

PENGARUH POTENSI *FRAUD* DALAM PENERAPAN SISTEM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL TERHADAP MUTU LAYANAN DI RSJ DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG, MALANG

THE EFFECT OF FRAUD IN THE NATIONAL HEALTH INSURANCE SYSTEM TOWARD THE QUALITY OF HEALTH SERVICES IN DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT MENTAL HOSPITAL, LAWANG, MALANG

Ika Nurfarida

Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang – Malang

ABSTRAK

Latar belakang: Sistem Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan oleh pemerintah sebagai upaya untuk menyediakan layanan kesehatan yang terjangkau dan bermutu, tak terkecuali layanan kesehatan jiwa. Dalam pelaksanaannya diduga terdapat potensi *fraud* yang dapat merugikan banyak pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung. Pengawasan terhadap potensi *fraud* di sektor kesehatan sudah mulai ditargetkan oleh Komisi Pemberantasan Korupsi, karena potensi kerugian yang diakibatkan cukup besar.

Tujuan: Untuk mengetahui pengaruh potensi *fraud* dalam penerapan sistem jaminan kesehatan nasional terhadap mutu layanan di rumah sakit jiwa.

Metode: Disain penelitian *cross-sectional* dengan sampel pasien skizofrenia rawat inap di RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang selama penerapan sistem Jaminan Kesehatan Nasional.

Hasil: Potensi *fraud* yang mungkin terjadi di rumah sakit jiwa antara lain upaya memperpanjang atau memperpendek lama perawatan (AvLOS), melakukan tagihan fiktif atas pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan, dan pemondokan pasien atas indikasi yang tidak jelas. Hal ini didukung oleh data yang didapatkan bahwa terdapat penurunan AvLOS pada saat penerapan sistem jaminan kesehatan dengan sistem pembayaran per paket diagnosis, namun disertai peningkatan angka *re-hospitalisasi* sebesar lima kali lipat. Hal tersebut menunjukkan indikasi bahwa potensi *fraud* berpengaruh terhadap mutu luaran pasien rumah sakit jiwa.

Kesimpulan: Terdapat potensi *fraud* dalam penerapan sistem jaminan kesehatan nasional yang mempengaruhi mutu layanan di rumah sakit jiwa.

Kata kunci: *fraud* – mutu – rumah sakit jiwa

ABSTRACT

Background: The National Health Insurance System organized by the government as an effort to provide affordable and excellent health care, including for mental health services. In practice there is a potential of fraud that allegedly could be detrimental either directly or indirectly. Supervision of the potential fraud in the health sector has begun to catch the attention of the Corruption Eradication Commission, because the potential losses caused could be enormous.

Aim: To determine the effect of potential fraud in the implementation of the national health insurance system versus quality services in The Mental Hospital.

Methods: This study was cross-sectional design. The sample of this study were schizophrenia patients in the inward services in dr. Radjiman Wediodiningrat Mental Hospital Lawang during implementation of the National Health Insurance system.

Result: The potential fraud that may occur in mental hospitals include attempts to extend or shorten the average length of stay (AvLOS), fictitious invoice on medical anamneses and proceeding treatment, and hospitalization inpatients without clear indication. This is supported by initial data obtained that AvLOS is decrease when the health insurance system apply packaged payment system, nevertheless there is increased rates up to five times of re-hospitalization. This shows that the indication of potential fraud could affect the output quality of mental hospital.

Conclusion: There is a potential fraud in the implementation of the national health insurance system that affects the quality of services in a mental hospital.

Key words : *fraud* – quality – mental hospital

PENGANTAR

Rumah sakit dituntut untuk menyelenggarakan layanan medis yang aman, bermutu dan terjangkau.^{1,2} Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang efektif dan terjangkau, sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta yang diselenggarakan sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan^{3,4}.

Mutu pelayanan kesehatan dapat diketahui dengan pengukuran indikator klinis pelayanan rumah sakit sebagai upaya monitoring dan pertanggungjawaban rumah sakit terhadap keberhasilan sistem pelayanan medis di rumah sakit^{3,4,5}. Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk meningkatkan mutu layanan adalah dengan menerapkan suatu layanan sesuai dengan standar pelayanan sehingga dapat menghindari tindakan yang tidak diperlukan, dalam upaya penyembuhan pasien⁶.

Sebagai upaya memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau bagi masyarakat

Indonesia, pemerintah menerapkan program sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sejak tanggal 1 Januari 2014⁷. Sistem jaminan kesehatan nasional merupakan amanat Undang-undang No. 23/1998 tentang Kesehatan dan sudah diterapkan pemerintah sejak diterbitkan Undang-undang No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJSN). Di dalam pelaksanaannya, program tersebut terus mengalami perubahan dan penyempurnaan^{8,9}.

Sejak diterapkan program JKN, media masa digemparkan oleh pemberitaan mengenai Komisi Pemberantasan Korupsi akan mengincar potensi korupsi dalam pelaksanaan program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS¹⁰. Dana BPJS dianggap berpotensi menimbulkan *fraud*, baik yang termasuk kategori sistem, provider, maupun klinisi di rumah sakit¹¹. Potensi *fraud* yang termasuk kategori tingkat klinisi rumah sakit, dapat terjadi baik yang disengaja maupun tidak disengaja. Potensi *fraud* dalam penerapan sistem jaminan kesehatan di Indonesia sudah ada sejak dulu, namun belum dapat dibuktikan sampai saat ini¹¹.

