

ANALISIS RISIKO *UPCODING* TERHADAP KEJADIAN *FRAUD* DI ERA JKN: TINJAUAN SISTEMATIS

Eliya Christin¹, Anhari Achadi²

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Magister,
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok, Indonesia^{1,2}
eliya.christin@ui.ac.id¹, anhari.achadi@ui.ac.id²

ABSTRACT

Fraud is an act of fraud that is carried out intentionally to obtain financial benefits from the health insurance program. Cases of fraud development continue to increase from year to year. In 2017, ICW (Indonesia Corruption Watch) found that there were 49 allegations of fraud committed by FKRTL and FKTP. The purpose of this study is to determine the risks caused by upcoding of fraud incidents in the JKN era so that it can become information for policy makers regarding national fraud prevention policies. This research is a systematic review using PRISMA guidelines in its preparation. Article searches were obtained through pubmed, APFJ (Asia Pacific Fraud Journal), and Google Scholar. Based on a review of research articles, it can be seen that upcoding is one of the potential frauds that are rampantly carried out by officers in health care facilities, the incidence of upcoding is often identified with the role of the coder and DPJP. The forms of upcoding that are often encountered are differences in the use of payment systems that cause differences in understanding between verifiers, coders and DPJP regarding diagnosis, coder errors in reading diagnoses written by DPJP, inaccurate diagnosis codes, differences in the use of hospital software and INA-CBGs software. which may be an advantage for the hospital.

Keywords : *fraud, health, social health insurance, upcoding*

ABSTRAK

Fraud merupakan tindakan kecurangan yang dilakukan dengan sengaja untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan. Kasus perkembangan *fraud* terus meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2017, ICW (*Indonesia Corruption Watch*) menemukan adanya 49 dugaan *fraud* yang dilakukan oleh FKRTL dan FKTP. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui risiko yang disebabkan oleh *upcoding* terhadap kejadian *fraud* di era JKN agar dapat menjadi informasi bagi pemangku kebijakan kesehatan terkait kebijakan nasional pencegahan *fraud*. Penelitian ini merupakan sebuah tinjauan sistematis (*systematic review*) dengan menggunakan panduan PRISMA dalam penyusunannya. Pencarian artikel didapatkan melalui pubmed, APFJ (*Asia Pacific Fraud Journal*), dan google scholar. Berdasarkan *review* artikel penelitian dapat diketahui bahwa *upcoding* merupakan salah satu potensi *fraud* yang marak dilakukan oleh petugas di fasilitas pelayanan kesehatan, kejadian *upcoding* sering diidentikkan dengan peran koder dan DPJP. Bentuk kegiatan *upcoding* yang sering ditemui adalah adanya perbedaan penggunaan sistem pembayaran yang menyebabkan perbedaan pemahaman antara verifikator, koder dan DPJP tentang diagnosis, kesalahan koder dalam pembacaan diagnosis yang ditulis oleh DPJP, tidak akuratnya kode diagnosis, perbedaan penggunaan perangkat lunak rumah sakit dengan software INA-CBGs yang berpotensi menimbulkan keuntungan bagi pihak rumah sakit.

Kata kunci : *kecurangan, kesehatan, jaminan kesehatan nasional, upcoding*

PENDAHULUAN

Sejak berjalannya program jaminan kesehatan nasional pada tanggal 1 januari 2014, terdapat banyak kritik dari berbagai pihak terkait pelaksanaan yang juga diikuti oleh bertambahnya jumlah kepesertaan

JKN. Kritik ini banyak ditujukan pada provider JKN yaitu puskesmas, klinik, dan rumah sakit yang marak dalam melakukan *fraud*. Program jaminan kesehatan nasional (JKN) yang dilaksanakan oleh badan

penyelenggara jaminan sosial kesehatan (BPJS Kes) dianggap memiliki beberapa kelemahan, kelemahan-kelemahan tersebut meliputi adanya anomali kebijakan, pelayanan kepesertaan dan pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan tujuan mulia program JKN. *Fraud* pada program JKN dapat terjadi pada semua aspek bisnis proses pelayanan kesehatan. Pada proses registrasi salah satu kegiatan *fraud* yang terjadi adalah pemalsuan identitas pada saat pengisian form aplikasi. Kemudian pada tahap pembayaran premi karyawan oleh badan usaha. Kasus lainnya terjadi ketika Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) memberikan pelayanan lebih sedikit atau berlebihan yang tidak sesuai dengan kebutuhan medis peserta. Kecurangan lainnya terjadi ketika PPK menagihkan klaim dengan melakukan *upcoding*, *multiple claims* dan lain-lain (Yaslis Ilyas, 2015). Penipuan kesehatan diperkirakan pada tahun 2014 berkisar dari \$82 miliar hingga \$272 miliar dan melibatkan pengeluaran \$1,4 miliar untuk memeranginya. Contoh penipuan kesehatan termasuk tetapi tidak terbatas pada penagihan untuk layanan yang tidak dilengkapi, penagihan untuk layanan yang tidak diperlukan, salah menggambarkan diagnosis untuk membenarkan pembayaran, dan *upcoding* (Dragan et al., 2022).

