

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sistem jaminan kesehatan nasional merupakan amanat Undang-undang No. 23/1998 tentang Kesehatan dan sudah diterapkan pemerintah sejak diterbitkan Undang-undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dalam pelaksanaannya, program tersebut terus mengalami perubahan dan penyempurnaan. Pelaksanaan amanat dari undang-undang tersebut adalah terbentuknya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) pada tahun 2014. Namun, terdapat beberapa permasalahan yang muncul sejak program ini diterapkan diantaranya potensi korupsi dalam pelaksanaan program JKN yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan UGM, 2013). Dana BPJS dianggap berpotensi menimbulkan *fraud* atau dapat disebut juga *moral hazard* yang merupakan perbuatan immoral dengan melakukan penyimpangan dan kecurangan dengan memanfaatkan kelemahan situasi atau aturan terkait dengan perilaku atau moral (belum tentu melanggar hukum) (Ansyori, 2015). *Fraud* dalam layanan jaminan kesehatan nasional (JKN) di Indonesia dapat terjadi baik berupa sistem, oleh provider, maupun klinisi di rumah sakit. Potensi *fraud* yang dilakukan oleh pihak rumah sakit, dapat terjadi baik yang disengaja maupun tidak disengaja (Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan UGM, 2013).

Potensi *fraud* dalam penerapan sistem jaminan kesehatan di Indonesia sudah ada sejak awal. Sejak diterapkan program JKN, media masa digemparkan oleh pemberitaan mengenai Komisi Pemberantasan Korupsi akan mengincar potensi korupsi dalam pelaksanaan program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS. Dana BPJS dianggap berpotensi menimbulkan *fraud*, baik yang termasuk kategori sistem, provider, maupun klinisi di rumah sakit (Trisnantoro, 2014).

Penyebab *fraud* yang terjadi pada sistem jaminan kesehatan di Indonesia Indonesia dapat disebabkan: a) kompensasi karena persepsi pemberi pelayanan akan besaran *Indonesian Case Base Groups* (INA CBG's) yang dianggap rendah, b) informasi dan teknologi (IT) di RS belum siap untuk memperoleh data *fraud*, c) data klaim setelah diverifikasi 15 hari, belum dilakukan investigasi, d) otoritas jasa keuangan masih dalam situasi observasi dan e) motivasi mencari "keuntungan ekonomi" merupakan naluri dasar manusia (Trisnantoro, 2014).

Beberapa potensi *fraud* di Indonesia dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Faktor tersebut yaitu fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia terkonsentrasi di daerah maju, terutama yang mempunyai teknologi tinggi, keterlambatan pembayaran klaim, ketidakpuasan masyarakat terhadap layanan fasilitas kesehatan, status *upcoding* dan kesalahan *coding*. Fenomena *fraud* dapat berdampak kepada pendanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) akan mengalami defisit. Selain daripada itu, *fraud* mungkin akan memperburuk keseimbangan pembiayaan kesehatan antara daerah sulit dan maju (Trisnantoro, 2014).

Fraud dapat menggerogoti pembiayaan kesehatan suatu negara dari 5-10% (Ansyori, 2015), misalnya Amerika sebagai negara maju, seperti yang dilaporkan oleh *General Accounting Office* (GAO) pada tahun 2010, klaim indikasi kejadian *fraud* tercatat berkisar US 100 Milyar atau senilai 10% dari total biaya kesehatan setahun. Bahkan pada saat terjadi peningkatan peserta, di situ terdapat celah dalam penggunaan asuransi kesehatan dengan harga mengejutkan, yakni diperkirakan antara US 67 Milyar dan 226 Milyar per tahun. Menurut perkiraan Biro Investigasi Federal (BIF), penipuan kesehatan biaya pembayar pajak Amerika lebih dari US 80 miliar setahun (Aldrich, Crowder, dan Benson, 2014). Oleh karena itu, mendeteksi penipuan asuransi kesehatan adalah penting dan tantangan yang sulit (Shi, 2016).

Pada negara Amerika Serikat ditemukan permasalahan *upcoding* pada layanan jaminan kesehatannya (Dafny, 2006). Layanan jaminan kesehatan di Italia ditemukannya *upcoding*, *cream skimming* dan *readmission* (Berta, 2010). Taiwan ditemukannya penambahan jumlah kasus *hemorrhoidectomies* (Tsai, 2008). Negara Ghana Utara terdapat kondisi melebih-lebihkan pemberian obat dan penyakit pasien

(Debpuur, 2015). Demikian juga untuk Indonesia, *fraud* dapat terjadi pada provider asuransi kesehatan yang dibayar dengan metode pembayaran prospektif seperti yang diterapkan di Indonesia. Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Di Indonesia metode pembayaran prospektif diberi nama *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's) (Kemenkes RI, 2015).

