

**Universitas Diponegoro**  
**Fakultas Kesehatan Masyarakat**  
**Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat**  
**Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit**  
**2017**

**ABSTRAK**

**Saikhu**

**Analisis Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Potensi Terjadinya *Fraud* Klaim Pada Program Jaminan Kesehatan Nasional Di RSUD Dr. H Soewondo Kendal  
xviii +97 halaman + 11 tabel + 5 gambar + 6 lampiran**

Penulisan resume medis yang tidak dilengkapi oleh dokter segera setelah pasien dilayani dan dirawat di rumah sakit umum dr. H. Soewondo Kendal dapat berpotensi terjadinya kekeliruan pada pengkodean untuk klaim. Persoalan lain tentang perbedaan tarif antara tarif rumah sakit berdasarkan peraturan bupati dan besaran klaim sesuai tarif *INA-CBGs* yang terpaut jauh pada beberapa kasus penyakit diduga juga turut memicu potensi terjadinya *fraud*. Tujuan dari penelitian ini untuk mengungkapkan faktor – faktor yang mungkin dapat memicu potensi terjadinya *fraud* di rumah sakit dr. H. Soewondo Kendal

Metode penelitian yang digunakan adalah jenis penelitian deskriptif dengan cara observasi dilanjutkan dengan *focused group discussion* (FGD) untuk menentukan prioritas yang paling memungkinkan munculnya potensi terjadinya *fraud* dan diteruskan dengan wawancara mendalam. Penelitian ini melibatkan 5 informan utama dan 2 informan triangulasi. Didapatkan 3 potensi terjadinya *fraud* yaitu: fragmentasi pelayanan (*unbundling*), *upcoding* dan *self referral* yang ditinjau dari 3 aspek yaitu *opportunities*, *pressure*, dan *razionallization*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat belum maksimalnya pengawasan dan pengendalian di tiap tahapan pelaksanaan pelayanan pasien peserta BPJS Kesehatan. Ditemukan adanya kebijakan yang berpotensi menimbulkan potensi terjadinya *fraud*. Terdapat disparitas yang tinggi antara tarif yang berlaku berdasarkan peraturan bupati dengan tarif klaim *InaCBGs* yang juga berpotensi terjadinya *fraud*. Sistem pengkodean diagnosa dan tindakan berdasarkan ICD-9 dan ICD-10 belum dipahami dengan baik oleh dokter yang menangani pasien.

Rekomendasi dari penelitian ini adalah perlu dibentuknya tim pengendali *Fraud*. Kebijakan pelayanan pasien disesuaikan dengan kebijakan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Mengusulkan evaluasi tarif *InaCBGs* ke kementerian kesehatan setiap akhir tahun. Mengadakan pelatihan tentang penerapan ICD-9 dan ICD-10 bagi staf medis.

Kata Kunci : *Fraud*, *upcoding*, *self referral* dan fragmentasi

Kepustakaan : 38 (1995 – 2016)

## **ABSTRACT**

**Saikhu**

**Analysis of Factors Influencing the Potency of Fraudulent Claims in the National Health Insurance Program at Dr. H. Soewondo Public Hospital in Kendal**

**xviii + 97 pages + 11 tables + 5 figures + 6 appendices**

Writing a medical summary that was not completed by a physician soon after providing services and treatment to patients at Dr. H. Soewondo Public Hospital in Kendal had a potency to make mistakes in coding for claim. Another problem was a big tariff difference for some diseases between the tariff of a hospital based on regent's regulation and amount of claim based on the tariff of INA-CBGs that could trigger a potency of fraud. This study aimed at identifying factors that were potential to allow fraud to occur at Dr. H. Soewondo Public Hospital in Kendal.

This was a descriptive study conducted by observing followed by Focus Group Discussion (FGD) to determine a priority that could trigger a potency of fraud and indepth interview. This study involved 5 main informants and 2 informants for triangulation purpose. There was three potencies that could lead to fraud namely unbundling, upcoding, and self-referral viewed from three aspects namely opportunity, preasure, and rasionalisation.

The results of this study showed that monitoring and controlling in each step of implementation of patients who were BPJS members were not optimal. There was found some potencies that might lead to fraud. There was big difference between the tariff based on the regent's regulation and the tariff of claim based on INA-CBGs that might allow fraud to occur. A coding system of diagnosis and action based on ICD-9 and ICD-10 had been well understood by physicians who provided treatment to patients.

A team of fraud control needs to be formed. A policy of patients' services needs to be adjusted with a policy of a National Health Insurance system. The tariff of INA-CBGs needs to be proposed to Ministry of Health in order to be regularly evaluated in the end of year. In addition, training of ICD-9 and ICD-10 implementation for medical staffs needs to be conducted.

**Keywords** : Fraud, Upcoding, Self-Referral, Fragmentation

**Bibliography:** 38 (1995-2016)