Tujuan penelitian ini adalah untuk melakukan analisa situasi terkini, melakukan *review*, serta melakukan identifikasi terkait *fraud* pada program jaminan kesehatan nasional khususnya pada kasus *upcoding* di Indonesia, sehingga hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan evaluasi terkait dengan pencegahan *fraud* yang disebabkan oleh *upcoding* di rumah sakit, serta menjadi informasi bagi pemangku kebijakan kesehatan terkait kebijakan nasional pencegahan *fraud*.

METODE

Penelitian ini merupakan sebuah tinjauan sistematis (*systematic review*)

yang dilakukan dengan menggunakan panduan PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*). Tata cara dalam melakukan *systematic review* diawali dengan melakukan pengembangan pada pertanyaan penelitian yang jelas dan terfokus dengan analisis PICO, selanjutnya disiapkan sebuah protokol terperinci yang telah mencakup kriteria penelitian (inklusi/eksklusi) dan disesuaikan dengan tinjauan literatur dimana literaturnya telah diidentifikasi, dinilai dan disintesis secara ketat oleh peneliti.

Peneliti juga melakukan *quality control* terhadap artikel yang akan dimasukan kedalam penelitian sehingga dipastikan artikel yang terpilih dalam penelitian ini merupakan artikel terbaik dari seluruh artikel yang ditemukan pada *database*. Penulis telah melakukan upaya dalam mengurangi adanya bias dalam tinjauan ini dengan cara melakukan penelusuran dan pengkajian awal terhadap seluruh jurnal yang membahas tentang kejadian *fraud* yang disebabkan oleh *upcoding* pada jaminan kesehatan nasional di Indonesia. Kemudian peneliti juga menyaring jurnal berdasarkan judul dan abstrak. Terakhir, peneliti membaca ulang dan melakukan terjemahan pada jurnal yang ditulis dalam bahasa inggris agar dapat dipahami dengan baik dan mendalam.

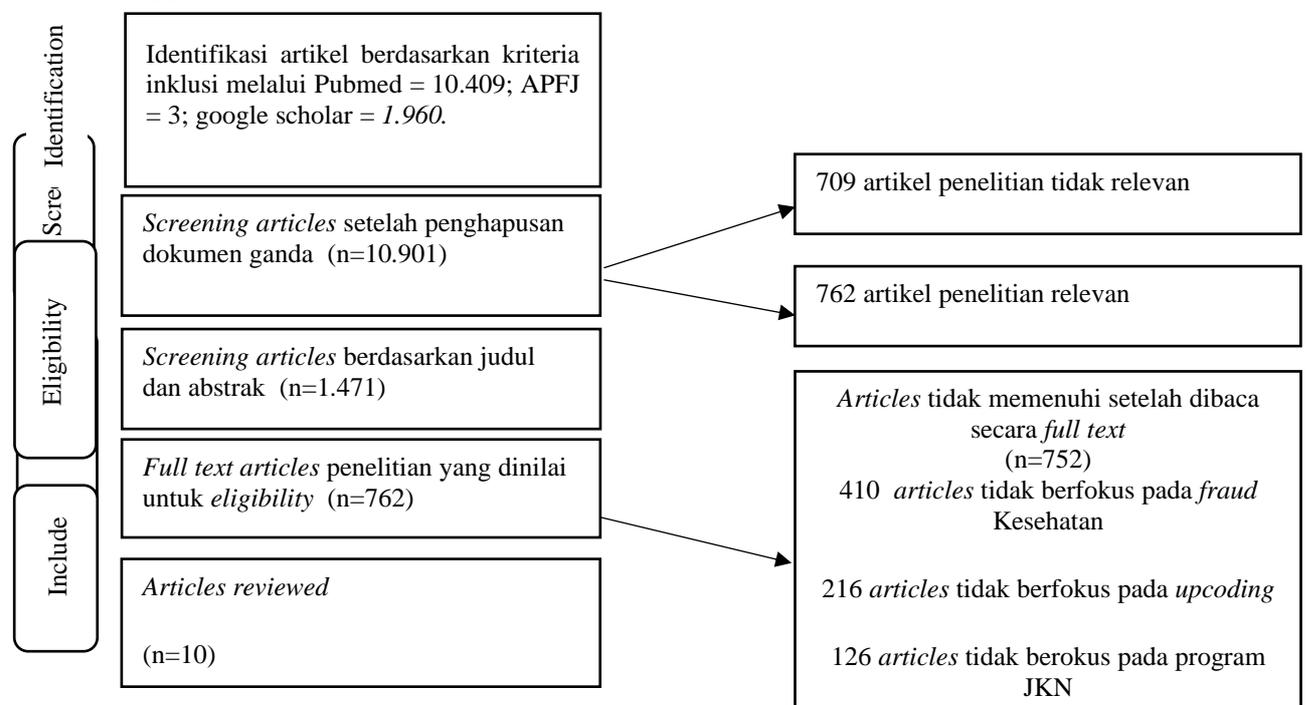
Seluruh artikel penelitian yang ditemui penulis selanjutnya dispesifikasi kembali berdasarkan kriteria inklusi yang ditetapkan sebelumnya oleh penulis, dimana jurnal yang telah dipublikasikan adalah *full text* ditulis menggunakan bahasa inggris atau bahasa indonesia, *open access*, dengan rentang waktu publikasi jurnal sejak tahun 2016 hingga 2022, dan membahas seutar topik utama penelitian, yaitu risiko *upcoding* terhadap kejadian *fraud* di era JKN. Pencarian artikel penelitian yang relevan sesuai topik dilakukan melalui kata kunci (*keyword*) yaitu "*fraud*", "*upcoding*", "*health*", "*social health insurance*", dan "*jkn*". Pengelompokkan pada *Asia Pacific Fraud Journal* (APFJ) dengan *journal*

content berdasarkan keyword *social health insurance* didapatkan 3 artikel penelitian, pada Pubmed didapatkan 10.409 artikel penelitian berdasarkan keyword “*fraud*”, pada proses penelusuran artikel lewat *google scholar* ada sedikit perbedaan kata kunci pencarian, kata kunci tersebut adalah “*Upcoding Fraud JKN*” dan berhasil didapatkan sebanyak 1.960 artikel.