Salah satu bentuk kasus *fraud* adalah kejadian readmisi. Readmisi adalah pasien kembali mendapatkan rawat inap ulang dalam jangka waktu kurang dari 30 hari (Catlin et al., 2008, Hosseinzadeh et al., 2013). Berdasarkan penelitian Pratiwi et al (2017) diketahui bahwa angka readmisi pasien skizofrenia pada rumah sakit jiwa rujukan tertinggi di Daerah Istimewa Yogyakarta diketahui bahwa angka readmisi meningkat setiap tahun, yaitu 10,37% tahun 2013, 11,72% tahun 2014, dan 12,99% tahun 2015 (Pratiwi et al., 2017).

Kasus *fraud/ moral hazard* juga ditemukan di rumah sakit di Sumatera Barat. Berdasarkan penelitian Ade et al (2016) di salah satu rumah sakit rujukan daerah di Sumatera Barat upcoding ditemukan pada 34 dari 183 catatan medis pasien (18,6%). Potensi peningkatan nilai klaim akibat upcoding tersebut sebesar Rp. 87.311.800,- atau 8,6% dari total nilai klaim rumah sakit ke BPJS (Ade et al., 2016).

Berdasarkan studi literatur diketahui secara garis besar faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya *fraud* dapat digolongkan kedalam lima penyebab yaitu klinisi, koder, pasien, kebijakan dan provider (Barros et al., 2016; Kuhn et al., 2013; Pongpirul et al., 2013; Luo et al., 2010). Pertama dari sisi klinisi antara lain usia, jenis kelamin, spesialisasi, sertifikat yang diperoleh, tempat menuntut ilmu, bertanggung jawab penuh atau paruh waktu, beban kerja, jumlah pasien yang ditangani, kondisi target pendapatan masing-masing, motivasi, profesionalisme, altruisme, lingkungan, tekanan kelompok, kesempatan, kapabilitas, rasionalisasi, insentif penyelia, kebutuhan yang mendesak, etika moral personal, kemungkinan gagal, kemungkinan sukses dan pemahaman akan kode DRG (Barros et al., 2016; Kuhn et al., 2013; Pongpirul et al., 2013; Luo et al., 2010; Steinbusch, 2007; Dafny, 2005; Adam, 2004).

Kedua dari sisi koder adalah usia, jenis kelamin, spesialisasi, sertifikat yang diperoleh tempat menuntut ilmu, bertanggung jawab penuh atau paruh waktu, beban kerja, jumlah pasien yang ditangani, kondisi target pendapatan masing-masing, motivasi, profesionalisme, altruisme, lingkungan, kemungkinan merubah kode DRG, tekanan kelompok, kesempatan, kapabilitas, rasionalisasi, ambiguitas klasifikasi pengkodean, kebutuhan yang mendesak, etika moral personal, kemungkinan gagal dan kemungkinan sukses (Barros et al., 2016; Kuhn et al., 2013; Pongpirul et al., 2013; Luo et al., 2010; Steinbusch, 2007; Dafny, 2005; Adam, 2004).

Ketiga dari sisi pasien adalah usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status asuransi, jumlah pasien berpenyakit kronis dan keseluruhan penyakit pasien. Keempat dari sisi kebijakan yaitu adanya reward, hukuman, hukuman berbentuk uang, umpan balik terhadap kinerja provider dan kontrol terhadap rumah sakit. Kelima dari sisi provider antara lain kepemimpinan, budaya organisasi, bentuk organisasi, ukuran tempat praktek, jumlah pasien, penggunaan sistem informasi medis, pedoman penyelenggaraan medis, telaah utilisasi, hukuman berbentuk uang, ukuran rumah sakit, situasi keuangan rumah sakit, pasokan peralatan medis, efisiensi sistem, transparansi, orientasi laba dan manajemen pelayanan medis (Barros et al., 2016; Kuhn et al., 2013; Pongpirul et al., 2013; Luo et al., 2010; Steinbusch, 2007; Dafny, 2005; Adam, 2004).

Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Joudaki (2016) di Iran menyatakan terdapat 2% dokter di Iran yang melakukan tindakan fraud dengan mengubah diagnosis penyakit pasien, dengan *Odds Ratio* (OR) = 2,10. Ogunbanjo (2014) melakukan penelitian di Afrika Selatan menyatakan klaim pelayanan yang diajukan harus berdasarkan diagnosis dokter, namun terdapatnya kesalahan dalam diagnosis yang dilakukan dokter dan kaidah coding penginputan data sehingga menyebabkan kesalahan dalam persepan obat. Chomi (2014) di Tanzania menyatakan masih terdapatnya penundaan waktu pelayanan yang menyebabkan ketidakpuasan dengan OR = 1,51. Shin (2012) di Korea Selatan menemukan terdapatnya pending pembayaran klaim jaminan kesehatan disebabkan ketidaklengkapan data dalam pengiriman berkas dan ketidaktepatan data dalam

diagnosis penyakit, sehingga pembayaran ditunda sampai persyaratan lengkap.