Penerapan sistem asuransi kesehatan di Amerika, potensi terjadinya *fraud* sekitar 5-10% yang berpotensi merugikan negara¹². Di dalam layanan kesehatan jiwa di rumah sakit jiwa maupun di rumah sakit umum dengan pelayanan jiwa di Indonesia, kemungkinan tersebut belum pernah diteliti secara ilmiah. Dugaan terjadinya *fraud* dalam penerapan sistem jaminan kesehatan di layanan kesehatan jiwa sangat mungkin terjadi, namun penelitian tentang *fraud* di rumah sakit jiwa maupun di rumah sakit umum dengan layanan jiwa belum pernah dilakukan sejak pertama kali diterapkan sistem jaminan kesehatan nasional sampai saat ini.

Rumah sakit jiwa pemerintah merupakan rumah sakit yang mempunyai karakteristik khusus. Hampir 90% pasiennya dibiayai oleh sistem asuransi kesehatan pemerintah¹³. Hal ini disebabkan karena sebagian besar pasien rumah sakit jiwa adalah pasien skizofrenia yang kebanyakan diderita oleh kalangan sosial ekonomi rendah¹⁴.

Pada layanan kesehatan jiwa, khususnya pasien skizofrenia, pada umumnya memerlukan perawatan dalam jangka panjang sehingga hal ini akan berpengaruh pada biaya perawatan, kemampuan kehidupan sehari-hari (*activity of daily living*) dan sosialisasinya¹⁵. Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa terberat dalam ruang lingkup kesehatan mental dan sering disertai gangguan fungsi peran dan sosial. Karakteristik skizofrenia yang kompleks ter-

sebut menyebabkan beban biaya yang cukup besar^{16,14}.

Di sisi lain, rumah sakit jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sebagai rumah sakit Badan Layanan Umum (BLU) sejak tahun 2006, dituntut untuk *survive* dalam hal mencapai target pendapatan yang ditetapkan oleh pemerintah serta tetap memberikan pelayanan yang bermutu sebagai syarat kredensial kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai penyelenggara sistem Jaminan Kesehatan Nasional.

Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang merupakan pusat rujukan tersier layanan kesehatan jiwa terbesar di wilayah Indonesia bagian timur, yang melayani terutama masyarakat Jawa Timur. Kondisi yang demikian seringkali menjadi dilema bagi klinisi di Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Akses pelayanan yang jauh dari tempat tinggal pasien, sedangkan kemungkinan kekambuhan pasien skizofrenia yang cukup tinggi, mengharuskan pasien secara rutin menjalani perawatan di rumah sakit jiwa dengan lama rawat yang cukup panjang. Di sisi lain, klinisi dituntut untuk dapat "menyelamatkan" keuangan rumah sakit.

Beberapa hal tersebut di atas diduga dapat menjadi penyebab potensi terjadinya *fraud* dalam penerapan sistem Jaminan Kesehatan Nasional di layanan rumah sakit jiwa, sehingga perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui adanya potensi *fraud* dalam penerapan sistem Jaminan Kesehatan Nasional di rumah sakit jiwa serta pengaruhnya terhadap mutu pelayanan rumah sakit jiwa yang dapat diketahui melalui pengukuran indikator klinis yaitu: 1) Rata-rata lama rawat inap pasien (*Average Length of Stay* (AvLOS)), 2) *Bed Occupancy Rate* (BOR), dan 3) Angka *re-hospitalisasi* pasien-pasien rawat inap.

Hal tersebut penting untuk dilakukan suatu kajian ilmiah sebagai upaya evaluasi mutu layanan dan wujud pertanggungjawaban klinisi rumah sakit jiwa terhadap peran sertanya di dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional, agar dapat dilakukan tindakan perbaikan dan pencegahan berdasarkan akar permasalahannya.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional* dengan menggunakan pendekatan kuantitatif yang dilakukan pada periode waktu tertentu. Penelitian ini mengambil sampel dari populasi dan dalam pelaksanaannya menggunakan studi rekam medis, *check list* dan kuesioner sebagai alat pengumpulan data pokok¹⁷. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua

pasien peserta asuransi BPJS yang menjalani perawatan di Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sesudah penerapan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (sejak tanggal 1 Januari 2014). Penentuan besar sampel dihitung berdasarkan proporsi kejadian *fraud* di layanan kesehatan (antara 5 – 10%)¹². Penentuan besar sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus perhitungan sampel berdasarkan proporsi untuk penelitian *cross-sectional*¹⁸, yaitu sebanyak minimal 37 sampel. Data diambil dari catatan rekam medik dan lembar verifikasi klaim BPJS pasien. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah: 1) Pasien yang menjalani perawatan di RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sesudah penerapan sistem Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS, 2) Pola pembiayaan oleh asuransi BPJS. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah: 1) Pasien pulang paksa, 2) Pasien yang tidak mempunyai keluarga, 3) Pasien yang tidak dapat dipulangkan sesuai indikasinya karena berbagai hal.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah: 1) Dokumen rekam medis pasien-pasien yang menjadi subjek penelitian, 2) Lembar verifikasi klaim BPJS, 3) Data sekunder laporan rekam medis dan laporan pencapaian indikator klinis, 4) *Form clinical pathway*, 5) Pedoman Nasional Praktik Klinik (PNPK) skizofrenia, 6) *Cheklis* bentuk-bentuk *fraud* di layanan kedokteran jiwa.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil pencapaian pengukuran indikator klinis di Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang yang didapatkan dari studi pendahuluan dapat dilihat dalam Tabel berikut:

Untuk mengetahui mutu layanan rumah sakit, diperlukan suatu indikator klinis dan sistem monitoring serta evaluasi terhadap indikator tersebut untuk menjaga agar pelayanan yang diberikan tetap mempunyai kualitas yang baik¹⁹. Indikator mutu pelayanan rumah sakit jiwa antara lain adalah kepuasan pelanggan, keselamatan pasien, indikator lama perawatan, waktu remisi rata-rata, tingkat kekambuhan, efektivitas pelayanan, biaya perawatan yang terjangkau, ketersediaan sumber daya manusia yang sesuai kompetensi dan perbaikan fungsi sosial. Indikator efektivitas pelayanan antara lain dapat diketahui dari angka *Bed Occupancy Rate* (BOR) dan *Average Length of Stay* (AvLOS).^{4,20,21}

Upaya pemerintah untuk menyediakan sistem pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau sesuai dengan amanat Undang-undang No. 23/1992 tentang Kesehatan dan Undang-undang No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah dengan menerapkan sistem jaminan kesehatan nasional⁹.

Sejarah perjalanan sistem jaminan kesehatan nasional sudah dimulai sejak penerapan program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) pada tahun 1998 sampai tahun 2001, program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDSE) melalui Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) tahun 2002–2004, program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) yang diselenggarakan oleh PT. ASKES (Persero) pada tahun 2005, dan pada tahun 2008 dengan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)^{4,22,23}. Sistem jaminan kesehatan yang diterapkan di Indonesia sejak tanggal 1 Januari 2014 adalah

Tabel 1. Hasil Pencapaian Indikator Klinis di Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang

Indikator/Tahun	2007	2008	2010	2011	2012	2013	2014 (s/d Feb)
	<i>Cost per day</i>	Paket 3x7 hr - <i>cost per day/tap off</i>			Paket 35 hr- <i>cost per day/tap off</i>		Paket 42hr – WHO
Penyelenggara dan sistem klaim	ASKESKIN	Jamkesmas (INA-DRGs)	(INA-DRGs)→ (INA-CBGs)		(INA-CBGs)		DAS BPJS
AvLOS (hari)							65,7*
- Askin/Jamkesmas	111,85	142,31	78,20	74,64	59,62	59,99	
- ASKES	58,44	54,67	93,52	173,78	0	0	
- Umum	75,62	49,89	93,50	63,62	30,47	34,60	
BOR (%)	88,17*	75,93*	97,43*	92,38*			82,6*
- Askin/Jamkesmas					89,70	78,50	
- ASKES					22,71	22,99	
- Umum					15,08	16,70	
<i>Re-hospitalisasi</i> (%)							
- 1x	26		19		NA	NA	NA
- >1x	10		52				

NA: belum didapatkan data; * : tidak dirinci berdasarkan penjamin; Sumber Data : Laporan Instalasi Rekam Medis RSJRW

program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Pada penerapan program Jamkesmas, mulai dilakukan pemisahan antara fungsi pengelola dan fungsi pembayaran dengan penempatan verifikator di setiap rumah sakit dan mulai dilakukan sistem pembayaran klaim berdasarkan sistem *case-mix Indonesia Diagnosis Related Groups* (INA-DRGs), yang selanjutnya di-*update* menjadi sistem *case-mix Indonesia Case Based Groups* (INA-CBGs) pada bulan Oktober 2010 sampai saat ini²⁴. Sistem klaim berdasarkan *case-mix* INA-CBGs adalah sistem pembayaran per paket kasus berdasarkan tingkat keparahannya. Pada program sebelumnya, sistem pembayaran klaim rumah sakit adalah berdasarkan *cost per day* (pasien dapat dibiayai sampai kapanpun dirawat di rumah sakit), sehingga rata-rata lama rawat pasien di rumah sakit jiwa cukup panjang, yaitu sekitar 115 hari²⁵.

Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sebagai rumah sakit jiwa vertikal langsung di bawah Kementerian Kesehatan, dituntut responsif dalam mengikuti perkembangan kebijakan yang ditetapkan pemerintah. Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1663/2005 tentang Uji Coba Penerapan Sistem *Diagnosis Related Group* (DRG) *Case-Mix* di 15 Rumah Sakit Indonesia, Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat merupakan salah satu dari 15 rumah sakit yang harus menerapkan sistem INA-DRGs (*Indonesian – Diagnosis Related Groups*) yang kemudian berkembang menjadi sistem *case-mix, Indonesian Based Related Groups* (INA-CBGs) dalam penerapan sistem Jaminan Kesehatan Nasional²⁶. Berdasarkan sistem tersebut pembayaran klaim menggunakan sistem paket setiap kelompok kasus berdasarkan tingkat keparahannya.

Konsep *WHO Services Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health* pada layanan kesehatan jiwa di Indonesia masih belum diterapkan secara optimal, sehingga beban operasional rumah sakit jiwa dalam merawat pasien-pasien gangguan jiwa berat seperti skizofrenia masih sangat besar²⁷. Menurut data yang dilaporkan oleh Asosiasi Rumah Sakit Jiwa dan Ketergantungan Obat Indonesia (ARSAWAKOI) tahun 2013, sekitar 70 – 80% pasien yang menjalani rawat inap di rumah sakit jiwa adalah pasien skizofrenia.