HASIL

berdasarkan proses penelusuran artikel yang dilakukan oleh peneliti pada seluruh sumber *database*, berhasil ditemui sebanyak 12.372 artikel penelitian, setelah dilakukan penyaringan berdasarkan judul, abstrak hingga *screening full text*. Artikel

yang telah sesuai dengan kriteria inklusi tersebut kemudian dipisahkan sehingga didapatkan sepuluh artikel yang dianggap sesuai oleh peneliti dan disajikan kedalam bagan alir PRISMA. Sepuluh artikel tersebut terdiri dari satu studi *cross sectional* (Machmud et al., 2020), enam studi kualitatif (Nugraheni et al., 2020 ; Mitriza & Akbar, 2019 ; Nurul Fatimah, Adlia Syakurah, & Misnaniarti, 2021 ; Palutturi et al., 2019 ; Hasan Sadikin, 2016 ; Agiwahyuanto & Hartini, 2016), satu pendekatan *case study* (Sugiarti et al., 2021), satu studi *narrative review* (Mauren Michaela et al., 2021) yang terdaftar pada tabel 1.



Gambar 1. Flowchart PRISMA

Setiap studi pada penelitian ini membahas terkait kejadian *fraud* yang disebabkan oleh *upcoding* pada jaminan kesehatan nasional serta rekomendasi yang mungkin dilakukan dalam pencegahannya. Ada beberapa pencegahan yang dapat dilakukan seperti BPJS Kesehatan diharapkan lebih banyak lagi melakukan audit terhadap LOS, melakukan kegiatan pemantauan dan evaluasi yang dapat memastikan petugas telah melaksanakan prosedur dengan patuh sesuai dengan panduan praktik klinis yaitu *clinical*

pathway dan SPO rumah sakit agar terciptanya layanan kesehatan yang berkualitas serta berorientasi pada kendali mutu kendali biaya. Berdasarkan review peneliti terhadap sepuluh artikel, dapat diketahui terdapat beberapa tindakan kecurangan yang dilakukan oleh provider kesehatan. *Upcoding* adalah salah satu bentuk kecurangan yang sering terjadi dalam pelaksanaan program JKN. Adapun hasil ekstraksi artikel dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 1.

Table 1. Ekstraksi Artikel

No	Peneliti (Tahun)	Judul	Tempat	Desain studi	Hasil	Kesimpulan
1.	Rizanda Machmud, Syafrawati, Syed Mohamed Aljunid, Rima Semiarty	<i>Does moral hazard occur in the implementation of social health insurance? Evidence from public hospitals in a rural province of indonesia</i>	RSUD di Indonesia	<i>Cross sectional</i>	Berdasarkan data bivariat, variabel yang memiliki hubungan signifikan dengan terjadinya <i>moral hazard</i> adalah lama rawat ($p = 0,000$), pengalaman kerja coder ($p = 0,001$), jumlah pelatihan yang diikuti ($p = 0,001$) dan tingkat keparahan penyakit ($p = 0,018$). diketahui hampir sepertiga rekam medis mengandung <i>moral hazard</i> . Kasus <i>upcoding</i> dalam penelitian ini ditemukan lebih tinggi persentasenya dibandingkan penelitian di Jerman dan Australia.	Ditemukan bahwa insiden <i>moral hazard</i> tertinggi adalah penerimaan yang tidak perlu, diikuti oleh <i>upcoding</i> , dan penerimaan kembali. Faktor-faktor yang secara signifikan berhubungan dengan <i>moral hazard</i> adalah status pasien pulang, keparahan penyakit, dan LOS.
2.	Wahyu P. Nugraheni, Asri Hikmatuz Zahroh, Risky Kusuma Hartono, Ryan Rachmad Nugraha & Chang Bae Chun	<i>National Health Insurance Deficit in Indonesia: Identification of Causes and Solutions for Resolution</i>	Jakarta.	Kualitatif	Menurut penjelasan informan penelitian ini, kasus dugaan kecurangan yang sering terjadi di fasilitas kesehatan adalah kasus <i>upcoding</i> , <i>readmission</i> dan <i>unbundling</i> .	Penyebab defisit JKN dari aspek pendapatan yaitu: Penetapan besaran iuran belum sesuai dengan perhitungan aktuarial, tidak ada kenaikan jumlah iuran peserta JKN secara berkala, batas atas iuran peserta JKN, kolektivitas iuran peserta PBP dan BP rendah, dan pendapatan pendanaan JKN belum diperoleh secara optimal dari sumber lain.
3.	Ayu Mitriza, Ali Akbar	Analisis Pengendalian Potensi <i>Fraud</i> di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi	Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi	Kualitatif.	Perbedaan dalam sistem pembayaran menjadi penyebab terjadinya <i>fraud</i> di rumah sakit. Berdasarkan Peraturan Gubernur Nomor 58 Tahun 2015 yang mengatur tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di RSUD dr Achmad Moechtar Bukittinggi	Faktor pemicu terjadinya <i>fraud</i> di RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi yaitu adanya perbedaan sistem pembayaran yang digunakan oleh rumah sakit dan BPJS Kesehatan yang membuat adanya perbedaan