Park (2015) di Korea Selatan menemukan bentuk fraud yang terjadi dalam hal klaim pending pada pelayanan rawat inap yaitu sebesar 97.930 klaim dan 10% dari semua klaim rawat jalan sebagai klaim yang tidak dapat ditinjau ulang. Berdasarkan proses pengembalian pemberkasan klaim pembayaran lebih banyak terjadi di rumah sakit dan tingkat terendah ditemukan di klinik. Tingkat deteksi untuk klaim dengan beberapa kesalahan di area rawat inap dan rawat jalan adalah 23,1%. Tingkat deteksi kesalahan tertinggi terjadi pada tahap pemeriksaan pedoman di kedua kelompok rawat inap dan rawat jalan.

Penelitian yang dilakukan Syafrawati (2019) menemukan bahwa terdapat kerugian rumah sakit akibat *upcoding* sebesar Rp 154.626.000,- dan *downcoding* sebesar Rp 54.043.300,-. Fraud tertinggi yang ditemukan yaitu *possible unnecessary admission* yang merupakan tidak ada alasan pasien harus dirawat saat pertama kali masuk ke rumah sakit, diikuti *upcoding* yaitu ketidaksesuaian antara kode diagnosis dan prosedur yang tertulis dalam rekam medis dengan yang diklaim kepada BPJS Kesehatan yang mengakibatkan peningkatan harga klaim dan *readmission* adalah kejadian pelayanan pasien dimana pasien rawat inap yang sama dikeluarkan dan dimasukkan kembali untuk rawat inap untuk menjalani pengobatan penyakit yang sama setelah periode kurang dari 30 hari. Faktor yang berhubungan dengan kejadian *fraud/moral hazard* dalam penelitian Syafrawati (2019) berdasarkan *Odds Ratio* (OR) tertinggi dan terendah adalah spesialisasi dokter (dokter penyakit dalam dan non bedah dengan OR 2,37, dokter bedah dengan OR 2,12 dan dokter kandungan OR 1,25), lama kerja koder (OR = 2,24), *Length of Stay* (LOS) (OR 1,25) dan umur dokter (OR = 1,04).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada pada tiga direktur rumah sakit di Sumatera Barat sebagai pimpinan pada RS tersebut, diketahui bahwa adanya ketidakpuasan rumah sakit terhadap peraturan yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan yang memicu terjadinya *fraud/moral hazard*. Dalam kesempatan lain salah seorang pakar Jaminan Kesehatan Nasional yaitu Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc, PhD mengatakan kalau besaran tarif INA CBG yang diterima

rumah sakit berpotensi untuk menimbulkan fraud pada era JKN.

Upaya yang telah dilakukan untuk mencegah terjadinya fraud salah satunya adalah dikeluarkannya kebijakan oleh Kementerian Kesehatan untuk mencegah *moral hazard* dan *fraud* pada *provider* yaitu dengan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 36 Tahun 2015 tentang pencegahan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional. Dalam Permenkes tersebut dituliskan 20 jenis kecurangan yang berpotensi terjadi pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yang merupakan upaya 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 khusus (Kemenkes RI, 2015).

Jenis-jenis fraud yang terdapat dalam Permenkes No. 36 Tahun 2015 diadopsi dari *National Health Care Anti-Fraud Association* (NHCAA) di Amerika Serikat. Pencegahan *moral hazard* di Rumah Sakit menurut Permenkes No 36 tahun 2015 meliputi pembangunan kesadaran, pelaporan, deteksi, investigasi dan pemberian sanksi (Kemenkes RI, 2015).

Kelemahan yang ditemukan dari kebijakan tentang pencegahan kecurangan di Era JKN adalah tim anti-fraud yang telah dibentuk di beberapa rumah sakit belum bekerja secara optimal. Hal yang menyebabkannya adalah belum ada petunjuk teknis cara bekerja tim dalam mendeteksi potensi fraud di rumah sakit. Satu-satunya petunjuk yang dipakai adalah peraturan menteri kesehatan, namun belum menjabarkan teknis operasional cara kerja tim. Di salah satu rumah sakit, tim anti-fraud baru bekerja dalam menganalisa setiap kode diagnosis dan prosedur yang dibuat dan tarif yang dihasilkan (Ade et al., 2016)

Upaya lainnya yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan dalam mencegah dan menangani fraud adalah bekerjasama dengan Komisi Pemberantasan Korupsi dalam menangani masalah Fraud dalam JKN. Walaupun telah ada Peraturan Menteri Kesehatan No. 36 Tahun 2015 tentang pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional, namun beberapa faktor penyebab terjadinya fraud harus diantisipasi. Diantara faktor

tersebut adalah menemukan celah terjadinya fraud, membuat regulasi pencegahan fraud yang memadai, memperbaiki tata kerja dan mekanisme penanganan fraud meliputi penjelasan kriteria fraud, tenaga pendeteksi fraud dan tenaga yang menidaklanjuti fraud. Sistem penanganan fraud harus dibuat secara struktural (BPJS, 2016). Salah satu bentuk penanganan fraud yang dilakukan yaitu audit oleh Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP). Temuan audit BPKP tahun 2018 yang menyatakan bahwa terdapat potensi *fraud* di fasilitas kesehatan yang memperburuk defisit program JKN. Beberapa temuan tersebut yaitu indikasi *fraud* atas klaim INA CBGs, indikasi *fraud* atas klaim non INA CBGs dan indikasi *fraud* non kapitasi (BPKP, 2018).