Studi Bank Dunia tahun 1995 di beberapa negara menunjukkan bahwa hari-hari produktif yang hilang (*disability adjusted life years* (DALYs)) sebesar 8,1% dari *Global Burden of Disease* yang disebabkan

oleh masalah kesehatan jiwa. Hal ini lebih tinggi daripada dampak penyakit tuberkulosis (7,2%), kanker 16 (5,8%), penyakit jantung (4,4%), dan malaria (2,6%)²⁸. Di Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, hampir 90% pasien yang dirawat menggunakan sistem jaminan kesehatan dari pemerintah dan merupakan pasien-pasien gangguan jiwa kronis dan kambuhan²⁹.

Pada saat diberlakukan sistem Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), sistem klaim jaminan kesehatan diberikan berdasarkan *cost per day*. Hal ini memberikan peluang terjadinya *fraud* dengan cara memperpanjang lama rawat pasien (AvLOS), hal ini ditunjukkan bahwa pada saat itu banyak terdapat pasien-pasien dengan *Average Length of Stay* (AvLOS) yang panjang pada pasien-pasien Jamkesmas dibanding pasien umum dan pasien ASKES. Pada saat diterapkan sistem jaminan kesehatan berdasarkan INA-DRGs dan INA-CBGs, pada tahun 2010 dan 2011 didapatkan penurunan AvLOS pada pasien-pasien Jamkesmas (Tabel. 1). Hal tersebut perlu diidentifikasi lebih lanjut tentang adanya potensi *fraud* yang dilakukan oleh para klinisi di rumah sakit jiwa. Pada saat mulai diterapkan sistem pembayaran per paket kelompok diagnosis, di beberapa rumah sakit jiwa terdapat indikasi *fraud* dengan memulangkan pasien secara administratif, namun sejauh ini hal tersebut belum dapat dibuktikan.

PEMBAHASAN

Fraud dalam layanan kesehatan adalah suatu bentuk upaya yang secara sengaja dilakukan dengan menciptakan suatu manfaat yang tidak seharusnya dinikmati oleh individu atau institusi dan dapat merugikan pihak lain³⁰. Menurut kamus Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (2014), *fraud* berasal dari kata *fraudulent misrepresentation* (pernyataan tidak jujur) yang berarti suatu pernyataan tidak jujur dengan maksud menipu perusahaan agar menerima permohonan asuransi seseorang tertanggung³¹. Sedangkan menurut *Black's Law Dictionary*, *fraud* adalah kesengajaan melakukan kesalahan terhadap kebenaran untuk tujuan mendapatkan sesuatu yang bernilai atas kerugian orang lain sebagai upaya penipuan untuk memperoleh keuntungan pribadi³².

Di Amerika Serikat, *fraud* dapat melambungkan biaya kesehatan. Potensi kerugian akibat *fraud* di Amerika diperkirakan sebesar 5 – 10% dari total belanja layanan kesehatan. Di dalam layanan kesehatan di Indonesia, *fraud* sudah ada sejak lama, namun belum dapat dibuktikan. Dikhawatirkan hal ini dapat meningkatkan biaya kesehatan yang merugikan negara. Berdasarkan angka kejadian *fraud* di

Amerika, prediksi di Indonesia, jika premi BPJS pada tahun 2014 diperkirakan sebesar Rp. 38,5 Triliun, maka perkiraan kerugian akibat *fraud* sebesar Rp1,8 – 3,6 Triliun^{11,12}.

Menurut berita yang dilansir oleh *The Federal Bureau Investigation*, pada awal Januari 2013, FBI berhasil menemukan bukti *fraud* yang dilakukan oleh seorang dokter dan karyawan sebuah panti rehabilitasi fisik dan mental untuk klaim layanan psikoterapi yang tidak pernah dilakukan hingga mendapatkan keuntungan sebesar 4,3 juta US dolar selama kurun waktu empat tahun. Terbongkarnya kasus tersebut berawal dari kecurigaan Departemen Kesehatan dan Kemanusiaan Amerika pada Oktober 2010. Departemen Kesehatan dan Kemanusiaan Amerika menerima data laporan rujukan layanan dalam jumlah waktu layanan psikoterapi yang melebihi kewajaran (hampir 24 jam sehari) ke panti rehabilitasi yang dikelola para tersangka¹².

Beberapa hal yang termasuk *fraud* yang seringkali terjadi di rumah sakit adalah: 1) Pemalsuan diagnosis untuk mensahkan pelayanan yang tidak dibutuhkan namun bertarif mahal (*upcoding*), 2) Tagihan jasa yang tidak pernah dilakukan (tagihan fiktif), 3) Pemeriksaan laboratorium dan diagnostik atas indikasi yang tidak tepat, 4) Pemondokan pasien di rumah sakit yang tidak perlu³³. Di rumah sakit jiwa beberapa hal tersebut sangat mungkin terjadi, meskipun belum ada data yang dapat membuktikan. Ketidaksiapan penerapan konsep kesehatan jiwa komunitas di Indonesia, seringkali menjadi faktor penyebab *hospitalisasi* yang tinggi pasien-pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa, yang menyebabkan tingkat hunian rata-rata (BOR) rumah sakit jiwa cukup tinggi, terutama pasien-pasien peserta jaminan kesehatan pemerintah (Tabel 1).

Fraud menurut Badan Pemeriksaan Keuangan adalah perbuatan yang disengaja atau diniatkan untuk menghilangkan uang atau harta dengan cara akal bulus, penipuan, atau cara lain yang tidak wajar. Unsur-unsur *fraud* antara lain adanya janji palsu, adanya kesengajaan, dilanggarnya kepercayaan, adanya pihak yang dirugikan, dan mengakibatkan kerusakan³⁴.