					adalah sistem persepsi antara pembayaran <i>fee for service</i> sedangkan verifikasi, koder dan DPJP tentang sistem pembayaran diagnosis yang pada akhirnya menyebabkan akhirnya BPJS Kesehatan adalah INA-CBGs dimana adanya kesenjangan besaran pembayaran penetapan tarif riil klaim oleh BPJS rumah sakit dengan Kesehatan didasarkan tarif INA CBGs. pada pengelompokan Dalam hal ini diagnosis penyakit, hal disebutkan faktor ini membuat adanya yang dapat perbedaan persepsi mencegah potensi antara verifikasi, <i>fraud</i> di RSUD dr. Achmad Moechtar koder, dan DPJP dalam Bukittinggi dengan menentukan diagnosis Penerapan dan pengawasan petugas koder, verifikasi dan DPJP dalam pelaksanaan SPO dan <i>Clinical Pathway</i> , serta pelatihan dalam ketepatan <i>coding</i> bagi petugas koder.	
4.	Ida Sugiarti, Imas Masturoh, Fery Fadly	Menelusuri Potensi <i>Fraud</i> dalam Jaminan Kesehatan Nasional melalui Rekam Medis di Rumah Sakit	RSU "S" (tempat disamar kan)	Pendekatan kuantitatif dan kualitatif (<i>mix methode</i>). Dengan jenis penelitian <i>case study</i> .	Dari 27 kasus ketidaktepatan diagnosis, terdapat penulisan yang tidak tepat pada diagnosis primer sebesar 70,37%. Dilihat dari 87 rekam medis dengan kasus ketidaktepatan itu terdiri dari 31,03% ketidaktepatan kode diagnosis. Setelah ditelaah, diketahui bahwa terdapat 19 rekam medis (70,37%) dengan diagnosa tifoid yang akan dilakukan pemilihan ulang oleh koder dan berkemungkinan berubah menjadi <i>suspect</i> tifoid. Pada kode disentri amuba, efusi pleura dengan <i>tuberculosis</i> paru terdapat 4 rekam medis yang berkemungkinan berubah kode diagnosanya menjadi diare, dan 4 rekam medis lainnya berkemungkinan adanya pemilihan	<i>Upcoding</i> dapat disebut sebagai kasus <i>fraud</i> apabila terdapat unsur yang disengaja oleh petugas kesehatan demi mendapatkan keuntungan. <i>Upcoding</i> merupakan suatu kecurangan yang dapat merubah klaim menjadi lebih tinggi. Penggunaan <i>clinical pathway</i> sangat diperlukan agar tidak terjadi kecurangan dalam pemberian pelayanan kesehatan

					ulang diagnose yang dilakukan oleh koder dan berubah menjadi kondisi pada ibu hamil.	
5.	Sarah Mauren Michaela, Mieke Nurmalasari, Hosizah	<i>Fraud in healthcare facilities: A Narrative Review</i>	Jakarta	<i>Narrative review</i>	Sebagian besar kasus penipuan adalah penerimaan kembali, dengan total 4.827 insiden, dan <i>upcoding</i> dengan total 4.600 kasus.	<i>Fraud</i> di fasilitas pelayanan kesehatan dapat terjadi karena kelengkapan berkas rekam medis, tulisan dokter yang sulit dibaca, dan salah memasukkan informasi, kesalahan dalam membaca rekam medis dan tipografi, dan koder membuat keputusan yang ambigu karena informasi yang tidak akurat.
6.	Faik Agiwahyunto, Sudiro, Inge Hartini	Upaya Pencegahan Perbedaan Diagnosis Klinis Dan Diagnosis Asuransi Dengan Diberlakukan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Pelayanan Bpjs Kesehatan Studi Di Rsud Kota Semarang	Rsud Kota Semarang	Kualitatif	<i>Upcoding</i> dapat ditimbulkan oleh perbedaan pemahaman antara koder ketika melakukan pembacaan hasil rekam medis yang dibuat oleh DPJP ketika melakukan pemeriksaan pasien hingga mengakibatkan adanya kesenjangan tarif klaim walaupun dalam penegakkan diagnosa hanya mengacu pada koding ICD-IX. Dalam menentukan tarif pelayanannya, petugas verifikator internal RS menggunakan dua jenis program yang berbeda yaitu program perangkat lunak rumah sakit dan perangkat lunak berdasarkan INA-CBGs.	Petugas koder yang melakukan <i>entry</i> diagnosa dan hasil pemeriksaan DPJP ke perangkat lunak rumah sakit harus lebih berhati-hati agar tidak terjadi kesalahan yang menyebabkan perbedaan tarif klaim antara perangkat lunak rumah sakit dengan perangkat lunak INA-CBGs yang pada akhirnya menimbulkan keuntungan bagi rumah sakit. Pada penelitian ini juga diketahui bahwa latar belakang petugas yang terlibat dalam tarif pelayanan sangat berpengaruh terhadap kejadian <i>upcoding</i> .
7.	Rizki Nurul Fatimah, Misnaniarti, Rizma Adlia Syakurah	<i>Potential Fraud in The Implementation of National Health Insurance in The Health Sector: Systematic Review</i>	Indonesia	Tinjauan sistematis dengan pendekatan kualitatif, yang diberi nama pendekatan meta-agregasi	Potensi kecurangan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan fasilitas kesehatan tingkat menengah (FKRTL) yaitu ketidaktepatan penggunaan dana kapitasi, jumlah klaim yang dimaksimalkan, <i>upcoding</i> , rasa tidak puas terhadap upah	Potensi <i>fraud</i> di bidang kesehatan dapat disebabkan oleh tekanan dari sistem pendanaan yang diterapkan, peluang akibat lemahnya sistem pengawasan, dan justifikasi untuk melakukan tindakan tersebut