Bentuk lainnya upaya pencegahan fraud pada layanan BPJS adalah dibentuknya tim independen oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yaitu Tim Kendali Mutu Kendali Biaya Kesehatan (TKMKB). TKMKB bertugas untuk mengendalikan mutu dan biaya melalui sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai dengan kompetensi serta pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan. Beberapa permasalahan yang sering ditemui oleh TKM KB yang juga menghambat pelayanan kesehatan antara lain, klaim yang terlambat diajukan dan dibayarkan dikarenakan petugas verifikator yang masih sangat terbatas serta administrasi berkas klaim yang belum tertata dengan baik (BPJS, 2016).

Jika dilihat masih terdapat permasalahan yang muncul sebagai akibat dari fraud pada pelayanan kesehatan. Dampak dari adanya fraud yaitu kerugian yang dialami oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Fenomena yang ada terhadap layanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan ditemukan mengalami kerugian dari tahun ke tahun. Pada tahun 2014 terhitung BPJS Kesehatan mengalami kerugian 3,3 triliun meningkat menjadi 5,7 triliun pada tahun 2015 dan 6,8 triliun pada tahun 2016. Pada tahun 2018 meningkat menjadi 9,1 triliun dan beban defisit juga mengalami peningkatan pada tahun 2019 yaitu 15,5 triliun (BPJS, 2014; BPJS, 2015, BPJS, 2016; BPJS, 2018; BPJS, 2019). Salah satu penyebab kemungkinan terjadinya kerugian dana jaminan kesehatan nasional adalah *fraud* (BPJS, 2016). Selain

daripada itu dampak lain terjadinya fraud pada pada pelayanan kesehatan sebagai dampak dari kerugian dalam hal finansial yaitu pemanfaatan dana untuk operasional rumah sakit juga akan terganggu dan tentunya upaya dalam perbaikan fasilitas kesehatan yang berkaitan dengan pelayanan juga akan terhambat, kondisi ini secara tidak langsung berpengaruh kepada kepuasan pasien, hal ini disebabkan kepuasan pasien berkaitan dengan dimensi *tangible* (bukti fisik) fasilitas kesehatan. Dampak lainnya dari terjadinya fraud dalam hal kerugian finansial sebagai akibat klaim pelayanan yang tertunda adalah pembayaran jasa medis bagi tenaga kesehatan juga mengalami penundaan, kondisi ini jika terus dibiarkan maka akan menurunkan kinerja pegawai sebagai akibat ketidakpuasan pegawai dalam hal hak yang diterima (BPJS, 2016; BPJS, 2017).

Oleh karena itu perlu adanya upaya mendeteksi sendiri risiko fraud melalui tindakan preventif, dengan menggunakan skoring sehingga dapat mengelompokkan risiko fraud dari variabel prediktornya, dan memudahkan dalam pengklasifikasian. Klasifikasi dengan menggunakan model skoring efektif karena proses mencari suatu fungsi model yang dapat menjelaskan dan membedakan data kelas dan konsep, dimana model tersebut ditentukan berdasarkan pada analisis *training data* yaitu data objek kelas yang kelas labelnya sudah diketahui sebelumnya (Han & Kamber, 2012). Demikian halnya dengan penelitian ini, algoritma prediksi fraud untuk mengklasifikasikan berisiko dan tidak berisiko fraud yang dibangun berdasarkan data prediktor yang ada.

Hal inilah yang menjadi alasan dimana nantinya penelitian ini dapat berkontribusi dalam memprediksi potensi fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua di Kota Padang yang dapat digunakan oleh pihak rumah sakit dan provider dalam mengidentifikasi risiko fraud sehingga berfokus kepada penilaian gejala/risiko dan tidak menunggu hingga fraud terjadi baru dilakukan penanganan, sehingga pencegahan sedini mungkin dapat dilakukan tindakan pencegahan oleh stakeholder terkait yang berfokus kepada penyebab masalah/faktor yang berperan melalui temuan dari model skoring dalam mengklasifikasikan risiko rendah dan tinggi terjadinya *fraud*, implikasinya tindakan pencegahan menjadi lebih berfokus dan tepat sasaran

serta berdampak dalam upaya mengendalikan dan menghindari terjadinya fraud di fasilitas layanan kesehatan tingkat dua dan juga dampak akhir tentunya dapat menekan kerugian negara dan provider layanan kesehatan secara finansial. Selain daripada itu dasar pemilihan fasilitas layanan kesehatan tingkat dua dalam memprediksi risiko fraud pada penelitian ini didasarkan kepada fasilitas layanan kesehatan tingkat dua hampir mewakili keterwakilan sampel, karena sasaran rujukan pertama pasien sebelum ke rujukan yang lebih tinggi adalah fasilitas layanan kesehatan tingkat dua, selanjutnya pada fasilitas layanan kesehatan ini juga telah menggambarkan kompleksitas pelayanan yang didapatkan, fasilitas dan juga sumber daya manusia di RS.

