

VI. KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan tujuan peneliti yaitu untuk mengeksplorasi implementasi upaya pengendalian potensi *fraud* di Rumah Sakit dr. Achmad Moechtar Kota Bukittinggi, maka di dapatkan kesimpulan sebagai berikut :

1. Input yang mencakup kebijakan, tenaga, dan sarana
 - a. Kebijakan

RSUD dr Achmad Moechtar Bukittinggi telah mempunyai *Tim Anti Fraud*, sesuai Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 yaitu SK Direktur No 445/057/SK-DIR/RSAM/VIII/2017 tentang tim Pencegahan *Fraud* di RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi.
 - b. Tenaga

Sejak era JKN RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi berupaya membentuk banyak tim yang salah satunya *Tim Anti Fraud*, tim JKN, tim casemix dan tim verifikasi klaim yang langsung bertanggung jawab kepada Direktur.
 - c. Sarana

Hasil penelitian di RSUD dr Achmad Moechtar Bukittinggi Tahun 2016, *Bed Occupatin Rate* (BOR) adalah 60,29 % dan rata-rata lama rawatan (*Av LOS*) adalah 5,31 hari.
2. Faktor-faktor pendorong terjadinya potensi *fraud* di RSUD dr. Achmad Moechtar bukittinggi
 - a. Pemahaman yang berbeda antara verifikator, koder dan DPJP tentang diagnosis

Peneliti menyarankan agar peningkatan pemahaman petugas yang berkaitan dengan klaim dalam upaya pencegahan potensi *fraud* terdiri dari DPJP menulis dan memberikan resume medis yang jelas dan lengkap serta meningkatkan interaksi dengan staf klinis dalam rangka memastikan diagnosa primer dan sekunder.

- b. Ada kesenjangan penetapan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA CBG

Sistem pembayaran RSUD dr.Achmad Moechtar Bukittinggi mengacu kepada Peraturan Gubernur (PerGub) Nomor 58 Tahun 2015, dengan menggunakan metode *fee for service* sedangkan sistem pembayaran INA CBGs menggunakan metode prospektif. Pada kasus pelayanan bagian bedah, dari tota; 2.824 kasus didapatkan selisih tarif Pergub sebesar 13 % lebih besar dari tarif INA CBGs pada klaim BPJS Kesehatan.

3. Faktor-faktor penghambat terjadinya potensi *fraud* di RSUD dr Achmad Moechtar Bukittinggi

- a. Penerapan Standar operasional (SOP) dan *Clinical Pathway*

Kasus bedah merupakan kasus yang terbanyak dilayani dan menyerap dana terbesar dalam pelayanan pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan sebesar 39,09% dari total pendapatan rawat inap pasien BPJS Kesehatan. Penerapan *clinical pathway* yang baik akan dapat mengendalikan biaya karena dapat diprediksi biaya yang akan timbul selama pelayanan.

- b. Pelatihan dalam Ketepatan *Coding*

ketepatan pengodean diagnosis dan prosedur akan mempengaruhi ketepatan tarif pada *software* INA CBGs, ketika pengodean tepat serta penentuan diagnosis primer dan sekunder juga tepat, maka tarif paket INA CBGs yang muncul juga tepat sesuai dengan derajat keparahan (*severity level*) dari kode diagnosis dan prosedur. Peningkatan kemampuan koder dalam upaya pencegahan potensi *fraud* terdiri dari meningkatkan akurasi koding untuk mencegah kesalahan, pelatihan dan edukasi koding yang benar, penyesuaian beban kerja koder dengan jumlah dan edukasi koding yang benar.

4. Usaha RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi dan BPJS Kesehatan dalam pencegahan potensi *fraud* di RSUD dr Achmad Moechtar Bukittinggi

- a. Upaya dari RSAM dilakukan dengan melakukan efisiensi, subsidi silang, melakukan tindakan sesuai kepatuhan SOP dan penyusunan *clinical pathway* dan mengkaji ulang penghitungan Pergub terutama bagian bedah serta memaksimalkan kinerja Tim Anti *Fraud*.
- b. Upaya dari BPJS Kesehatan dengan melakukan strategi verifikasi digital klaim (*vedika*) untuk percepatan klaim, meningkatkan aplikasi dalam menyaring adanya potensi *fraud* di bidang klaim pelayanan kesehatan.

B. SARAN

Pencegahan terjadinya potensi *fraud* dalam pelayanan di RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi, saran yang dapat diberikan dengan melihat hasil penelitian kepada manajemen rumah sakit dan BPJS Kesehatan sebagai berikut :

- a. Manajemen Rumah Sakit
 1. Melakukan monitoring dan evaluasi yang memastikan kepatuhan pelaksanaan aturan dan prosedur yang telah ditetapkan baik standar perilaku dan disiplin di RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi.
 2. Melakukan sosialisasi dan bimbingan teknis tentang bahaya potensi *fraud* yang dapat merugikan rumah sakit.
 3. Mengikuti pedoman *clinical pathway* dan SOP yang sesuai tindakan medis dan mensosialisasi budaya anti *fraud* yang berorientasi pada kendali mutu kendali biaya
- b. BPJS Kesehatan
 1. Bersinergi dengan Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dalam pencegahan potensi *fraud* di Rawatan Tingkat Lanjutan.
 2. Melakukan *feedback* dengan audit klaim dan monitoring evaluasi jika terdeteksi adanya potensi *fraud* di rumah sakit.