

---

---

## POTENSI KECURANGAN (FRAUD) DALAM KLAIM PENGGANTIAN BIAYA PELAYANAN PASIEN COVID-19

Made Subianta Adnyana<sup>1)</sup>, Harti Budi<sup>2)</sup>

1. Mahasiswa Prodi Magister Akuntansi, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Trisakti
2. Dosen Prodi Magister Akuntansi, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Trisakti

\*email: made123012011073@std.trisakti.ac.id

DiPublikasi: 01/01/2023

<https://doi.org/10.22225/kr.14.2.2023.162-174>

### Abstract

The purpose of this research is to find out the potential for fraud that can occur in the process of claiming reimbursement for COVID-19 patient services. This research is a case study qualitative research through in-depth interviews with informants who are experienced auditors in examining the claims process. All informants who have been interviewed stated that the potential for fraud can occur at all stages in the claim process starting from patient service at the hospital, filing a claim by the hospital, verification by BPJS Kesehatan, and payment by the Ministry of Health. The potential for fraud stated by all informants (100%) occurred at the claim submission stage, where the hospital management filed a claim for a COVID-19 patient with a length of stay exceeding what actually happened and submitted a patient who did not meet the criteria for a COVID-19 patient.

**Keywords:** COVID-19; Fraud; Claim Reimbursement; Healthcare; Hospital

### Abstrak

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui potensi kecurangan yang dapat terjadi dalam proses klaim penggantian biaya pelayanan pasien COVID-19. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif studi kasus melalui proses wawancara mendalam dengan informan yang merupakan auditor berpengalaman dalam melakukan pemeriksaan atas proses klaim. Seluruh informan yang telah diwawancarai menyatakan bahwa potensi kecurangan dapat terjadi pada seluruh tahap dalam proses klaim yang dimulai sejak pelayanan pasien di rumah sakit, pengajuan klaim oleh rumah sakit, verifikasi oleh BPJS Kesehatan, dan pembayaran oleh Kementerian Kesehatan. Potensi kecurangan yang dinyatakan oleh seluruh informan (100%) terjadi pada tahap pengajuan klaim, di mana manajemen rumah sakit mengajukan klaim pasien COVID-19 dengan *Length of Stay* melebihi yang sebenarnya terjadi dan mengajukan pasien yang tidak memenuhi kriteria pasien COVID-19.

**Kata kunci:** COVID-19; Kecurangan; Klaim Penggantian; Layanan Kesehatan; Rumah Sakit

## I. PENDAHULUAN

Sejak awal terjadi pandemi COVID-19 di bulan April 2020, Pemerintah Indonesia memutuskan bahwa seluruh biaya perawatan pasien yang terpapar COVID-19 akan ditanggung negara. Kebijakan ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2017 tentang Pembebasan Biaya Pasien Penyakit Infeksi *Emerging* Tertentu. Kementerian Kesehatan membayar klaim penggantian biaya pelayanan pasien COVID-19 sebesar Rp13,55 Trilyun kepada rumah sakit (RS) dengan nilai tunggakan pembayaran mencapai Rp6,62 Trilyun pada tahun 2020. Di tahun 2021, jumlah pembayaran klaim penggantian biaya pelayanan pasien COVID-19 meningkat pesat mencapai Rp83,24 Trilyun dengan nilai tunggakan pembayaran mencapai Rp20,10 Trilyun. Tingginya nilai tunggakan pembayaran oleh

Kementerian Kesehatan kepada RS menunjukkan adanya besarnya nilai keterlambatan pembayaran oleh Kementerian Kesehatan kepada RS. Ditambah dengan adanya penurunan pendapatan dari layanan rutin rumah sakit, RS dan pelayanan pasien dapat terhenti karena rumah sakit mengalami kesulitan keuangan. (Ambarwati, 2021).

Sebelum terjadinya pandemi COVID-19, pemerintah telah berupaya mencegah dan menangani kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Hasil analisis pengaruh dimensi *fraud triangle* dalam

kebijakan pencegahan *fraud* terhadap Program JKN di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Nasional Dr Cipto Mangunkusumo menunjukkan bahwa potensi *fraud* di RS dapat terjadi karena adanya tekanan, kesempatan dan rasionalisasi (Sadikin & Adisasmito, 2016). Penelitian lain menunjukkan bahwa faktor pendorong terjadinya potensi *fraud* di RSUD Dr. Achmad Moechtar Bukittinggi yaitu pemahaman yang berbeda antara verifikator, petugas *coder* dan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) tentang diagnosis dan terdapat kesenjangan penetapan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA CBGs (Mitriza & Akbar, 2019).

Dalam seminar “Pencegahan *Fraud* dalam Penanganan Covid-19” yang digelar secara daring oleh *Association of Certified Fraud Examiners* (ACFE) Indonesia Chapter pada tanggal 10 April 2021, Direktur Utama BPJS Kesehatan Ali Ghufron Mukti menyampaikan bahwa dalam menjalankan tugas khusus dari pemerintah untuk melakukan proses verifikasi klaim rumah sakit atas kasus COVID-19, BPJS Kesehatan menerapkan sejumlah langkah untuk mencegah potensi *fraud*. Ghufron menjelaskan bahwa dalam verifikasi klaim COVID-19, ada beberapa titik potensi *fraud* yang harus diwaspadai, misalnya ketidaksesuaian identitas pasien. Risiko *fraud* bisa ditemukan pada profil rumah sakit, kompetensi, sarana-prasarana, tata *coding*, dan input klaim pada aplikasi. Terdapat sejumlah tantangan dalam mencegah *fraud* pada klaim Covid-19, seperti regulasi yang baru terbit setelah pelayanan diberikan kepada pasien, pemahaman terhadap regulasi yang belum sama, belum optimalnya kepatuhan terhadap regulasi dan kebijakan yang berlaku, serta adanya pasien COVID-19 yang memiliki identitas lebih dari satu nomor dalam pengajuan klaim oleh RS. BPJS Kesehatan telah melakukan upaya pencegahan *fraud* melalui sosialisasi dan asistensi teknis kepada *stakeholders*. Dengan verifikasi *by system* dan menggunakan aplikasi khusus, Ghufron berharap potensi *fraud* juga dapat dideteksi sedini mungkin (Humas, 2021).