Berdasarkan hasil luaran penelitian yang berupa skoring dalam mendeteksi fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua nantinya, peneliti akan menerapkan perhitungan *skoring* tersebut melalui luaran media pembelajaran/aplikasi berupa kartu skoring sehingga memudahkan dan luwes dalam penggunaan, praktis, dan akses terbuka serta tanpa pembiayaan (Steyerberg, 2009). Pemilihan model skoring sebagai bentuk prediksi fraud pada penelitian ini disebabkan mudah dalam penggunaannya dan interpretasinya selanjutnya variabel yang dikumpulkan sebagai prediktor keseluruhannya merupakan variabel kategori dimana model skoring paling baik dipilih sebagai model prediksi karena menghitung probabilitas dan bobot masing-masing risiko pada variabel prediktor. Luaran dari penelitian ini akan memudahkan *stakeholder* terkait dalam melakukan skrining awal untuk mendeteksi risiko fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua.

Grounded theory yang digunakan untuk mengeksplorasi dan memahami perilaku fraud dalam pelayanan kesehatan. Beberapa teori utama yang digunakan sebagai acuan meliputi model *moral hazard* oleh Dunham L. Cobb (Cobb, 2004) yang menyoroti pentingnya reward dan penalty dalam mempengaruhi perilaku moral hazard, model Andersen perilaku *provider* (Dudley et al, 2004), yang mengkaji pengaruh insentif pembayaran terhadap perilaku penyedia layanan. Selanjutnya teori agensi, yang menjelaskan hubungan antara agen dan prinsipal serta pentingnya transparansi dan akuntabilitas (Akokuwebe et al., 2023). Berdasarkan teori dan studi

literatur diketahui faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya fraud secara garis besar dapat digolongkan kedalam lima penyebab yaitu berasal dari klinisi, koder, pasien, kebijakan dan provider (Barros and Braun, 2016; Kuhn and Sicilani, 2013; Pongpirul and Robinson, 2013; Luo and Gallagher, 2010; Steinbusch, 2007; Dafny, 2005; Adam, 2004).

Teori-teori fraud lainnya yaitu seperti *The Fraud Tree*, *Fraud Diamond*, dan *Fraud Triangle* sangat penting dalam menjawab fenomena permasalahan fraud pada pelayanan di fasilitas kesehatan (ACFE, 2022; Wolfe dan Hermanson, 2004; Cressy, 1973). Teori-teori ini memberikan pemahaman yang mendalam tentang berbagai jenis fraud dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Dengan memahami konsep-konsep ini, organisasi dapat lebih siap untuk menghadapi berbagai bentuk penipuan yang mungkin terjadi. Pertama jika dilihat dari identifikasi faktor risiko, seperti teori *Fraud Triangle* dan *Fraud Diamond* membantu organisasi mengidentifikasi faktor risiko utama yang mendorong seseorang untuk melakukan penipuan, seperti tekanan, kesempatan, rasionalisasi, dan kemampuan. Dengan mengidentifikasi faktor-faktor ini, organisasi dapat mengambil langkah-langkah proaktif untuk mengurangi risiko penipuan (Wolfe dan Hermanson, 2004; Cressy, 1973). Kedua pengembangan pengendalian internal dengan memahami berbagai jenis penipuan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, organisasi dapat mengembangkan sistem pengendalian internal yang lebih kuat dan efektif. Misalnya, dengan mengurangi kesempatan untuk melakukan penipuan melalui pengawasan yang ketat dan pemisahan tugas yang jelas. Ketiga yaitu peningkatan kesadaran etis, teori-teori penipuan juga menyoroti pentingnya rasionalisasi dalam proses penipuan. Dengan meningkatkan kesadaran etis dan integritas di antara karyawan melalui pelatihan dan budaya perusahaan yang kuat, organisasi dapat mengurangi kemungkinan karyawan membenarkan tindakan penipuan. Keempat adalah penilaian dan deteksi penipuan, memberikan alat dan kerangka kerja untuk menilai dan mendeteksi penipuan. Misalnya, dengan memahami subkategori dalam *The Fraud Tree*, organisasi dapat lebih mudah mendeteksi tanda-tanda penipuan tertentu (ACFE, 2022).

Berdasarkan latar belakang yang peneliti uraikan di atas, maka peneliti tertarik

untuk melakukan penelitian model skoring dalam prediksi potensi fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua di Kota Padang.