Awal Februari 2014, media cetak dan elektronik digemparkan oleh berita mengenai Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) yang akan mengincar ke program Jaminan Kesehatan Nasional yang diberlakukan pemerintah sejak 1 Januari 2014. Komisi Pemberantasan Korupsi menganggap BPJS sebagai penyelenggara JKN mempunyai potensi *fraud*¹⁰. Hal ini merupakan indikasi serius bagi para klinisi di rumah sakit jiwa untuk segera melakukan upaya pen-

cegahan dan perbaikan segera jika teridentifikasi adanya potensi *fraud* dalam penerapan JKN di rumah sakit jiwa.

Dalam penerapan sistem Jaminan Kesehatan Nasional di layanan kesehatan jiwa, terdapat beberapa diagnosis dan tindakan kedokteran jiwa yang tidak dapat dijamin, seperti misalnya diagnosis gangguan yang disebabkan oleh penyalahgunaan zat dan beberapa obat-obat psikotropik, serta prosedur diagnosis dan tindakan yang tidak dijamin karena berbagai sebab. Hal tersebut seringkali menyulitkan klinisi dalam upaya penyembuhan pasien. Beberapa hal tersebut diduga dapat menjadi faktor pendorong terjadinya *fraud* di rumah sakit jiwa, meskipun belum didapatkan data-data ilmiah tentang hal tersebut sampai saat ini.

Sebagai upaya pemerintah dalam menjaga akuntabilitas dalam penyelenggaraan sistem Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS bersama dengan Komisi Pemberantasan Korupsi berkomitmen untuk memperbaiki sistem untuk meminimalkan potensi korupsi. Potensi *fraud* di rumah sakit menurut BPJS antara lain: 1) Rumah sakit berpotensi menaikkan klasifikasi rumah sakit, 2) *Upcoding* diagnosis penyakit, dan 3) Memecah tagihan untuk memperbesar nilai penggantian (*unbundling*). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sebagai lembaga baru dengan sistem baru, sistem pengawasan internal terhadap potensi terjadinya *fraud* masih sangat lemah, sehingga KPK merekomendasikan agar BPJS melibatkan publik dan akademisi untuk ikut serta melakukan pengawasan eksternal^{35,36}.

Sistem kredensial kerjasama penyelenggara layanan dan BPJS merupakan persyaratan wajib sebagai upaya pemerintah menjamin mutu pelayanan kesehatan nasional, sehingga perlu dilakukan upaya monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit jiwa secara periodik selama penerapan sistem Jaminan Kesehatan Nasional. Upaya identifikasi potensi *fraud* pada penerapan JKN di rumah sakit jiwa diperlukan sebagai upaya tindakan pencegahan dan wujud pertanggungjawaban penyelenggaraan layanan kesehatan jiwa di rumah sakit jiwa yang berkualitas bagi masyarakat.

Layanan kesehatan jiwa di Indonesia belum sepenuhnya menerapkan sistem kesehatan jiwa komunitas yang direkomendasikan oleh WHO, sehingga frekuensi kebutuhan dan biaya operasional rumah sakit jiwa masih sangat tinggi. Di sisi lain, rumah sakit jiwa dihadapkan pada kenyataan bahwa sebagian besar pasien gangguan jiwa berat yang dirawat merupakan pasien yang ditanggung oleh jaminan kesehatan pemerintah (saat ini oleh BPJS). Dengan

kata lain, pendapatan rumah sakit jiwa sebagian besar ditentukan dari biaya klaim BPJS. Sistem Jaminan Kesehatan Nasional yang dibayarkan dengan sistem *case-mix* INA-CBGs dan beberapa aturan dari BPJS serta formularium nasional, membatasi klinisi di rumah sakit jiwa dalam upaya penyembuhan pasien yang sebagian besar merupakan pasien gangguan jiwa kronis dan kambuhan.

Tuntutan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit jiwa yang bermutu dan mengutamakan keselamatan serta kepuasan pasien sesuai standar pelayanan medis dan standar profesi merupakan suatu keharusan. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan jiwa yang bermutu merupakan upaya pertanggungjawaban rumah sakit jiwa baik secara moral maupun administratif terhadap masyarakat Indonesia. Dalam penerapan sistem Jaminan Kesehatan Nasional, kualitas layanan merupakan syarat utama kerjasama rumah sakit dengan BPJS, tidak terlepas di rumah sakit jiwa.

Pengukuran indikator mutu layanan klinis secara periodik merupakan suatu upaya monitoring dan evaluasi agar sistem pelayanan medik tetap berkualitas sesuai dengan standar yang ditetapkan. Dalam pelayanan kesehatan jiwa di Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sudah dilakukan pengukuran indikator klinis sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. 129/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit.

Penerapan sistem Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS, diharapkan dapat memberikan keuntungan dari berbagai pihak, baik bagi masyarakat maupun lembaga penyelenggara layanan, seperti rumah sakit jiwa dan pemerintah. Kerjasama yang baik semua pihak diharapkan dapat berguna bagi perbaikan sistem dan pencegahan terhadap hal-hal yang berpotensi menimbulkan kerugian bagi semua pihak.