Perang melawan *fraud* perawatan kesehatan penting bagi setiap masyarakat, karena setiap dolar yang dihemat dari kecurangan dapat digunakan untuk memastikan bahwa orang memiliki akses ke layanan

kehatan yang lebih banyak atau lebih baik, sehingga dapat menyelamatkan nyawa. (Stowell et al., 2018). Di Amerika Serikat, sumber daya penegakan kasus kecurangan berdampak positif terhadap jumlah individu yang masuk ke dalam daftar pengecualian program layanan masyarakat akibat kecurangan dalam penagihan (Flasher & Lamboy-Ruiz, 2019). Terjadinya klaim palsu merupakan bagian kecil, tetapi berdampak pada keuangan, integritas, dan nilai sistem layanan kesehatan. Diperkirakan kerugian finansial akibat penyalahgunaan kecurangan layanan kesehatan menelan biaya 3-10% per tahun dari semua biaya kesehatan AS (Alonazi, 2020). Di Zimbabwe, pemerintah diusulkan untuk mengalokasikan anggaran kegiatan edukasi dan menciptakan kesadaran tentang penyebab dan akibat dari *double billing fraud*. Kurangnya kesadaran di masyarakat meningkatkan terjadi *double billing fraud* (Chisunga et al., 2021).

Pengendalian internal sangat berpengaruh terhadap pencegahan *fraud* dalam lingkungan rumah sakit apabila diterapkan dengan baik dengan menekankan pada keefektifan pengendalian internal dan kekuatan lingkungan pengendalian (Rosyida, 2018). Pada RSUD Buru Maluku, pelaksanaan *clinical pathway* di ruang pelayanan rawat inap belum dilaksanakan secara optimal yang disebabkan ketidakpatuhan petugas kesehatan dalam menjalankan pedoman *clinical pathway* dan kurangnya monitoring dan evaluasi dari pihak manajemen RSUD. Oleh sebab itu, Rumah Sakit perlu memperbaiki kebijakan operasional tentang potensi *fraud* pada *clinical pathway* pasien JKN antara lain dengan cara sosialisasi penguatan tata kelola rumah sakit yang berprinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance* serta meningkatkan program *monitoring* dan evaluasi secara rutin pada implementasi *clinical pathway* (Bin Thahir & Darmadja, 2022). Potensi kecurangan juga dapat terjadi di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan fasilitas kesehatan tingkat menengah (FKRTL) berupa potensi seperti pengelolaan dana kapitasi yang tidak tepat, maksimalisasi jumlah klaim, *upcoding*, ketidakpuasan terhadap gaji yang diterima, serta pengendalian dan pengawasan internal yang tidak memadai (Fatimah et al., 2021). Pimpinan harus

berperan dalam mengembangkan kebijakan dan sistem audit yang berkaitan dengan aturan dan pembiayaan di FKTP (Fathurrohman & Dewi, 2018). Potensi kecurangan terjadi di RSUD Tenriawaru yang disebabkan oleh penyedia layanan kesehatan yaitu petugas kesehatan dan *coders* rumah sakit. Delapan jenis potensi bentuk penipuan termasuk *upcoding*, *readmission*, perawatan yang tidak perlu, *phantom billing*, kesalahan *keystroke*, *unbundling* layanan fragmentasi, dan layanan dibatalkan menjadi fokus dalam deteksi dini *fraud* oleh verifikator BPJS Kesehatan (Palutturi et al., 2019). Sistem pencegahan dan deteksi dini *fraud* JKN berbasis aplikasi komputer dinyatakan valid, reliabel, dan efektif digunakan sebagai sistem pencegahan dan deteksi dini potensi *fraud* pada pelayanan peserta JKN rawat inap di

rumah sakit (Santoso et al., 2018).

Kecurangan pada asuransi swasta dan program jaminan kesehatan nasional (JKN) telah banyak diteliti, namun belum ditemukan ada penelitian di Indonesia yang mengungkap potensi kecurangan dalam klaim penggantian biaya pelayanan pasien COVID-19. Kondisi ini mendorong peneliti untuk melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui potensi kecurangan yang dapat terjadi dalam proses klaim penggantian biaya pelayanan pasien COVID-19. Penelitian ini diharapkan dapat membantu pihak RS, BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan untuk menyusun strategi pencegahan kecurangan dalam klaim pelayanan pasien COVID-19 di masa pandemi yang belum berakhir ini.

## II. TINJAUAN PUSTAKA

### **Fraud (Kecurangan)**

(Karyono, 2013) menyatakan bahwa *Fraud* merupakan suatu penyimpangan dan perbuatan melanggar hukum (*illegal act*), yang dilakukan dengan sengaja untuk tujuan tertentu contohnya menipu atau memberikan gambaran keliru (*mislead*) kepada pihak-pihak lain, yang dilakukan oleh orang-orang baik dari dalam maupun dari luar organisasi. Kecurangan dirancang untuk mendapatkan keuntungan baik pribadi maupun kelompok yang memanfaatkan peluang-peluang secara tidak jujur, yang secara langsung maupun tidak langsung merugikan pihak lain. Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan disebutkan bahwa 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-undangan (*Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Serta Penenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan*, 2019). Dalam teori segitiga, perilaku *fraud* didukung oleh

tiga unsur yaitu adanya *Pressure*, *Perceived Opportunity*, dan *Rationalization* (Tuanakotta, 2016). Tiga unsur itu digambarkan dalam segitiga sama sisi karena bobot/ derajat ketiga unsur tersebut sama.