1.2 Rumusan Masalah

Sejak berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, potensi *fraud* dalam pelayanan kesehatan dan BPJS Kesehatan semakin meningkat karena adanya tekanan dari sistem pembiayaan yang baru berlaku, adanya kesempatan karena minim pengawasan. Hal ini terbukti dengan terjadinya defisit selama tahun 2014-2020 pada BPJS Kesehatan. Dampak terjadinya fraud pada pelayanan kesehatan sebagai dampak dari kerugian dalam hal finansial yaitu pemanfaatan dana untuk operasional rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya juga akan terganggu dan tentunya upaya dalam perbaikan fasilitas kesehatan yang berkaitan dengan pelayanan juga akan terhambat, kondisi ini secara tidak langsung berpengaruh kepada kepuasan pasien. Upaya pendeteksian sendiri risiko fraud melalui faktor prediktornya dapat menjadi salah satu tindakan preventif sehingga dapat mengenali lebih awal tanda-tanda terjadinya fraud. Oleh karena itu rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu:

1. Variabel-variabel determinan apa sajakah yang berhubungan dengan risiko fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua di Kota Padang?
2. Apakah konstruksi model skoring dapat memprediksi penemuan potensi fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua di Kota Padang?
3. Apakah terdapat pengaruh model skoring dalam memprediksi potensi fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua di Kota Padang?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian yaitu untuk menemukan model skoring dalam prediksi potensi fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua di Kota Padang.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis variabel-variabel determinan yang berhubungan dengan

- risiko fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua di Kota Padang.
- b. Melakukan konstruksi model skoring dalam memprediksi potensi fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua di Kota Padang.
 - c. Mengevaluasi pengaruh model skoring dalam memprediksi potensi fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua di Kota Padang.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Penemuan dari penelitian ini dapat membuktikan model skoring dalam prediksi potensi fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua di Kota Padang sebagai upaya identifikasi risiko fraud secara dini sehingga dapat mengurangi risiko kerugian pada pelayanan jaminan kesehatan. Melalui skoring risiko fraud ini pihak RS dapat mengenali lebih awal risiko fraud yang dimilikinya, sehingga dapat melakukan upaya pengurangan risiko secara segera. Selanjutnya hasil skoring risiko fraud yang dilakukan oleh pihak manajemen fasilitas pelayanan kesehatan tingkat dua dapat menjadi acuan bagi BPJS Kesehatan dalam melakukan pemeriksaan dan bahkan evaluasi lanjutan ke fasilitas kesehatan tersebut dalam menilai terjadinya fraud.
- b. Penelitian ini menekankan pentingnya kajian literatur dengan menggunakan pendekatan *systematic literature review* (SLR). Hal ini penting karena melalui pendekatan ini dapat diperoleh “*The state of the art*” dari teori, variabel, metode dan model pengukuran yang digunakan dari penelitian sebelumnya, sehingga tujuan untuk menemukan kebaruan (*novelty*) sebagaimana diamanahkan pada penelitian disertasi dapat diperoleh. Pada penelitian disusun melalui studi *systematic review* yaitu melakukan telaah sistematis terkait penelitian terpublikasi sebelumnya untuk melakukan identifikasi, evaluasi dan interpretasi terhadap semua hasil penelitian yang relevan terkait faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya fraud pada pelayanan kesehatan di RS yang menjadi perhatian,

sehingga diperoleh *evidence based medicine* (EBM) yang kongkrit dan lebih komprehensif. Hasil dari SLR adalah diketahuinya indikasi yang dapat digunakan sebagai modal awal untuk membangun variabel penelitian yang akan diuji dalam membangun model. Prosedur untuk melahirkan indikasi dari SLR ini adalah proses teorisasi melalui temuan fakta empiris, identifikasi masalah dan eksplorasi fakta-fakta yang terkait dengan kejadian fraud di fasilitas kesehatan dalam hal ini RS yang digunakan untuk membangun model *skoring* serta penyusunan variabel prediktor yang berkaitan dengan faktor risiko terjadinya fraud.

2. Manfaat Praktis

- a. Penelitian ini sebagai bentuk upaya dalam mengendalikan risiko fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua berdasarkan manajemen pencegahan melalui model *skoring* untuk prediksi risiko fraud di pelayanan kesehatan tingkat dua. Produk model *skoring* berupa deteksi dini risiko fraud sebagai luaran dari penelitian ini diharapkan dapat diterima oleh pihak BPJS Kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat dua untuk dapat digunakan sebagai salah satu program yang akan dijalankan oleh BPJS Kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat dua ke depan dalam mencegah dan menanggulangi risiko fraud. Melalui produk dari penelitian berupa model *skoring* risiko fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua ini manajemen di RS dapat dengan mudah mendorong tim manajerial dan staf yang terkait dengan pembiayaan jaminan kesehatan dalam meningkatkan kesadaran untuk melakukan tindakan berupa identifikasi awal risiko fraud.
- b. Penelitian ini mendorong terciptanya alternatif kebijakan terkait program deteksi risiko fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua di Kota Padang, melalui faktor determinan yang diusulkan dalam penelitian ini. Pada praktiknya realisasi kebijakan yang diusulkan akan menjadi rintisan dan pengembangan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat dua bebas fraud yang dapat menjadi contoh bagi pelayanan-pelayanan kesehatan lainnya,

dimana pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat dua bebas fraud menawarkan bentuk percontohan upaya pencegahan fraud pada fasilitas kesehatannya serta upaya deteksi dininya. Pada program ini sesungguhnya akan menjadi program unggulan bagi RS yang menerapkannya dan diharapkan dapat menularkannya baik pada skala kabupaten/ kota hingga provinsi serta bahkan menjadi inisiasi untuk menjadi program nasional kedepannya.