				yang diterima setiap bulan, serta tidak memadainya pengendalian dan pengawasan internal.		
8.	Sukri Palutturi, Siti Rahmawati Makkurade, Reza Aril Ahri, Ade Suzana Eka Putri	<i>Potential for Fraud of Health Service Claims to BPJS Health at Tenriawaru Public Hospital, Bone Regency, Indonesia</i>	Indonesia	Tinjauan sistematis dengan pendekatan kualitatif, yang diberi nama pendekatan meta-agregasi terhadap potensi pendorong <i>fraud</i> di bidang kesehatan. Analisis Meta (PRISMA).	Terdapat potensi <i>fraud</i> yang terjadi di RSUD Tenriawaru. Peneliti menemukan setidaknya 8 jenis potensi penipuan yang terdiri dari <i>upcoding</i> , <i>readmissions</i> , <i>room charge</i> , perawatan yang tidak perlu, <i>phantom billing</i> , <i>keystroke error</i> , <i>service unbundling</i> of <i>fragmentation</i> dan <i>cancelled service</i> .	Pada penelitian yang dilakukan di RSUD Tenriawaru menerima kunjungan pasien sebanyak 36.540 pertahun yang terdiri dari pasien rawat jalan dan pasien rawat inap. Pasien yang berobat di RSUD Tenriawaru menggunakan BPJS Kesehatan untuk jenis pembayarannya dan pihak rumah sakit secara rutin setiap bulan melakukan klaim kepada BPJS Kesehatan. Proses klaim diawali dengan entry data rekam medis pasien melalui aplikasi SEP oleh petugas koder. Pada saat peneliti melakukan wawancara dengan petugas koder diketahui bahwa terdapat beberapa pasien yang keluar masuk pengobatan di rumah sakit yang seharusnya proses pengobatan dapat dilakukan pada kunjungan pertama, berdasarkan hasil wawancara dengan manajemen RSUD Tenriawaru didapatkan bahwa tidak dibangunnya sistem pencegahan penipuan karena dianggap tidak ada kasus-kasus mendesak yang disebabkan oleh <i>fraud</i> . Manajemen juga mengatakan bahwa tidak ada panduan klinis dalam

						melakukan kegiatan pelayanan medis.
9.	Hasan Sadikin, Wiku Adisasmito	Analisis Pengaruh Dimensi <i>Fraud Triangle</i> Dalam Kebijakan Pencegahan <i>Fraud</i> Terhadap Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUP Nasional Cipto Mangunkusumo	RSUP Nasiona l Cipto Mangun kusumo	Kualitatif	Ada banyak faktor yang menyebabkan pegawai melakukan tindakan <i>fraud</i> , beberapa tindakan yang diketahui adalah pemberian diagnosa yang tidak perlu yang dilakukan oleh dokter serta kegiatan <i>upcoding</i> .	Potensi <i>fraud</i> terjadi karena lemahnya pengendalian internal, karena adanya tekanan, kesempatan dan rasionalisasi. Juga didukung oleh komitmen dari manajemen puncak untuk merealisasikan anggaran dan mempertanggungjawabkannya dengan tepat waktu.
10.	Arief Tarmansyah Iman, Diana	Pengaruh Kodifikasi ICD 10 Dan ICD 9 CM Terhadap Klaim JKN Rawat Inap Di RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya Tahun 2018	Tasikmalaya	Kuantitatif analitik dengan jenis penelitian adalah penelitian non intervensi, dan desain penelitian adalah observasional dengan survey.	Kode diagnosis yang tidak tepat sebanyak 24 berkas (25,53 %). Sedangkan kode ICD 9 CM yang tidak tepat sebanyak 21 berkas (22,34%). Hasil recoding ICD 10 sebanyak 13 berkas (13,83%), Sedangkan hasil <i>grouping</i> ulang sebanyak 17 kode (18,09%).	Pada variabel pengaruh ketepatan kodifikasi ICD 10 terhadap perubahan kode tarif INA-CBGs didapatkan hasil uji statistik Chi Square $p=0,0000$, menunjukkan bahwa perubahan kode ICD 10 terhadap perubahan kode INA-CBGs berpengaruh secara signifikan. Sebesar 25,53 % berkas dengan kode diagnosis ICD 10 yang tidak tepat berpotensi memberikan laporan dan pengajuan klaim yang tidak tepat dan memberikan informasi yang menyimpang. Pada variabel Pengaruh Ketepatan Kodifikasi ICD 9 CM Terhadap Perubahan Tarif INA-CBGs, menunjukkan nilai $p=0,0000$, hasil ini menunjukkan bahwa perubahan kode ICD 9CM terhadap

Ketepatan kode INA-CBGs berpengaruh secara signifikan. Terdapat 28,7% berkas dengan kode tindakan / prosedur dengan ICD 9 CM yang dapat berpotensi memberikan laporan dan pengajuan klaim yang tidak tepat pula atau dengan kata lain hal ini dapat memberikan informasi yang menyimpang.