### **Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien COVID-19**

Pemerintah menetapkan Petunjuk Teknis (Juknis) Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien COVID-19 bagi Rumah Sakit Penyelenggara Pelayanan COVID-19 yang menjadi acuan bagi rumah sakit penyelenggara pelayanan COVID-19, pemerintah pusat, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dalam pelaksanaan penggantian biaya pelayanan pasien COVID-19 (*Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Bagi Rumah Sakit Penyelenggara Pelayanan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)*, 2021). Sampai dengan 30 Juni 2021, juknis tersebut ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) yang telah empat kali diterbitkan sesuai tabel berikut.

**Tabel 1. Daftar KMK Juknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien COVID-19 bagi Rumah Sakit Penyelenggara Pelayanan COVID-19**

No	Nomor KMK	Tanggal Ditetapkan	Masa Berlaku Pelayanan
----	-----------	--------------------	------------------------

Potensi Kecurangan (Fraud) dalam Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien Covid-19

1	HK.01.07/MENKES/238/2020	6 April 2020	28 Januari s.d 14 Agustus 2020
2	HK.01.07/MENKES/446/2020	22 Juli 2020	15 Agustus 2020 s.d 19 April 2021
3	HK.01.07/MENKES/4344/2021	5 April 2021	20 April s.d 30 September 2021
4	HK.01.07/MENKES/4718/2021	21 Mei 2021	20 April s.d 30 September 2021

Nilai pembayaran klaim COVID-19 sejak tahun 2020 dan 2021 dihitung dengan norma tarif seperti tercantum pada tabel berikut.

**Tabel 2 Daftar Norma Tarif Pembayaran Klaim COVID-19**

No	Nomor KMK	Tanggal Ditetapkan	Norma Tarif Rawat Jalan	Norma Tarif Rawat Inap
1	HK.01.07/MENKES/238/2020	6 April 2020	Tarif INA CBG	$a + ((n \times b) - a) - c$
2	HK.01.07/MENKES/446/2020	22 Juli 2020	Tarif INA CBG	$a + ((n \times b) - a) - c - d$
3	HK.01.07/MENKES/4344/2021	5 April 2021	Tarif INA CBG	$a + ((n \times b) - a) - c - d$
4	HK.01.07/MENKES/4718/2021	21 Mei 2021	Tarif INA CBG	$a + ((n \times b) - a) - c - d$

Keterangan:

a = Tarif INA-CBG

n = Jumlah Length of Stay (LOS)

b = Tarif per Hari (Cost per Day)

c = APD dan obat-obatan dari bantuan

Dari penjelasan tabel di atas dapat disederhanakan bahwa sampai dengan tanggal 30 September 2021, nilai klaim dihitung berdasarkan *Length of Stay* (LoS) dikali *Cost Per Day* dikurangi Alat Pelindung Diri (APD) dan obat-obatan yang berasal dari APBN dan layanan penunjang yang tidak dilakukan. Hal ini menunjukkan bahwa LoS atau jangka waktu pasien

dirawat di rumah sakit menjadi sangat penting dalam menentukan jumlah yang harus dibayar oleh Kementerian Kesehatan.

Masa berakhirnya penjaminan klaim COVID-19 untuk pasien rawat inap, sesuai masing-masing juknis, diatur seperti tercantum pada tabel berikut.

**Tabel 3 Daftar Masa Berakhirnya Penjaminan Klaim COVID-19**

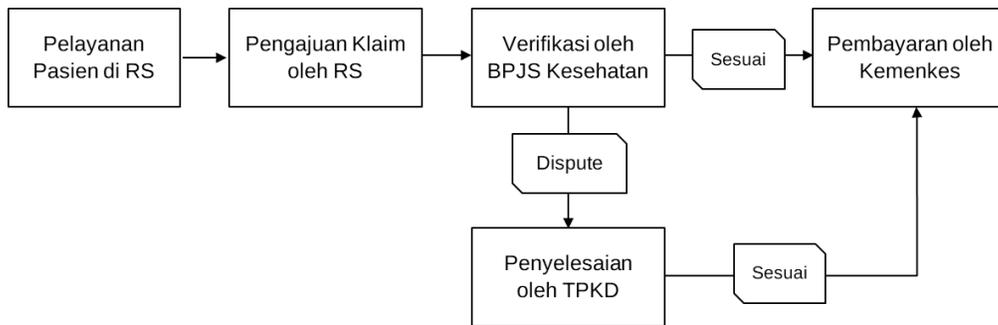
No	Nomor KMK	Tanggal Ditetapkan	Masa Berakhirnya Penjaminan menurut Juknis Klaim COVID-19
1	HK.01.07/MENKES/238/2020	6 April 2020	Pasien COVID-19 yang sudah dinyatakan sembuh (status pulang) dengan bukti pemeriksaan laboratorium RT-PCR (sesuai dengan buku pedoman pencegahan dan pengendalian COVID-19).
2	HK.01.07/MENKES/446/2020	22 Juli 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Secara umum, pada pasien gejala ringan dan sedang, penjaminan berakhir saat selesai isolasi, adanya</li> </ul>
3	HK.01.07/MENKES/4344/2021	5 April 2021	

No	Nomor KMK	Tanggal Ditetapkan	Masa Berakhirnya Penjaminan menurut Juknis Klaim COVID-19
4	HK.01.07/MENKES/4718/2021	21 Mei 2021	perbaikan klinis menurut DPJP, tanpa <i>Follow Up</i> RT-PCR (tidak wajib) <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pasien gejala berat, selesai isolasi, adanya perbaikan klinis menurut DPJP, wajib <i>Follow Up</i> RT-PCR</li> <li>● Secara spesifik, batasan penjaminan dibedakan untuk pasien yang mulai dirawat:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ sejak tanggal 28 Januari 2020 sampai dengan 14 Agustus 2020;</li> <li>➢ sejak tanggal 15 Agustus 2020 sampai dengan 19 April 2021 dan sejak tanggal 20 April 2021</li> </ul> </li> </ul>