- c. Dapat merekomendasikan model skoring dalam memprediksi potensi fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua di Kota Padang.

Upaya penerapan model skoring dalam memprediksi potensi fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua di Kota Padang ini perlu dilakukannya advokasi kepada direktur BPJS Kesehatan Kota Padang, Provinsi Sumatera Barat bahkan nasional dan stakeholder terkait dalam hal ini pengambil kebijakan pada tingkat lokal maupun nasional untuk dapat merealisasikan temuan ini kedalam Peraturan direktur RS maupun peraturan lainnya sebagai bentuk upaya pencegahan dan deteksi dini risiko fraud. Sehingga penerapan dari kebijakan ini dapat dilaksanakan di semua lini, baik dalam hal ini RS dan fasilitas kesehatan lainnya.

1.5 Novelty/ Potensi Kebaharuan

Potensi kebaruan dalam penelitian ini adalah:

Teridentifikasinya faktor-faktor yang berhubungan dengan risiko fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua di Kota Padang baik dari faktor klinisi, koder, pasien, kebijakan dan provider, sehingga dari faktor-faktor tersebut dapat dilakukan kalkulasi risiko fraud melalui model skoring dalam memprediksinya pada pelayanan kesehatan tingkat dua di Kota Padang. Model ini dapat menjadi suatu alat dalam deteksi dini risiko fraud yang dapat bermanfaat dalam upaya pencegahan fraud sehingga tidak menimbulkan dampak yang merugikan baik kepada pasien, pemberi pelayanan dan provider serta BPJS Kesehatan. Model skoring dalam memprediksi potensi fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua di Kota Padang ini dapat

digunakan oleh pihak rumah sakit dan provider dalam mengidentifikasi risiko fraud sehingga berfokus kepada penilaian gejala/risiko dan tidak menunggu hingga fraud terjadi baru dilakukan penanganan, sehingga pencegahan sedini mungkin dapat dilakukan tindakan pencegahan oleh stakeholder terkait yang berfokus kepada penyebab masalah/faktor yang berperan melalui temuan dari model skoring, implikasinya tindakan pencegahan menjadi lebih berfokus dan tepat sasaran serta berdampak dalam upaya mengendalikan dan menghindari terjadinya fraud.

Novelty lainnya dari penelitian ini yaitu adanya produk/ hasil luaran penelitian yang berupa skoring dalam mendeteksi fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua nantinya, peneliti akan menerapkan perhitungan *skoring* tersebut melalui luaran media pembelajaran/aplikasi berupa kartu skoring sehingga memudahkan dan luwes dalam penggunaan, praktis, dan akses terbuka serta tanpa pembiayaan yang dapat dimanfaatkan oleh manajemen rumah sakit dalam mengidentifikasi risiko fraud.

1.6 Karya Cipta

Adapun karya cipta yang akan dihasilkan melalui penelitian ini adalah berupa Hak Atas Kekayaan Intelektual (HAKI) berupa hak cipta, meliputi: 1) HAKI hak cipta pertama variabel determinan dalam mengidentifikasi potensi fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua di Kota Padang, 2) model skoring dalam memprediksi potensi fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua di Kota Padang.

1.7 Telaah Sistematis

Dalam melihat penelitian terdahulu yang berkaitan dengan penelitian ini dilakukan telaah sistematis, yang dijelaskan sebagai berikut.