Perilaku *fraud* terbukti merugikan keuangan negara baik secara langsung yang ditanggung oleh BPJS, maupun secara tidak langsung yang ditanggung oleh masyarakat Indonesia. Penyelenggaraan layanan kesehatan jiwa yang bermutu merupakan harapan dari semua pengguna layanan. Namun keberlangsungan layanan di rumah sakit jiwa diharapkan tidak menjadikan alasan untuk mendapatkan keuntungan sepihak dengan melakukan tindakan-tindakan yang berpotensi *fraud* maupun layanan kesehatan jiwa yang tidak sesuai dengan standar medis maupun profesi. Melalui sistem monitoring periodik melalui pengukuran indikator klinis layanan di rumah sakit jiwa, upaya pencegahan terhadap layanan yang tidak sesuai dapat dioptimalkan.

Pengukuran BOR dan AvLOS secara periodik, diharapkan dapat digunakan sebagai bahan evaluasi

tingkat efektifitas layanan di rumah sakit jiwa agar dapat diperkirakan *cost effectiveness* layanan kesehatan jiwa di rumah sakit jiwa. Namun penurunan AvLOS perlu disertai dengan monitoring angka *re-hospitalisasi* pasien rumah sakit jiwa, sehingga dapat dievaluasi *outcome* kualitas layanan terhadap pasien-pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa.

Sistem *case-mix* INA-CBGs yang ditetapkan dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional diharapkan dapat meningkatkan kualitas layanan kesehatan jiwa di rumah sakit jiwa. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Marchisio, dkk. dan Prince, bahwa sistem *case-mix* melalui penerapan *clinical pathway* dapat digunakan sebagai perbaikan layanan pada pasien skizofrenia. Terdapat penurunan angka *re-hospitalisasi* tiga bulan setelah dipulangkan dari layanan rawat inap sebesar sekitar 20% pada kelompok intervensi^{37,38}.

Berdasarkan Tabel 1. dapat diketahui bahwa angka *re-hospitalisasi* lebih dari satu kali pada pasien-pasien yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang mengalami peningkatan sebesar lima kali lipat pada tahun 2010-2011 (10% sesudah diterapkan sistem *case-mix*) dibandingkan pada tahun 2007-2008 (52% sebelum diterapkan sistem *case-mix*). Rata-rata lama rawat (AvLOS) mengalami penurunan sejak tahun 2007 sampai awal tahun 2014. Hal tersebut perlu dicermati dan diteliti lebih jauh apakah peningkatan angka *re-hospitalisasi* merupakan pengaruh dari penurunan AvLOS, yang berarti upaya penurunan lama rawat di rumah sakit jiwa tidak disertai dengan upaya peningkatan mutu *outcome* pasien.

Sistem pelayanan kesehatan di Indonesia saat ini sedang menjadi fokus perhatian. Mutu layanan rumah sakit merupakan persyaratan utama dalam pelaksanaan JKN saat ini, baik sebagai syarat kredensial kerjasama dengan BPJS maupun sebagai persyaratan pasien. Beberapa kasus yang terjadi seperti kasus klaim asuransi tindakan psikoterapi yang tidak pernah dilakukan di Amerika Serikat, dan beberapa kasus malpraktik, menggugah berbagai pihak untuk melakukan pengawasan secara ketat kepada penyelenggara pelayanan kesehatan di rumah sakit, tak terkecuali rumah sakit jiwa. Hal ini terbukti bahwa KPK sudah mulai mengincar sektor kesehatan sejak penerapan JKN yang dianggap berpotensi menimbulkan *fraud*.

Pengawasan internal di rumah sakit jiwa diperlukan sebagai upaya deteksi dini dan pencegahan terhadap ketidaksesuaian layanan sebelum hal tersebut ditemukan oleh pihak eksternal. Pengukuran indikator klinis secara periodik sebagai sumber data evaluasi kinerja layanan di rumah sakit jiwa sangat

diperlukan. Karena pada dasarnya, potensi *fraud* yang didapatkan di rumah sakit jiwa bisa saja karena ketidaktahuan klinisi tentang *fraud* dan sistem manajemen mutu layanan kesehatan di rumah sakit. Berkaitan dengan hal ini perlu dilakukan penelitian lebih lanjut.

Berdasarkan penelusuran pustaka di atas, ada beberapa hal yang merupakan potensi *fraud* di layanan kesehatan jiwa di rumah sakit jiwa, yaitu: 1) Upaya memperpanjang atau memperpendek lama rawat pasien gangguan jiwa sesuai dengan sistem klaim pembayaran jaminan kesehatan, 2) Tagihan fiktif atas pemeriksaan dan tindakan yang tidak dilakukan oleh klinisi rumah sakit jiwa, 3) Melakukan pemondokan pasien gangguan jiwa atas indikasi yang tidak jelas, dan 4) Mengelompokkan diagnosis pasien dalam kelompok diagnosis dengan tarif yang lebih mahal. Proses identifikasi potensi terjadinya *fraud* tersebut dapat ditelusuri lebih lanjut melalui kegiatan audit medis untuk membandingkan kesesuaian layanan yang diberikan para klinisi rumah sakit jiwa terhadap standar pelayanan medis dan standar pelayanan profesi³⁹.