Dalam juknis juga disebutkan bahwa pasien suspek/probable/konfirmasi COVID-19 dapat dilakukan alih rawat non isolasi dengan kondisi sudah memenuhi kriteria selesai isolasi tetapi masih memerlukan perawatan lanjutan untuk kondisi tertentu yang terkait dengan komorbid/ penyakit

penyerta, *co-insidens* dan komplikasi dengan pembiayaannya dijamin oleh JKN/asuransi kesehatan lain/mandiri (pasien/keluarga). Berikut adalah gambar alur proses klaim penggantian biaya pelayanan pasien COVID-19 menurut petunjuk teknis.

**Gambar 1. Alur Proses Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien COVID-19**



Berdasarkan gambar di atas, proses pengajuan klaim penggantian biaya pelayanan pasien COVID-19 dimulai sejak pasien yang memenuhi kriteria pasien COVID-19 dilayani di rumah sakit. Setelah pelayanan selesai, RS mengajukan klaim secara kolektif kepada Dirjen Yankes cq. Direktur PKR ditembuskan ke BPJS Kesehatan dan Dinkes kabupaten/kota. BPJS Kesehatan kemudian melakukan verifikasi administrasi dan pelayanan pasien COVID-19 paling lambat 7 hari dengan mengeluarkan Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) dan menyampaikannya kepada Kementerian Kesehatan untuk dilakukan

proses pembayaran. Dalam hal terdapat klaim dispute, maka dilakukan penyelesaian oleh Tim Penyelesaian Klaim Dispute (TPKD) yang dibentuk oleh Menteri Kesehatan. Atas hasil penyelesaian kasus dispute oleh TPKD yang dinyatakan layak bayar, Tim kemudian menyampaikan BAHV TPKD kepada Kementerian Kesehatan untuk dilakukan proses pembayaran. Sebelum proses verifikasi oleh BPJS dilaksanakan, RS juga dapat mengajukan pembayaran uang muka maksimal 50% dari setiap jumlah klaim yang diajukan kepada Kementerian Kesehatan. Berdasarkan BAHV yang diterima dari BPJS Kesehatan maupun TPKD,

Kementerian Kesehatan melakukan pembayaran ke rumah sakit dalam waktu 3 hari kerja melalui transfer ke rekening RS setelah memperhitungkan Uang Muka yang pernah dibayarkan sebelumnya.

### Jenis Fraud Pada Layanan Kesehatan

Jenis-jenis fraud pada layanan kesehatan (Stowell et al., 2018) diantaranya berupa Skema *Billing*, *Kickback*, kecurangan *Medicaid* dan *Medicare* serta kecurangan yang dilakukan rumah sakit atas prosedur yang tidak perlu. Skema *billing* meliputi: melibatkan pernyataan palsu, pernyataan yang salah atau kelalaian yang disengaja yang berdampak penting pada manfaat yang dibayarkan, *billing* untuk layanan atau peralatan yang tidak diberikan, *billing* untuk layanan atau peralatan yang tidak diperlukan, *billing* ganda untuk layanan atau peralatan yang sama, *billing* phantom pasien atau pasien yang meninggal, *Upcoding* yaitu penagihan untuk layanan atau peralatan diganti dengan tarif yang lebih tinggi daripada yang sebenarnya diberikan. *Kickback* merupakan imbalan yang diberikan untuk mempengaruhi penyediaan layanan kesehatan kepada pasien. *Kickback* secara khusus berbahaya karena dapat merusak pengambilan keputusan penyedia medis. Sebagian besar penipuan *Medicare* dan *Medicaid* terdiri dari kecurangan penagihan dan dapat didefinisikan sebagai penagihan *Medicare* atau *Medicaid* secara sengaja untuk layanan yang tidak

pernah diberikan atau diterima. Rumah sakit melakukan kecurangan dalam bentuk prosedur yang tidak perlu. Rumah sakit secara sengaja menaikkan status pasien ke terapi yang lebih mahal walaupun alternatif biaya yang lebih rendah menawarkan hasil yang lebih baik bagi pasien.

Selain itu, pelbagai jenis penipuan dapat dilakukan oleh penyedia layanan (Waghade, S. S., & Karandikar, 2018). Penyedia layanan dapat menagih layanan medis yang tidak benar-benar dilakukan. Penyedia layanan dapat menagih untuk setiap tahap prosedur medis seolah-olah itu adalah perawatan terpisah (*Unbundling*). Penyedia layanan dapat menagih layanan medis yang lebih mahal daripada yang sebenarnya dilakukan. Agar mendapat pembayaran asuransi, penyedia layanan dapat melakukan layanan medis yang tidak perlu. Penyedia layanan mungkin salah mengartikan perawatan yang tidak ditanggung sebagai perawatan yang ditanggung secara medis agar mendapat pembayaran asuransi. Untuk memvalidasi prosedur medis yang sebenarnya tidak diperlukan, penyedia layanan dapat memalsukan diagnosis dan/atau riwayat pengobatan pasien. Jenis kecurangan lainnya adalah kecurangan oleh operator asuransi berupa *Fake reimbursements* dan *Misrepresenting benefit / service statements* serta kecurangan konspirasi yang melibatkan lebih dari satu pihak, misalnya aktivitas kecurangan yang mencakup pasien dan dokter atau perusahaan asuransi.

## III. METODE PENELITIAN

### Sampel dan Teknik Pengumpulan

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif studi kasus dengan menggunakan *purposive sampling*. Informan dalam penelitian ini adalah auditor atau pemeriksa yang berpengalaman melakukan pemeriksaan terkait proses klaim penggantian biaya pelayanan pasien COVID-19. Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data wawancara semiterstruktur. Sugiyono (2018) menjelaskan bahwa jenis wawancara ini sudah termasuk dalam kategori *in-depth interview*, di mana dalam pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur. Tujuan dari wawancara jenis ini adalah untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka,

di mana pihak yang diajak wawancara diminta pendapat, dan ide-idenya.

### Metode Analisis Data

(Sugiyono, 2018) menjelaskan bahwa analisis data dalam penelitian kualitatif, dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung, dan setelah selesai pengumpulan data dalam periode tertentu. Pada saat wawancara peneliti sudah melakukan analisis terhadap jawaban yang diwawancarai. Bila jawaban yang diwawancarai setelah dianalisis terasa belum memuaskan, maka peneliti akan melanjutkan pertanyaan lagi, sampai tahap tertentu, diperoleh data yang dianggap kredibel. (Miles, 1984)

mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisa data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai tuntas, sehingga datanya sudah jenuh. Penelitian ini menggunakan alat bantu analisis data kualitatif yaitu *software* Nvivo 12 Pro

untuk meningkatkan kepercayaan dan keyakinan atas hasil analisis data. Validitas yang tinggi dapat tercapai dengan menggunakan NVivo karena peneliti dapat melakukan analisis dengan efektif di Nvivo (Bandur, 2019).

#### IV.HASIL DAN PEMBAHASAN

Tujuan penelitian studi kasus ini adalah untuk mengetahui potensi kecurangan apa saja yang mungkin terjadi dalam proses klaim penggantian biaya pelayanan pasien COVID-19. Obyek penelitian ini adalah pelayanan pasien di rumah sakit, pengajuan klaim oleh rumah sakit, verifikasi klaim oleh BPJS Kesehatan, serta pembayaran oleh Kementerian Kesehatan berdasarkan persepsi auditor yang

berpengalaman melakukan pemeriksaan terkait klaim COVID-19. Peneliti telah melakukan wawancara kepada delapan auditor yang terdiri dari empat auditor internal pemerintah dan empat auditor eksternal pemerintah yang seluruhnya memiliki pengalaman dalam pemeriksaan atas proses klaim COVID-19 dengan data sebagai berikut.

**Tabel 3. Data Demografi Informan**

Jabatan Informan	Jumlah (Orang)
Pemeriksa Madya	1
Pemeriksa Muda	4
Pemeriksa Pertama	3

Hasil wawancara yang dikelola menggunakan *software* Nvivo 12 Pro menunjukkan adanya potensi kecurangan dalam pada seluruh tahapan proses klaim seperti pada gambar berikut.

#### **Gambar 2. Hasil Pengolahan Informasi Potensi Kecurangan Melalui Nvivo 12**



medis secara tidak lengkap untuk menyembunyikan kondisi pasien yang dapat mempengaruhi hasil verifikasi klaim. Selain itu, Enam dari delapan informan (75%) menyatakan bahwa pihak manajemen RS dapat secara sengaja tidak menempatkan pasien COVID-19 di ruang isolasi yang merupakan standar ruang rawat inap pasien COVID-19. Yang berkaitan erat dengan klaim COVID-19, lima dari delapan informan (62,5%) menyatakan bahwa seorang DPJP dan perawat dapat secara sengaja merekayasa tanggal terbit hasil uji laboratorium RT PCR untuk penegakan diagnosa dan *follow up* perbaikan kondisi agar LoS yang diajukan dapat menjadi lebih panjang dari yang sebenarnya. Untuk memperpanjang LoS, Tiga dari delapan informan (37,5%) menyatakan bahwa seorang DPJP dan perawat dapat secara sengaja menunda jadwal uji laboratorium RT PCR. Hal ini dilakukan agar pasien dapat dirawat lebih lama dari yang seharusnya sehingga LoS yang diajukan dapat menjadi lebih panjang dari yang seharusnya. Dua informan (25%) juga menyatakan adanya potensi kecurangan dalam pelayanan pasien di RS berupa pemberian obat yang tidak sesuai diagnosa sebenarnya. Hal ini dilakukan untuk mendukung diagnosa palsu yang dilakukan DPJP.

#### **Potensi Kecurangan Dalam Pengajuan Klaim oleh RS**

Skema *billing* terdiri dari kecurangan atas layanan atau peralatan yang tidak diberikan, peralatan yang tidak diperlukan, *billing* ganda untuk layanan atau peralatan yang sama, *billing* phantom pasien yang telah meninggal, serta penagihan untuk layanan atau peralatan dengan tarif yang lebih tinggi daripada yang sebenarnya diberikan. (Stowell et al., 2018).

Informan 4 berpendapat terkait potensi kecurangan dalam pengajuan klaim oleh RS sebagai berikut:

*Menurut pendapat saya, dalam proses pengajuan klaim, potensi kecurangan yang paling terjadi adalah yang kecurangan berkaitan dengan rekayasa berkas klaim, pengajuan Length of Stay melebihi sebenarnya dan pengajuan klaim yang tidak sesuai dengan kondisi sebenarnya.*

Enam dari delapan informan (75%) menyatakan bahwa Manajemen RS dapat secara sengaja dapat melakukan *double billing* yang salah satunya ditagihkan ke Kementerian Kesehatan sebagai klaim COVID-19 dan ditagihkan juga kepada pasien atau keluarga pasien, ataupun kepada pihak penjamin lainnya, misalnya ke JKN dan perusahaan asuransi swasta lainnya. Tiga dari delapan informan (37,5%) juga menyatakan bahwa Manajemen RS dapat secara sengaja mengajukan klaim atas pasien yang tidak pernah mendapat perawatan di RS tersebut maupun di RS lain (klaim fiktif). RS secara sengaja menyusun seluruh dokumen berkas klaim palsu untuk mendukung klaim fiktif tersebut. Selain itu, empat dari delapan informan (50%) menyatakan bahwa Manajemen RS dapat secara sengaja merekayasa berkas klaim dengan tujuan agar pasien dapat memenuhi kriteria pasien COVID-19, dapat memperpanjang LoS yang ditagihkan, dan mendapatkan tarif klaim yang lebih tinggi dari yang seharusnya.

Seluruh informan (100%) menyatakan bahwa Manajemen RS secara sengaja mengajukan pasien yang sesungguhnya tidak memenuhi kriteria pasien COVID-19, khususnya pada kasus pasien suspek yang tetap diajukan meski hasil laboratorium RT-PCR untuk penegakan diagnosa menyatakan pasien tersebut negatif COVID-19. Empat dari delapan informan (50%) menyatakan bahwa Manajemen RS mengajukan tarif yang lebih tinggi dari yang seharusnya mereka dapatkan, diantaranya pihak RS merawat pasien di ruang isolasi non tekanan negatif namun menagihkan klaim dengan tarif di ruang isolasi tekanan negatif yang nilai tarifnya lebih tinggi. Seluruh informan (100%) menyatakan bahwa Manajemen RS dapat secara sengaja mengajukan klaim dengan jumlah LoS melebihi jumlah hari rawat inap yang sebenarnya dengan merekayasa tanggal masuk atau tanggal keluar pasien.

Dalam klaim COVID-19, tarif klaim juga memperhitungkan layanan penunjang dan harus menjadi pengurang nilai klaim apabila pihak RS tidak melaksanakan layanan tersebut kepada pasien. Enam dari delapan informan (75%) menyatakan bahwa Manajemen RS dapat mengajukan layanan penunjang kepada pasien yang sebenarnya tidak pernah

dilakukan, seperti pemeriksaan radiologi dan pemeriksaan darah. Lima dari delapan informan (62,5%) menyatakan bahwa manajemen RS secara sengaja menagihkan klaim atas pemulasaran jenazah yang sesungguhnya tidak pernah dilakukan oleh pihak RS. Kondisi ini dapat terjadi pada kasus di mana jenazah pasien COVID-19 diambil secara paksa oleh pihak keluarga atau dilakukan oleh pihak lain di luar RS. Dua dari delapan informan (25%) menyatakan potensi kecurangan dalam proses pengajuan klaim oleh RS yaitu pengajuan berkas klaim yang tidak lengkap secara sengaja karena terdapat konspirasi dengan verifikasi BPJS Kesehatan untuk meloloskan verifikasi. Dua dari delapan informan (25%) juga menyatakan bahwa manajemen RS juga dapat mengajukan tarif klaim atas pemakaian ventilator yang tidak memenuhi standar yang dimaksud dalam ketentuan tarif klaim. Sedangkan satu dari delapan informan (12,5%) menyatakan bahwa manajemen RS dapat menerbitkan hasil laboratorium palsu untuk mendukung diagnosa palsu. Satu dari delapan informan (12,5%) menyatakan bahwa manajemen RS dapat secara sengaja mengajukan klaim atas pasien yang sama sebanyak dua kali pada periode yang berbeda.

#### **Potensi Kecurangan Dalam Verifikasi Klaim oleh BPJS Kesehatan**

Kecurangan dapat dilakukan oleh operator asuransi berupa *Fake Reimbursements* dan *Misrepresenting Benefit / Service Statements* (Waghade, S. S., & Karandikar, 2018). Operator asuransi diantaranya terdiri dari petugas administrasi dan verifikasi klaim. Informan 7 berpendapat terkait potensi kecurangan pada verifikasi klaim oleh BPJS Kesehatan sebagai berikut:

*Menurut saya, Karena BPJS Kesehatan hanya bertugas melakukan verifikasi, maka kecurangan dapat terjadi dalam proses verifikasi dengan hasil yang tidak sesuai kondisi sebenarnya dalam berkas klaim, termasuk meloloskan klaim yang tidak layak dan memverifikasi klaim yang sudah masuk masa kedaluwarsa dan dinyatakan sesuai agar nantinya dapat dibayarkan oleh Kementerian Kesehatan*

Dalam klaim COVID-19, enam dari delapan informan (75%) menyatakan bahwa Verifikator BPJS dapat secara sengaja menerbitkan hasil verifikasi yang tidak sesuai dengan kondisi yang sebenarnya tercantum dalam berkas klaim yang diajukan oleh RS, di mana pasien sebenarnya layak diklaimkan namun oleh verifikasi dinyatakan dalam hasil verifikasi dengan status tidak sesuai atau dispute. Hal ini dapat terjadi karena verifikasi berharap adanya suap dari pihak RS yang merasa dipersulit dalam proses verifikasi sebagaimana dinyatakan oleh satu dari delapan informan. Empat dari delapan informan (50%) juga menyatakan bahwa Verifikator dapat secara sengaja menerbitkan hasil verifikasi dengan status sesuai, namun sesungguhnya berdasarkan berkas klaim, pengajuan pasien tersebut tidak layak untuk diganti biaya pelayanan pasiennya. Setiap pelayanan memiliki masa kedaluwarsa pengajuan yang berbeda-beda tergantung dari masa berakhirnya pelayanan pasien tersebut. Empat dari delapan informan (50%) menyatakan bahwa verifikasi dapat secara sengaja meloloskan klaim kedaluwarsa untuk diverifikasi dan kemudian dinyatakan layak dengan status sesuai ketika sistem verifikasi BPJS tidak mampu mendeteksi klaim kedaluwarsa tersebut. Selain itu, satu dari delapan informan (12,5%) menyatakan bahwa verifikasi BPJS Kesehatan dapat secara sengaja meloloskan klaim pelayanan sama dan pasien sama yang diajukan ke JKN dan klaim COVID-19 (*Double billing*).

#### **Potensi Kecurangan Dalam Pembayaran Klaim oleh Kementerian Kesehatan**

Jenis kecurangan konspirasi melibatkan lebih dari satu pihak, misalnya aktivitas kecurangan yang mencakup pasien dan dokter atau perusahaan asuransi (Waghade, S. S., & Karandikar, 2018). Dalam klaim COVID-19 manajemen RS dapat berkonspirasi dengan Kementerian Kesehatan selaku pihak yang melakukan pembayaran klaim.

Informan 4 berpendapat terkait potensi kecurangan dalam pembayaran klaim oleh Kementerian Kesehatan sebagai berikut:

*Jadi secara umum, saya melihat potensi kecurangan yang dapat terjadi dalam pembayaran klaim oleh*

*Kementerian Kesehatan adalah suap oleh pihak RS kepada tim validasi klaim atau PPK untuk mempercepat dan memprioritaskan pembayaran kepada RS tersebut. Selain itu, PPK juga dapat sengaja membayar dua kali BAHV yang sama, membayar lebih dari seharusnya dan membayar tanpa adanya pengajuan uang muka atau BAHV.*

Keterlambatan pembayaran klaim menyebabkan RS yang melayani pasien COVID-19 mengalami kesulitan keuangan (Ambarwati, 2021). Hal ini mendorong pihak RS untuk melakukan segala cara agar pembayaran klaim dapat dipercepat. Enam dari delapan informan (75%) menyatakan bahwa manajemen RS berpotensi melakukan suap kepada tim validasi klaim dan/ atau PPK agar pembayaran kepada pihaknya dapat diprioritaskan untuk diverifikasi dan segera dibayarkan. Lima dari delapan informan (62,5%) juga menyatakan bahwa PPK secara sengaja menyetujui pembayaran dua kali atas klaim pasien yang sama ataupun Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) yang sama. Selain itu, tim validasi klaim juga dapat secara sengaja mengajukan dokumen pembayaran yang sama dan memanfaatkan kelalaian PPK memverifikasi dokumen pembayaran sehingga secara tidak sengaja PPK menyetujui pembayaran dua kali. Atas kecurangan tersebut, pihak RS menerima dua kali pembayaran tersebut di rekening.

Tiga dari delapan informan (37,5%) menyatakan bahwa PPK dapat secara sengaja melebihi nilai pembayaran klaim kepada RS tertentu. Selain itu, tim validasi klaim dapat secara sengaja mengajukan dokumen pembayaran yang nilai pembayarannya telah dilebihkan. Kemudian dengan memanfaatkan kelalaian PPK dalam memverifikasi dokumen pembayaran. PPK secara tidak sengaja menyetujui pembayaran tersebut. Atas kecurangan tersebut, pihak RS menerima pembayaran dengan nilai lebih dari yang seharusnya. Selain kelebihan pembayaran, tiga dari delapan informan (37,5%) menyatakan bahwa PPK juga dapat secara sengaja melakukan pembayaran klaim kepada RS tertentu tanpa adanya pengajuan uang muka maupun penerbitan BAHV dengan status sesuai. Tim validasi klaim juga dapat secara sengaja mengajukan dokumen pembayaran yang tidak disertai informasi pengajuan uang muka

dan BAHV dengan status sesuai dan memanfaatkan kelalaian PPK memverifikasi dokumen pembayaran sehingga secara tidak sengaja PPK menyetujui pembayaran tersebut. Atas kecurangan tersebut, pihak RS menerima pembayaran yang tidak atau belum menjadi haknya. Satu dari delapan informasi juga menyatakan bahwa PPK dapat secara sengaja memerintahkan pembayaran atas klaim yang seharusnya telah dinyatakan kedaluwarsa oleh BPJS Kesehatan namun lolos proses verifikasi dan dinyatakan sesuai dalam BAHV.

Dari uraian di atas, terdapat dua potensi kecurangan yang dinyatakan oleh seluruh informan (100%), yaitu mengajukan LoS melebihi yang sebenarnya dan mengajukan pasien yang tidak memenuhi kriteria pasien COVID-19. Hal ini menunjukkan bahwa dua potensi kecurangan tersebut paling berpotensi terjadi dalam klaim COVID-19. Peneliti juga menemukan bahwa kecurangan yang berkaitan dengan LoS dan kriteria pasien COVID-19 berdasarkan hasil laboratorium RT-PCR sangat menentukan jumlah pembayaran klaim COVID-19 kepada RS.

Dalam program JKN, Menteri Kesehatan telah mengatur bahwa semua pihak terkait harus membangun sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) melalui penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan, pengembangan budaya pencegahan kecurangan, pengembangan pelayanan kesehatan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, serta pembentukan tim pencegahan kecurangan (*fraud*). Pada klaim COVID-19, pemerintah belum menetapkan ketentuan penanganan dan pencegahan kecurangan serta penerapan sanksi terhadap kecurangan. Oleh karena itu, pemerintah harus segera membangun sistem kecurangan (*fraud*) yang melibatkan pihak RS, BPJS Kesehatan, dan Kementerian Kesehatan sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing. Tim pencegahan kecurangan (*fraud*) JKN dapat dilibatkan juga dalam pencegahan klaim COVID-19. Pemerintah juga harus menyusun *Whistleblowing System* untuk menjangkit adanya pengaduan dari masyarakat atas kecurangan dalam pelayanan pasien COVID-19 di RS, pengajuan klaim, verifikasi BPJS Kesehatan dan pembayaran oleh Kementerian Kesehatan.

## V. SIMPULAN DAN SARAN

Hasil pembahasan menunjukkan bahwa terdapat potensi kecurangan klaim COVID-19 pada seluruh tahap dalam klaim penggantian biaya pelayanan pasien COVID-19, mulai dari pelayanan pasien di RS, pengajuan klaim oleh RS, verifikasi klaim oleh BPJS Kesehatan, dan pembayaran oleh Kementerian Kesehatan. Potensi kecurangan yang dinyatakan oleh seluruh informan (100%) dapat terjadi yaitu pada tahap pengajuan klaim oleh RS, di mana manajemen RS dapat mengajukan LoS melebihi yang sebenarnya dan mengajukan pasien yang tidak memenuhi kriteria pasien COVID-19. Berbeda dengan kecurangan

layanan kesehatan pada umumnya, potensi kecurangan yang terjadi berkaitan dengan penentuan jumlah LoS dan kriteria pasien COVID-19 berdasarkan hasil laboratorium RT-PCR yang sangat menentukan jumlah pembayaran klaim COVID-19 kepada RS. Di masa pandemi COVID-19, penelitian ini hanya dilakukan melalui wawancara secara daring. Penelitian selanjutnya dapat melakukan pengumpulan data melalui observasi langsung untuk mengetahui potensi kecurangan dalam proses klaim pelayanan pasien COVID-19.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alonazi, W. B. (2020). Fraud and Abuse in the Saudi Healthcare System: A Triangulation Analysis. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 57, 1–8. <https://doi.org/10.1177/0046958020954624>
- Ambarwati, W. (2021). Pembiayaan Pasien COVID-19 dan Dampak Keuangan terhadap Rumah Sakit yang Melayani Pasien COVID-19 di Indonesia Analisis Periode Maret 2020 – Desember 2020. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 6(1), 23–37. <https://doi.org/10.7454/eki.v6i1.4881>
- Bandur, A. (2019). *Penelitian Kualitatif: Studi Multi-Disiplin Keilmuan dengan NVivo 12 Plus* (Pertama). Mitra Wacana Meida.
- Bin Thahir, C., & Darmadja, S. (2022). Analisis Kebijakan Operasional Tentang Fraud Clinical Pathway Pasien JKN Rawat Inap RSUD Buru Maluku. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat (The Public Health Science Journal)*, 1(1), 42–56.
- Chisunga, D., Mohamed, N., & ... (2021). Fraud Detection Techniques To Prevent Double Billing Fraud: Case of Zimbabwe's Medical Aid Societies. *Academy of Strategic Manajemen Journal*, 20(6), 1–11.
- Fathurrohman, N., & Dewi, A. (2018). Potential Fraud in The Primary Healthcare. *Jurnal Medicoeticelegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 7(3), 1–8. <https://doi.org/10.18196/JMMR.7373>
- Fatimah, R. N., Misnaniarti, M., & Syakurah, R. A. (2021). Potential Fraud in The Implementation of National Health Insurance in The Health Sector: Systematic Review. *JMMR (Jurnal Medicoeticelegal Dan Manajemen Rumah Sakit)*, 10(3), 1–14.
- Flasher, R., & Lamboy-Ruiz, M. A. (2019). Impact of Enforcement on Healthcare Billing Fraud: Evidence from the USA. *Journal of Business Ethics*, 157(1), 217–229. <https://doi.org/10.1007/S10551-017-3650-Z>
- Humas. (2021). Langkah BPJS Kesehatan Cegah Potensi Fraud dalam Klaim Covid-19. *BPJS Kesehatan*.
- Karyono. (2013). *Forensic fraud*. CV Andi Offset.
- Miles, M. . & H. A. . (1984). *Analisis Data Kualitatif*. Universitas Indonesia.
- Mitriza, A., & Akbar, A. (2019). Analisis Pengendalian Potensi Fraud di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(3), 493–499. <https://doi.org/10.25077/JKA.V8I3.1032>
- Palutturi, S., Makkurade, S. R., Ahri, R. A., Suzana, A., & Putri, E. (2019). Potential for fraud of health service claims to BPJS health at Tenriawaru public hospital, bone regency, Indonesia. *Ijicc.Net*, 8(5), 493–499. [https://www.ijicc.net/images/vol8iss5/8509\\_Palutturi\\_2019\\_E\\_R.pdf](https://www.ijicc.net/images/vol8iss5/8509_Palutturi_2019_E_R.pdf)
- Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan*. (2019). *Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) bagi Rumah Sakit Penyelenggara Pelayanan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)*. (2021).
- Rosyida, I. A. (2018). Implementasi Pengendalian Internal Pada Pencegahan dan Pendektasian Fraud Rumah Sakit Di Bojonegoro. *Jurnal Ekonomi Universitas Kadiri*, 3(1), 47–63.
- Sadikin, H., & Adisasmito, W. (2016). Analisis Pengaruh Dimensi Fraud Triangle Dalam Kebijakan Pencegahan Fraud Terhadap Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUP Nasional Cipto Mangunkusumo. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(2), 28–34. <https://doi.org/10.7454/eki.v1i2.1871>
- Santoso, B., Hendartini, J., Djoko Rianto, B. U., & Trisnantoro, L. (2018). SYSTEM FOR DETECTION OF NATIONAL HEALTHCARE INSURANCE FRAUD BASED ON COMPUTER APPLICATION. *Public Health of Indonesia*, 4(2), 46–56. <https://doi.org/10.36685/PHI.V4I2.199>
- Stowell, N. F., Schmidt, M., & Wadlinger, N. (2018). Healthcare fraud under the microscope: improving its prevention. *Journal of Financial Crime*, 25(4), 1039–1061. <https://doi.org/10.1108/JFC-05-2017-0041>
- Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Alfabeta.
- Tuanakotta, T. M. (2016). *Theodorus Forensik & Audit Investigatif* (Dua). Salemba Empat.

Waghade, S. S., & Karandikar, A. M. (2018). A comprehensive study of healthcare fraud detection based on machine learning. *International Journal of Applied Engineering Research*, 13(6), 4175–4178.