenis SK : DEFINITIF	03/01/18	Senior Manager

	Bidang Operasional Manajemen Aset TI	Operasional Manajemen Aset TI	Tanggal SK : 25/07/2018 Nomor SK : 2065/Peg-04/0718 Lokasi kantor : Kantor Pusat		
2	Asisten Deputy Bidang Operasional Manajemen Aset TI	Asisten Deputy Bidang Operasional Manajemen Aset TI	Jenis SK : KOREKSI / PERBAIKAN SK Tanggal SK : 23/04/2018 Nomor SK : 0996/Peg-04/0418 Lokasi kantor : Kantor Pusat	10/06/17	Manager
3	Asisten Deputy Bidang Operasional Manajemen Aset TI	Asisten Deputy Bidang Operasional Manajemen Aset TI	Jenis SK : MUTASI JABATAN Tanggal SK : 09/06/2017 Nomor SK : 2892/Peg-04/0617 Lokasi kantor : Kantor Pusat	10/06/17	Manager
4	Kepala Departemen Perencanaan, Teknologi Informasi dan Manajemen Risiko	Departemen Perencanaan, Teknologi Informasi dan Manajemen Risiko	Jenis SK : DEFINITIF Tanggal SK : 21/06/2014 Nomor SK : 3068/Peg-04/0714 Lokasi kantor : Kedeputian Wilayah Jawa Timur	24/04/14	Manager
5	Kepala Departemen Perencanaan, Teknologi Informasi dan Manajemen Risiko	Departemen Perencanaan, Teknologi Informasi dan Manajemen Risiko	Jenis SK : MUTASI JABATAN Tanggal SK : 01/01/2014 Nomor SK : 0021/Peg-	10/03/14	Manager

			04/0114	
			Lokasi kantor : Kedepatian Wilayah Jawa Timur	
6	Kepala Teknologi Informasi dan Manajemen Risiko Divisi Regional X	Teknologi Informasi dan Manajemen Risiko Divisi Regional X	Jenis SK : MUTASI JABATAN	Manager
			Tanggal SK : 2013	
			Nomor SK : 7902/Peg- 04/2013	
			Lokasi kantor : Kedepatian Wilayah Sulawesi Utara	



III. RIWAYAT PENDIDIKAN

A. Pendidikan Formal

INFO PENDIDIKAN					
No	Jenjang Pendidikan	Institusi	Jurusan	Periode	Hasil
1	S1	UNIVERSITAS GUNADARMA	Manajemen Informatika	1993-1999	3,18
2	SMA/SLTA/SMK/MAN	SMAN 4 JAKARTA	Fisika	1990-1993	54
3	SMP/SLTP/MTsN	SMP NEGERI 18		1987-1990	48
4	SD	SDN		1987-1987	38

B. Pendidikan Non Formal

No	Nama Pelatihan	Institusi	Lokasi	Periode
1	Pelatihan Penyegaran Auditor Mutu Internal SMM ISO 9001:2000	Neville Clarke	Jakarta	01 Jul 2009 - 02 Jul 2009
	Management, Audit Mutu Internal & Pengenalan SMM ISO	Div. PPMM & Regional IV	Jakarta	27 Mar 2006 - 28 Mar 2006
3	Moral Mental, ESQ Reguler	ESQ Centre	Jakarta	03 Mar 2007 - 04 Mar 2007
4	Pelatihan Profesional Writing	Keynote Speaker	Jakarta	22 Apr 2009 - 24 Apr 2009
5	Interprtation Course of Baldrige Criteria	IQA Foundation	Jakarta	03 Sep 2014 - 05 Sep 2014
6	ISSA Information&Communication Tech in Social Security	ISSA	Kazakhstan	02 Sep 2015 - 04 Sep 2015
7	Pelatihan Project Management Certification for PMP, MPM and Project (PMBOK v5)	Multimatics	Jakarta	09 mei 2016 - 11 mei 2016
8	Train the Trainers	M-Knows	Malang	03 Nov 2016 - 04 Nov 2016
9	Pelatihan Pelaksanaan Manajemen Risiko Berkualitas	LPK MKS	Jakarta	28 Nov 2016 - 29 Nov 2016
10	Workshop RKAT Berbasis Risiko	CENTROIS	Bogor	15 Mei 2017 - 16 Mei 2017
11	Lean Six Sigma Green Belt Training and 1(one) Green Belt Project	SCCX	Jakarta	Training in May 2018, Project Execution from May 2018 - Sep 2018
12	COBIT 5 Foundation Training Organization	ATD Learning	Jakarta	18 Sep 2018 - 20 Sep 2018

13	Training IT Asset Management	Multimatics	Jakarta	12 Nov 2019 - 14 Nov 2019
14	ISACA Information Technology Architecture Forum - Cyber Scurity	ISACA	New Zeland	11 Sep 2019 - 14 Sep 2019

C. Sertifikasi

No	Jenis Sertifikasi	Ruang Lingkup Sertifikasi	Nama Sertifikasi	Tanggal Sertifikasi	Penyelenggara
1	Sertifikasi Teknologi Informasi	Internal	Dinfo, SIM Online	26 Sep 2005	Internal
2	Sertifikasi Profesi Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia	Nasional	PAMJAKI - AAA	2016	PAMJAKI
3	Sertifikasi Pelaksana Manajemen Risiko Berkualitas	Nasional	Certified QRMO "Qualified Risk Manajement Officer"	20 Januari 2017	LPK MKS
5	Sertifikasi CDCP	Internasional	Certified Data Centre Professional (CDCP)	08 Jan 2018	EXIN
4	Sertifikasi Lean Six Sigma	Nasional	Certified Lean Six Sigma Green Belt	September 2018	SCCX
5	Sertifikasi COBIT 5	Internasional	COBIT 5 Foundation Examination	20 Sep 2018	AMPG Internasional
6	Sertifikasi IT Asset Manajement	Internasional	Certified IT Asset Management Foundation (ITAMF)	11 Dec 2018	EXIN