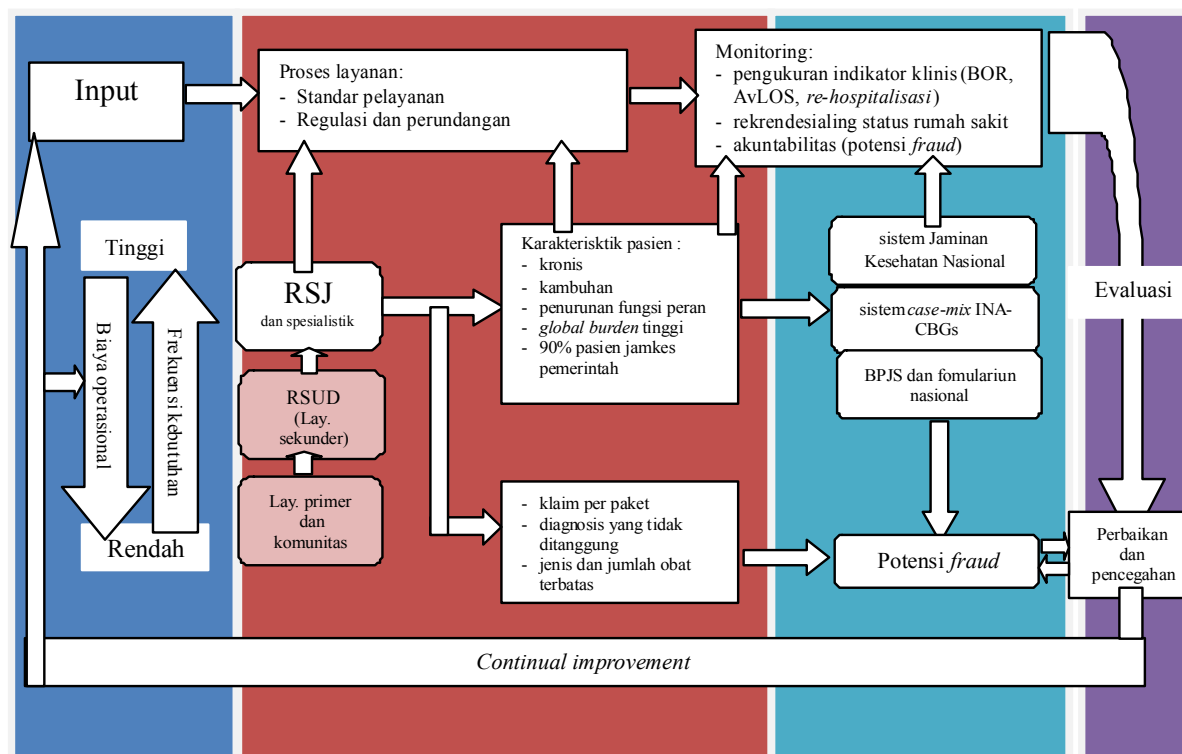
Konsep sistem manajemen mutu dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional di rumah sakit jiwa yang dapat diterapkan dalam menghadapi berbagai karakteristik di lapangan dapat dili-

hat pada Gambar 1. Identifikasi berbagai permasalahan dan tantangan merupakan input dari proses sistem manajemen mutu yang diselenggarakan dalam layanan kesehatan di rumah sakit jiwa. Menjaga proses layanan sesuai dengan standar pelayanan medis dan standar profesi namun tetap memperhatikan tercapainya visi dan misi rumah sakit jiwa diperlukan suatu upaya monitoring dan evaluasi secara periodik, agar dapat dilakukan upaya perbaikan sistem layanan segera dan pencegahan terjadinya ketidaksesuaian yang sama di kemudian hari. Upaya-upaya tersebut diharapkan dapat digunakan sebagai sarana perbaikan layanan kesehatan jiwa dan perbaikan penyelenggaraan sistem Jaminan Kesehatan Nasional di rumah sakit jiwa.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Potensi *fraud* dalam penerapan sistem Jaminan Kesehatan Nasional didapatkan juga pada pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit jiwa, berupa kecenderungan memperpanjang atau memperpendek lama rawat pasien di rumah sakit jiwa. Hal ini dapat diketahui dari kecenderungan penurunan AvLOS pasien-pasien dengan sistem pembiayaan asuransi Jamkesmas sejak tahun 2007 sampai tahun 2014 dan selisih AvLOS pasien Jamkesmas dengan pasien umum



Gambar 1. Sistem Manajemen Mutu dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Jiwa

dan pasien ASKES. Tingkat hunian rata-rata (BOR) pasien peserta jaminan kesehatan pemerintah yang tinggi, perlu ditelusuri lebih lanjut adanya potensi *fraud* dengan memondokkan pasien di rumah sakit jiwa atas indikasi yang tidak jelas.

Penurunan AvLOS yang disertai dengan peningkatan angka *re-hospitalisasi* lebih dari satu kali pada pasien-pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit jiwa merupakan indikasi bahwa mutu layanan kesehatan jiwa di rumah sakit jiwa selama penerapan sistem Jaminan Kesehatan Nasional masih perlu ditingkatkan. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui hubungan antara penurunan AvLOS dan peningkatan angka *re-hospitalisasi* lebih dari satu kali pada pasien-pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit jiwa agar diketahui kualitas luaran pasien sesudah menjalani perawatan di rumah sakit jiwa.

Potensi *fraud* dalam penerapan sistem Jaminan Kesehatan Nasional diduga berpengaruh terhadap mutu layanan kesehatan jiwa di rumah sakit jiwa. Hal ini dapat diketahui melalui pengukuran indikator klinis seperti AvLOS, angka *re-hospitalisasi*, dan BOR rumah sakit, serta melalui audit medis yang berkesinambungan.

Saran

Perlu segera dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui potensi *fraud* dalam penerapan sistem Jaminan Kesehatan Nasional serta pengaruhnya terhadap mutu layanan di rumah sakit jiwa secara periodik sebagai upaya perbaikan mutu secara berkesinambungan.