Tabel 1.1 Telaah Sistematis

Penulis	Desain Studi	Negara	Hasil Penelitian
Syafrawati (2019). Model pencegahan moral hazard provider jaminan kesehatan nasional pada rumah sakit di Provinsi Sumatera Barat	Mixed method (kualitatif dan cross sectional)	Indonesia	Kerugian rumah sakit akibat <i>upcoding</i> sebesar Rp 154.626.000,- dan <i>downcoding</i> sebesar Rp 54.043.300,-. Fraud tertinggi yang ditemukan yaitu <i>possible unnecessary admission, upcoding, readmission</i> . Faktor yang berhubungan dengan kejadian <i>fraud/moral hazard</i> berdasarkan <i>Odds Ratio</i> (OR) tertinggi dan terendah adalah spesialisasi dokter (dokter penyakit dalam dan non bedah dengan OR 2,37, dokter bedah dengan OR 2,12 dan dokter kandungan OR 1,25), lama kerja koder (OR = 2,24), <i>Length of Stay</i> (LOS) (OR 1,25) dan umur dokter (OR = 1,04)
Putri AS (2016). Analisis tingkat utilisasi dan potensi masalah pembiayaan penyakit kardiovaskuler peserta BPJS kesehatan serta tantangan bagi pengembangan program pencegahan di tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi Sumatera Barat	Cross sectional	Indonesia	Kasus <i>moral hazard</i> ditemukan di rumah sakit di Sumatera Barat. Salah satu rumah sakit rujukan daerah di Sumatera Barat <i>upcoding</i> ditemukan pada 34 dari 183 catatan medis pasien (18,6%). Potensi peningkatan nilai klaim akibat <i>upcoding</i> tersebut sebesar Rp. 87.311.800,- atau 8,6% dari total nilai klaim rumah sakit ke BPJS
Joudaki H (2016). Improving Fraud and Abuse Detection in General Physician Claims: A Data Mining Study. <i>International Journal Health Policy & Management</i> . 5(3): 165-172.	Data mining analysis	Iran	Lebih dari setengah dari dokter umum (54%) melakukan perilaku yang tidak ramah dan kasar kepada pasien. Hasilnya juga mengidentifikasi 2% dokter di Iran yang melakukan tindakan fraud dengan mengubah diagnosis penyakit pasien
Park (2015). Health Insurance Claim Review Using Information Technologies. <i>Health Informatics Research</i> . 18(3):215-224	Penilaian Asuransi Kesehatan dengan menggunakan infrastruktur IT review klaim medis	Korea Selatan	Pada negara Korea Selatan klaim pending pada pelayanan rawat inap yaitu sebesar 97.930 klaim dan 10% dari semua klaim rawat jalan sebagai klaim yang tidak dapat ditinjau ulang. Tingkat pengembalian klaim yang tertinggi untuk kelompok rumah sakit sebesar 0,49% dan tingkat terendah ditemukan pada kelompok klinik. Tingkat deteksi sistem dari klaim dengan banyak kesalahan pada rawat inap dan rawat jalan masing-

			masing adalah 23,1% dan 2,9%.
Chomi (2014). Health care seeking behaviour and utilisation in a multiple health insurance system: does insurance affiliation matter?. <i>Health ;13:14</i>	Multinomial logit model	Tanzania	Terdapatnya penundaan waktu pelayanan yang menyebabkan ketidakpuasan pada pelayanan kesehatan di Tanzania dengan OR =1,51
Alghamdi (2014). The Impact of Service Quality Perception on Patient Satisfaction in Government Hospitals in Southern Saudi Arabia. <i>Saudi Med J. 35(10): 1271-3</i>	Cross sectional study	Arab Saudi	Kepuasan pasien dipengaruhi oleh kualitas pelayanan kesehatan, dengan dimensi empati sebagai pengaruh terbesar pada kepuasan pasien. Oleh karena itu, harus dipertimbangkan sebagai prioritas oleh rumah sakit pemerintah untuk melatih dokter dalam keterampilan hubungan interpersonal untuk meningkatkan hubungan dokter-pasien.
Shin (2012). A scoring model to detect abusive billing pattern in health insurance claims. <i>Expert System with Applications. 39: 7441-7450.</i>	Intervensi	Korea Selatan	Korea Selatan menemukan terdapatnya pending pembayaran klaim jaminan kesehatan disebabkan ketidaklengkapan data dalam pengiriman berkas dan ketidaktepatan data dalam diagnosis penyakit, sehingga pembayaran ditunda sampai persyaratan lengkap
Yawson AE (2012). Effects of Consumer and Provider Moral Hazard at a Municipal Hospital Out-Patient Department on Ghana's National Health Insurance Scheme. <i>Ghana Med J. 46(4): 200-210</i>	Cross sectional	Ghana	Temuan menunjukkan moral hazard konsumen dan provider merupakan dua faktor penting yang mempengaruhi pelaksanaan jaminan sosial nasional di Ghana
Kim JH (2016). Impact of health insurance status changes on healthcare utilisation patterns: a longitudinal cohort study in South Korea. <i>BMJ Open. 6(4): e009538</i>	Analisis data logitudinal	Korea Selatan	Penerima asuransi kesehatan dengan tingkat pertanggung jawaban yang lebih rendah dari pertanggung jawaban asuransi kesehatan nasional menunjukkan pemanfaatan layanan kesehatan yang lebih rendah dikarenakan ketidakpuasan terhadap layanan kesehatan, yang diukur dengan jumlah rawat inap dan hari yang dihabiskan di rumah sakit per tahun.

Tabel 1.1 diketahui bahwa berdasarkan studi sebelumnya belum adanya penelitian di Indonesia pada umumnya dan khususnya Kota Padang, Provinsi Sumatera Barat dalam melakukan penelitian model prediksi dengan menggunakan

kalkulasi risiko melalui skoring dari variabel prediktor terjadinya potensi fraud pada pelayanan kesehatan tingkat dua.