PEMBAHASAN

Berdasarkan *review* yang dilakukan peneliti terhadap 10 artikel penelitian, diketahui terdapat 9 dari 10 artikel yang menyatakan bahwa *upcoding* merupakan jenis kecurangan yang sering dilakukan oleh petugas di fasilitas pelayanan kesehatan. Sepertiga dari rekam medis rumah sakit mengandung *moral hazard*. Salah satu kegiatan kecurangan yang ditemui adalah *upcoding*. Kejadian *upcoding* sering diidentikkan dengan peran koder karena koder adalah orang yang memasukkan kode dan prosedur diagnostik ke dalam software INA CBG. Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa pada karakteristik koder terdapat hubungan yang signifikan antara pengalaman kerja dengan moral. Kasus *upcoding* dalam penelitian ini ditemukan lebih tinggi persentasenya dibandingkan penelitian di Jerman dan Australia (Machmud et al., 2020). Kasus dugaan kecurangan yang sering terjadi di fasilitas kesehatan adalah kasus *upcoding*, *readmission* dan *unbundling*. Kasus dugaan penipuan juga terjadi di negara lain (Nugraheni et al., 2020).

Dari 27 kasus ketidaktepatan diagnosis, terdapat penulisan yang tidak tepat pada diagnosis primer sebesar 70,37%. Dilihat dari 87 rekam medis dengan kasus ketidaktepatan itu terdiri dari 31,03% ketidaktepatan kode diagnosis. Setelah

ditelaah, diketahui bahwa terdapat 19 rekam medis (70,37%) dengan diagnosis tifoid yang akan dilakukan pemilihan ulang oleh koder dan berkemungkinan berubah menjadi *suspect* tifoid. Pada kode disentri amuba, efusi pleura dengan *tuberculosis* paru terdapat 4 rekam medis yang berkemungkinan berubah kode diagnosanya menjadi diare, dan 4 rekam medis lainnya berkemungkinan adanya pemilihan ulang diagnose yang dilakukan oleh koder dan berubah menjadi kondisi pada ibu hamil. Hal ini dapat disebabkan oleh beberapa hal, yaitu kesalahan dalam melakukan pembacaan tulisan DPJP ketika melakukan kodefikasi ataupun tidak akuratnya kode diagnosis pasien (Sugiarti et al., 2021). Hal berbeda ditemukan pada penelitian di Hasil Penelitian di RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya, diketahui bahwa kode diagnosis yang tertera pada berkas klaim cenderung sudah tepat, penelitian dilakukan pada 94 berkas rekam medis. Dari seluruh jumlah rekam medis terdapat 25,52% berkas diagnosis dengan kode ICD 10 yang tidak tepat, sedangkan pada 67 (71,3%) berkas rekam medis memiliki kode ICD 10 yang tepat. Namun hal ini tetap harus menjadi perhatian bagi pihak rumah sakit karena hal itu tetap berpotensi untuk memberikan informasi yang menyimpang hingga menimbulkan

kecurangan di rumah sakit (Arief Tarmansyah Iman, 2018).

Upcoding juga dapat ditimbulkan oleh perbedaan pemahaman antara koder ketika melakukan pembacaan hasil rekam medis yang dibuat oleh DPJP ketika melakukan pemeriksaan pasien hingga mengakibatkan adanya kesenjangan tarif klaim walaupun dalam penegakkan diagnosa hanya mengacu pada koding ICD-1X. Dalam menentukan tarif pelayanannya, petugas verifikator internal RS menggunakan dua jenis program yang berbeda yaitu program perangkat lunak rumah sakit dan perangkat lunak berdasarkan INA-CBGs. Petugas koder yang melakukan *entry* diagnosa dan hasil pemeriksaan DPJP ke perangkat lunak rumah sakit harus lebih berhati-hati agar tidak terjadi kesalahan yang menyebabkan perbedaan tarif klaim antara perangkat lunak rumah sakit dengan perangkat lunak INA-CBGs yang pada akhirnya menimbulkan keuntungan bagi rumah sakit. Pada penelitian ini juga diketahui bahwa latar belakang petugas yang terlibat dalam tarif pelayanan sangat berpengaruh terhadap kejadian *upcoding* (Agiwahyunto & Hartini, 2016). Hal yang sama ditemukan pada penelitian yang dilakukan di RSUD dr Achmad Moechtar, pada penelitian ini juga disebutkan bahwa adanya perbedaan dalam sistem pembayaran menjadi penyebab terjadinya *fraud* di rumah sakit. Berdasarkan Peraturan Gubernur Nomor 58 Tahun 2015 yang mengatur tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di RSUD dr Achmad Moechtar Bukittinggi adalah sistem pembayaran *fee for service* sedangkan sistem pembayaran yang digunakan oleh BPJS Kesehatan adalah INA-CBGs dimana besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan didasarkan pada pengelompokan diagnosis penyakit, hal ini membuat adanya perbedaan persepsi antara verifikator, koder, dan DPJP dalam menentukan diagnosis. Pada penelitian juga disebutkan bahwa ada keterkaitan antara ketepatan dalam melakukan pengkodean terhadap tarif INA-CBGs karena akan menentukan

diagnose primer maupun sekunder, apabila pengkodean sudah dilakukan dengan tepat maka tarif klaim yang muncul pada INA-CBGs juga akan sesuai. Namun apabila koder melakukan kesalahan ketika melakukan pengkodean, maka tarif yang dikeluarkan oleh paket INA-CBGs juga tidak akan sesuai yang kemudian menyebabkan *upcoding* maupun *undercoding* (Mitriza & Akbar, 2019; Sugiarti et al., 2021). Disampaikan oleh Ida Sugiarti, dkk bahwa *upcoding* dapat disebut sebagai kasus *fraud* apabila terdapat unsur yang disengaja oleh petugas kesehatan demi mendapatkan keuntungan. *Upcoding* merupakan suatu kecurangan yang dapat merubah klaim menjadi lebih tinggi. Penggunaan *clinical pathway* sangat diperlukan agar tidak terjadi kecurangan dalam pemberian pelayanan kesehatan (Sugiarti et al., 2021).

Pada penelitian yang dilakukan di RSUD Tenriawaru menerima kunjungan pasien sebanyak 36.540 pertahun yang terdiri dari pasien rawat jalan dan pasien rawat inap. Pasien yang berobat di RSUD Tenriawaru menggunakan BPJS Kesehatan untuk jenis pembayarannya dan pihak rumah sakit secara rutin setiap bulan melakukan klaim kepada BPJS Kesehatan agar dapat terus beroperasi. Proses klaim diawali dengan *entry* data rekam medis pasien melalui aplikasi SEP oleh petugas koder. Pada saat peneliti melakukan wawancara dengan petugas koder diketahui bahwa terdapat beberapa pasien yang keluar masuk pengobatan di rumah sakit yang seharusnya proses pengobatan dapat dilakukan pada kunjungan pertama, hal ini dideteksi karena petugas koder melakukan verifikasi sebelum *entry* data pada SEP maupun INA-CBGs. Selanjutnya berdasarkan hasil wawancara dengan manajemen RSUD Tenriawaru didapatkan bahwa tidak dibangunnya sistem pencegahan penipuan karena dianggap tidak ada kasus-kasus mendesak yang disebabkan oleh *fraud*. Manajemen juga mengatakan bahwa tidak ada panduan klinis dalam melakukan kegiatan pelayanan

medis. Padahal menurut penuturan salah satu informan yaitu petugas koder dimana kasus *fraud* terbanyak yang dilakukan di RSUD Tenriawan adalah kasus *upcoding*. Ketika melakukan entry data kedalam sistem ada banyak diagnosa yang ditemukan pada rekam medis pasien yang kemudian diagnosa yang nilai klaimnya paling tinggi yang dipilih untuk dilakukan klaim ke BPJS Kesehatan padahal berdasarkan diagnosa pasien prosedur tindakan yang lebih kecil nilai klaimnya masih dapat diberikan kepada pasien (Palutturi et al., 2019).

Fraud dalam pelayanan kesehatan berpotensi menimbulkan kerugian keuangan negara dan menurunkan kualitas pelayanan kesehatan. Penipuan di fasilitas pelayanan kesehatan terjadi di seluruh dunia. Di Amerika Serikat, salah satu faktor penyebab melonjaknya biaya pelayanan kesehatan adalah kecurangan dalam pelayanan kesehatan. Jumlah kasus diperoleh dari penelitian di berbagai rumah sakit di Indonesia, Jerman, Malaysia, dan Portugal dengan melihat rekam medis dan data yang diperoleh dari BPJS. Sebagian besar kasus penipuan adalah penerimaan kembali, dengan total 4.827 insiden sebanyak 4.600 kasus. (Mauren Michaela et al., 2021). Pada hasil penelitian lain ditemukan beberapa potensi kecurangan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan fasilitas kesehatan tingkat menengah (FKRTL) yaitu ketidaktepatan penggunaan dana kapitasi, jumlah klaim yang dimaksimalisasi, *upcoding*, rasa tidak puas terhadap upah yang diterima setiap bulan, serta tidak memadainya pengendalian dan pengawasan internal. Potensi *fraud* di bidang kesehatan dapat disebabkan oleh tekanan dari sistem pendanaan yang diterapkan, peluang akibat lemahnya sistem pengawasan, dan justifikasi untuk melakukan tindakan tersebut (Nurul Fatimah et al., 2021). Penyebab terjadinya *fraud* dapat dipicu oleh banyak faktor. Pada penelitian yang dilakukan di RSUP Nasional DR Cipto Mangunkusumo diketahui beberapa

tindakan *fraud* yang dilakukan oleh petugas kesehatan salah satunya adalah pemberian diagnosa yang tidak perlu oleh dokter hingga dilakukannya *upcoding* (Hasan Sadikin, 2016).

KESIMPULAN

Upcoding merupakan salah satu potensi *fraud* yang marak dilakukan oleh petugas di fasilitas pelayanan kesehatan, kejadian *upcoding* sering diidentikkan dengan peran koder dan DPJP. Bentuk kegiatan *upcoding* yang sering ditemui adalah adanya perbedaan pemahaman antara koder, verifikator dan DPJP terkait diagnosis yang disebabkan oleh perbedaan sistem pembayaran, adanya kesalahan pembacaan diagnose yang dilakukan oleh koder ketika sedang melakukan kodefikasi, ketidakakuratan kode diagnosis, adanya perbedaan persepsi koder ketika membaca hasil rekam medis yang dilakukan oleh DPJP terkait tanda dan gejala pasien, perbedaan penggunaan perangkat lunak rumah sakit dengan perangkat lunak INA-CBGs yang berpotensi menimbulkan keuntungan bagi pihak rumah sakit.

Terdapat banyak faktor yang memicu petugas kesehatan untuk melakukan *upcoding*, yaitu tekanan, peluang atau kesempatan, pengalaman kerja, moral, ketidakpuasan terhadap gaji yang diterima, dan lemahnya pengawasan. Fasilitas pelayanan kesehatan harus meningkatkan sistem pengawasan terhadap para petugas yang memiliki potensi dalam melakukan *upcoding* untung memperkecil peluang terjadinya *fraud*, selain itu perlu adanya pelatihan bagi koder terkait kodefikasi dan perlu adanya perbaikan terkait pemahaman dalam sistem pembayaran. Saran untuk penelitian selanjutnya adalah memfokuskan literatur mengenai program-program pengendalian *fraud* yang efektif untuk diterapkan pada layanan kesehatan khususnya pada kasus *upcoding* baik di Indonesia maupun di negara lain, sehingga dapat dijadikan referensi bagi pemangku

kebijakan kesehatan dalam upaya pencegahan *fraud* pada program JKN.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah memberikan dukungan dalam proses penyusunan penelitian hingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Agiwahyunto, F., & Hartini, I. (2016). *Upaya Pencegahan Perbedaan Diagnosis Klinis Dan Diagnosis Asuransi Dengan Diberlakukan Program Jaminan Kesehatan Nasional Dalam Pelayanan Bpjs Kesehatan Studi Di RSUD Kota Semarang*.
- Arief Tarmansyah Iman, D. B. (2018). *Pengaruh Kodifikasi ICD 10 Dan ICD 9CM Terhadap Klaim JKN Rawat Inap Di RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya Tahun 2018*. 6.
- Dragan, K. L., Desai, S. M., Billings, J., & Glied, S. A. (2022). Association of Insurance Mix and Diagnostic Coding Practices in New York State Hospitals. *JAMA Health Forum*, 3(9), e222919. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.2919>
- Hasan Sadikin, W. A. (2016). *Analisis Pengaruh Dimensi Fraud Triangle Dalam Kebijakan Pencegahan Fraud Terhadap Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Nasional Cipto Mangunkusumo*. www.acfe.com,
- Machmud, R., Syafrawati, S., Aljunid, Prof. S. M., & Semiarty, R. (2020). *Does Moral Hazard Occour In The Implementation Of Social Health Insurance? Evidence From Public Hospitals In A Rural Province Of Indonesia*. *Asia Pacific Fraud Journal*, 5(1), 24. <https://doi.org/10.21532/apfjournal.v5i1.133>
- Mauren Michaela, S., Nurmalasari, M., & Hosizah, H. (2021). Fraud in healthcare facilities: A Narrative Review. *Public Health of Indonesia*, 7(4), 166–171. <https://doi.org/10.36685/phi.v7i4.465>
- Mitriza, A., & Akbar, A. (2019). Analisis Pengendalian Potensi Fraud di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi. In *Jurnal Kesehatan Andalas* (Vol. 8, Issue 3). <http://jurnal.fk.unand.ac.id>
- Nugraheni, W. P., Zahroh, A. H., Hartono, R. K., Nugraha, R. R., & Chun, C. B. (2020). National Health Insurance Deficit in Indonesia: Identification of Causes and Solutions for Resolution. *Global Journal of Health Science*, 12(13), 58. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v12n13p58>
- Nurul Fatimah, R., Adlia Syakurah, R., Kesehatan Nasional, A., kesehatan, S., & Kesehatan, P. (2021). Potential Fraud in The Implementation of National Health Insurance in The Health Sector: Systematic Review. *Journal : JMMR (Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit)*, 10(3), 255–270. <https://doi.org/10.18196/jmmr.v10i3.10825>
- Nurul Fatimah, R., Adlia Syakurah, R., & Misnaniarti. (2021). *DETERMINAN POTENSI FRAUD PADA PROGRAM JKN DI PUSKESMAS KOTA X*. 5(1).
- 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. In *International Journal of Innovation, Creativity and Change*. www.ijicc.net (Vol. 8, Issue 5). www.ijicc.net
- Sugiarti, I., Masturoh, I., & Fadly, F. (2021). *Menelusuri Potensi Fraud dalam Jaminan Kesehatan Nasional*

*melalui Rekam Medis di Rumah Sakit
Tracing Potential Fraud in National
Health Insurance Through Medical
Records in Hospitals.*

<https://doi.org/10.22146/jkesvo.69065>

Yaslis Ilyas. (2015). *Fraud Dalam
Jaminan Kesehatan Nasional* (Vol.
1). Tiariaji Press.