REFERENSI

1. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
2. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
3. Praptiwi, A., *Pengelolaan Kepuasan Pelanggan dalam Pelayanan Kesehatan*, disampaikan dalam Pelatihan dan Workshop Manajemen Keperawatan di RSUD "45" Kuningan, Jawa Barat pada tanggal 13 Mei 2009.
4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 tentang *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*.
5. Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 1999 tentang *Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah*
6. King J., *Clinical Pathways : a Guide for Clinicians*, The Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia, 2004..
7. Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
8. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1998 tentang Kesehatan
9. Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).
10. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, FK UGM, *Strategi untuk Mencegah Fraud dan Korupsi di Jaminan Kesehatan Nasional*, <http://kebijakankesehatanindonesia.net/component/content/article/2232.html>, 2013, diunduh pada tanggal 20 April 2014.
11. Trisnantoro, L., *Pengantar Seminar Peran Kepala Dinas Kesehatan, Direktur Rumah Sakit, dan Ketua Komite Medis dalam Mencegah Fraud pada Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional*, 15 Maret 2014, Yogyakarta.
12. The Federal Bureau of Investigation (FBI), *More Than 20 People Arrested Following Investigation into Widespread Health Care Fraud in D.C. Medicaid Program*, 2014. <http://www.fbi.gov/washingtondc/press-release/2014>. Diunduh tanggal 20 April 2014.
13. Laporan Rekam Medik, Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, 2013.
14. Sadock, VA., Sadock, BJ., *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*, 10th Ed. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins, 2007.
15. Atlas, *Mental Health Resources in the World*, Geneva, World Health Organization, 2005.
16. Ibrahim, AS., *Skizofrenia: Splitting Personality*. PT. Dian Ariesta, Jakarta Pusat, 2005.
17. Zainuddin, M., *Metodologi Riset Bisnis dan Manajemen*. Diktat Kuliah, Surabaya, 1999.
18. Riyanto, A, *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*, Nuha Medika, Yogyakarta, 2011.
19. Tandrasari, D., Koentjoro, T., Djasri, H., Penyusunan Indikator Klinis, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, No. 04 Desember 2011: 181 – 190.
20. Gaebel, W., Becker, T., Janssen, B., Munk-Jogersen, P., Musalek, M., Rossler, W., *et al.*, EPA Guidance on The Quality of Mental Health Services, *European Psychiatry*, 2012, 27: 87-113.
21. Rogers, R. E., *Improving Quality of Care for Psychiatric Patiens in Emergency Department*, A Manuscript Master of Nursing, Washington State University, Department of Nursing, 2011..
22. Hurtado MP, Swift EK, Corrigan JM, editors, *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington (DC): National Academies Press, 2001.

23. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1241 Tahun 2004 tentang Pedoman Rekrutmen Tenaga Pelaksana Verifikasi dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat.
24. *National Case-mix Center (NCC)*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Overview Sistem Case-mix*, yang disampaikan dalam Rapat Kerja Asosiasi Rumah Sakit Jiwa dan Ketergantungan Obat Indonesia di Surabaya, 31 Oktober 2013.
25. Laporan Rekam Medik, Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, 2007.
26. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
27. World Health Organization, *Improving Health Systems And Services For Mental Health*. Geneva : World Health Organization, 2009.
28. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 202 Tahun 2002 tentang *Pedoman Umum Tim Pembina, Tim Pengarah, dan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat*
29. Laporan Rekam Medik, Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, 2013.
30. Taufik, A., *Fraud dalam Asuransi Kesehatan*, Publikasi oleh Aris Sunaryo, Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia, 2014. id.scribd.com/doc/45188785/Fraud-Dalam-Kesehatan. Diunduh tanggal 16 April 2014.
31. Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia, <http://www.aaji.or.id/infocenter/Dictionary.aspx> diunduh tanggal 17 April 2014.
32. Trisnantoro, L., dan Hendrartini, Y., *Fraud di Jaminan Kesehatan Nasional, Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan*, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2014.
33. Hanung, S., *Peran Direktur Rumah Sakit dalam Mencegah Terjadinya Fraud dalam Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional*. Seminar Peran Kepala Dinas Kesehatan, Direktur Rumah Sakit, dan Ketua Komite Medis dalam Mencegah Fraud pada Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, 15 Maret 2014, Yogyakarta.
34. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, FK UGM, *Perkuat Sistem Internal untuk Mencegah Fraud dalam BPJS Kesehatan*, 2013. <http://www.mutupelayanankesehatan.net/index.php/component/content/article/22-editorial/1243-perkuat-sistem-internal-untuk-mencegah-fraud-dalam-bpjs-kesehatan>. Diunduh tanggal 21 April 2014.
35. Waspada, *KPK Kawal BPJS Kelola Dana Jaminan Kesehatan*, 2014 dalam www.kpk.go.id, Diterbitkan Kamis, 13 Februari 2014.
36. Komisi Pemberantasan Korupsi, *KPK Dorong BPJS Benahi Celah Potensi Korupsi*, 2014. www.kpk.go.id, Rabu, 12 Februari 2014, diunduh tanggal 21 April 2014.
37. Marchisio, S., Vanetti, M., Valsesia, R., Carnevale, L., Panella, M., Effect of Introducing a Care Pathway to Standardize Treatment and Nursing of Schizophrenia, *Community Ment Health J*, 2009, 45:255–259.
38. Prince, J. D., Practices preventing rehospitalization of individuals with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2006, 194, 397–403.
39. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 496 Tahun 2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit.