

**PETUNJUK PELAKSANAAN  
PEMBANGUNAN SISTEM PENCEGAHAN  
KECURANGAN (*FRAUD*) DALAM  
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN**



Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

362.2  
Ind  
p

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Inspektorat  
Jenderal  
Pedoman Pengawasan Intern Pembayaran Klaim  
Penggantian Biaya Perawatan Pasien COVID-19.—  
Jakarta : Kementerian Kesehatan RI, 2020

ISBN 978-623-301-126-6

1. Judul I. HEALTH INSURANCE  
II. HEALTH CARE COSTS  
III. CORONAVIRUS

ISBN 978-623-301-126-6



362.2

Ind

p

Perpustakaan Kemenkes RI

No. Induk : 4108/4/2022

Tgl. Terima : 5/4/2022

Dapat Dari : H.



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**INSPEKTORAT JENDERAL**

Jalan H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kavling No. 4-9 Kuningan - Jakarta Selatan 12950  
Telp. 021 - 5201590 (Hunting) - Pes. 3100, 3102, 3104 Fax. 021 - 5201589/5223011



**KEPUTUSAN INSPEKTUR JENDERAL KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**NOMOR HK.02.02/I.4/2014/2020**

**TENTANG**  
**PETUNJUK PELAKSANAAN PEMBANGUNAN SISTEM PENCEGAHAN**  
**KECURANGAN (*FRAUD*) DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**  
**INSPEKTUR JENDERAL KEMENTERIAN KESEHATAN RI**

Menimbang : a. bahwa sebagai upaya pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam program jaminan kesehatan adalah membangun sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) yang optimal sehingga dapat meminimalisasi kejadian kecurangan (*fraud*) dalam program jaminan kesehatan;

b. bahwa dalam rangka memberikan panduan pelaksanaan pembangunan sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) sebagaimana dimaksud dalam huruf a bagi institusi fasilitas pelayanan kesehatan dan pihak terkait lainnya perlu di diterbitkan petunjuk pelaksanaan pembangunan sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam program jaminan kesehatan;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembangunan Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan.

Mengingat : 1. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165);

2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas



Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);

3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.

Memperhatikan : 1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : HK.01.07/MENKES/718/2019 tentang Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) Tingkat Pusat Dalam Program JKN;  
2. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.01/MENKES/34/2020 tentang Pelaksanaan Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan di Tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota.

#### MEMUTUSKAN

Menetapkan : KEPUTUSAN INSPEKTUR JENDERAL KEMENTERIAN KESEHATAN RI TENTANG PETUNJUK PELAKSANAAN PEMBANGUNAN SISTEM PENCEGAHAN KECURANGAN (*FRAUD*) DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

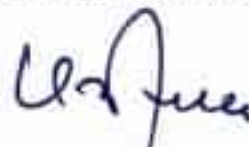
KESATU : Petunjuk pelaksanaan pembangunan sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam program jaminan kesehatan tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan ini.

KEDUA : Petunjuk pelaksanaan sebagaimana dimaksud dalam diktum KESATU menjadi panduan bagi institusi pelayanan kesehatan dan pihak terkait lainnya dalam membangun sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) pada program jaminan kesehatan.

KETIGA : Jika terdapat kekeliruan dalam penetapannya, maka akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Jakarta  
Pada tanggal 20 Maret 2020

INSPEKTUR JENDERAL,



MURTI UTAMI

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena berkat limpahan nikmat dan karunia-Nya lah petunjuk pelaksanaan pembangunan sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam program jaminan kesehatan ini dapat diselesaikan oleh Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Tingkat Pusat.

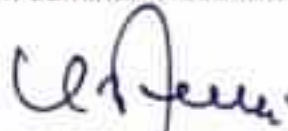
Petunjuk pelaksanaan ini merupakan suplemen pendukung dari Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan, sehingga dengan terbitnya petunjuk pelaksanaan pembangunan sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) ini akan memberikan kejelasan kepada seluruh pihak bagaimana membangun sistem pencegahan, mendeteksi dan memelihara sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) tersebut. Dalam petunjuk pelaksanaan ini menyajikan secara konseptual dan teknik pelaksanaan mulai dari *good corporate governance*, *good clinical governance*, budaya pencegahan kecurangan, manajemen risiko kecurangan, deteksi kecurangan, kendali mutu kendali biaya dan monitoring evaluasi sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam program jaminan kesehatan.

Secara substansi petunjuk pelaksanaan ini mungkin saja masih terdapat kekurangan, namun tidak berarti bahwa kekurangan tersebut menjadi alasan bagi pihak terkait untuk tidak membangun sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) secara optimal.

Penyusunan petunjuk pelaksanaan ini melibatkan tim pencegahan kecurangan (*fraud*) tingkat pusat dan banyak pihak sebagai kontributor, mulai dari akademisi sampai dengan organisasi profesi yang tidak disebutkan satu per satu. Oleh karena itu, atas segala sumbangsih baik pemikiran, waktu dan tenaga diucapkan terima kasih.

Jakarta, Maret 2020

Penanggung Jawab  
Tim Pencegahan Kecurangan (*Fraud*)  
Program Jaminan Kesehatan Tingkat Pusat,



drg. Murti Utami, MPH, QGIA



## DAFTAR ISI

|                                                                                                                                        |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>BAB I. PENDAHULUAN</b>                                                                                                              | <b>1</b>  |
| A. Latar Belakang                                                                                                                      | 1         |
| B. Dasar Hukum                                                                                                                         | 2         |
| C. Tujuan                                                                                                                              | 2         |
| D. Manfaat                                                                                                                             | 2         |
| E. Ruang Lingkup                                                                                                                       | 3         |
| <b>BAB II. KEBIJAKAN PENERAPAN ANTI KECURANGAN (FRAUD) DENGAN PRINSIP GOOD CORPORATE GOVERNANCE (GCG) DAN GOOD CLINICAL GOVERNANCE</b> | <b>4</b>  |
| A. <i>Good Corporate Governance</i>                                                                                                    | 4         |
| B. <i>Good Clinical Governance</i>                                                                                                     | 9         |
| <b>BAB III. PENGEMBANGAN BUDAYA PENCEGAHAN KECURANGAN (FRAUD)</b>                                                                      | <b>17</b> |
| A. Konsep Budaya Korporasi/Organisasi                                                                                                  | 17        |
| B. Teknik Pelaksanaan                                                                                                                  | 18        |
| <b>BAB IV. MANAJEMEN RISIKO KECURANGAN (FRAUD RISK MANAGEMENT)</b>                                                                     | <b>21</b> |
| A. Konsep Pengelolaan Risiko Kecurangan                                                                                                | 21        |
| B. Teknik Pelaksanaan                                                                                                                  | 24        |
| <b>BAB V. DETEKSI POTENSI KECURANGAN (FRAUD)</b>                                                                                       | <b>32</b> |
| A. Konsep Deteksi Potensi Kecurangan ( <i>Fraud</i> )                                                                                  | 32        |
| B. Pihak yang Terlibat Dalam Deteksi Potensi Kecurangan ( <i>Fraud</i> )                                                               | 32        |
| C. Data-Data yang Dapat Digunakan Dalam Deteksi                                                                                        | 35        |
| D. Metode Deteksi                                                                                                                      | 37        |
| E. Teknik Pelaksanaan                                                                                                                  | 40        |
| F. Telaah Data Berdasar Area Risiko Kecurangan                                                                                         | 43        |
| G. Penetapan Hasil Deteksi dan Penyusunan Rekomendasi                                                                                  | 45        |
| <b>BAB VI. KENDALI MUTU KENDALI BIAYA</b>                                                                                              | <b>47</b> |
| A. Konsep Kendali Mutu Kendali Biaya                                                                                                   | 47        |
| B. <i>Utilization review</i>                                                                                                           | 47        |
| C. <i>Audit Medis</i>                                                                                                                  | 48        |
| D. Teknik Pelaksanaan                                                                                                                  | 51        |
| <b>BAB VII. MONITORING DAN EVALUASI SISTEM PENCEGAHAN KECURANGAN (FRAUD)</b>                                                           | <b>55</b> |
| A. Pengertian                                                                                                                          | 55        |
| B. Tujuan                                                                                                                              | 55        |
| C. Objek dan Subjek                                                                                                                    | 55        |
| D. Metode                                                                                                                              | 55        |
| E. Kompetensi                                                                                                                          | 56        |
| F. Etika Pelaksanaan                                                                                                                   | 67        |
| G. Hasil Monitoring dan Evaluasi                                                                                                       | 68        |
|                                                                                                                                        | 70        |

|                                                     |    |
|-----------------------------------------------------|----|
| H. Prosedur Monitoring Evaluasi dan Pelaporan ..... | 70 |
| BAB VIII. PENUTUP .....                             | 73 |
| LAMPIRAN .....                                      | 74 |
| REFERENSI .....                                     | 90 |

KEMENKES RI

## DAFTAR LAMPIRAN

|                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Lampiran 1 Contoh Pakta Integritas (Deklarasi Pernyataan Anti <i>Fraud</i> ).....                   | 74 |
| Lampiran 2 Contoh Formulir Pelaporan Kecurangan Berbasis Web.....                                   | 75 |
| Lampiran 3 Contoh Kode Etika dan Tata Perilaku.....                                                 | 76 |
| Lampiran 4 Contoh Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran.....                                     | 81 |
| Lampiran 5 Format Panduan Praktik Klinis.....                                                       | 82 |
| Lampiran 6 Contoh Formulir FMEA.....                                                                | 83 |
| Lampiran 7 Formulir <i>Risk Register</i> Kecurangan ( <i>fraud</i> ) Program Jaminan Kesehatan..... | 84 |
| Lampiran 8 Formulir Monitoring dan Evaluasi Mitigasi Risiko Kecurangan ( <i>Fraud</i> ).....        | 85 |
| Lampiran 9 Instrumen Monev FKRTL.....                                                               | 86 |
| Lampiran 10 Instrumen Monev FKTP.....                                                               | 87 |
| Lampiran 11 Instrumen Monev BPJS Kesehatan.....                                                     | 88 |
| Lampiran 12 Instrumen Monev Faskes Lainnya.....                                                     | 89 |



## DAFTAR GAMBAR

|                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gambar 1 Siklus Audit Klinis.....                                                        | 10 |
| Gambar 2 Alur Penanganan Komplain Pelanggan .....                                        | 13 |
| Gambar 3 Skema Pengelolaan Risiko .....                                                  | 15 |
| Gambar 4. Diagram Proses FRM yang Berkelanjutan.....                                     | 22 |
| Gambar 5 Skema langkah kerja dalam identifikasi dan penilaian resiko kecurangan<br>..... | 25 |
| Gambar 6 Langkah – langkah analisis.....                                                 | 40 |
| Gambar 7 Alur Proses Deteksi.....                                                        | 41 |
| Gambar 8 Siklus Audit Medis .....                                                        | 50 |
| Gambar 9 Alur penyampaian laporan hasil monitoring dan evaluasi.....                     | 72 |

## DAFTAR TABEL

|                                                 |    |
|-------------------------------------------------|----|
| Tabel 1 Kemungkinan Probabilitas .....          | 27 |
| Tabel 2 Dampak (Konsekuensi).....               | 27 |
| Tabel 3 Matriks Analisis Risiko Kecurangan..... | 28 |
| Tabel 4 Deskripsi Status Risiko .....           | 28 |
| Tabel 5 Penentuan Skor .....                    | 66 |

KEMENKES RI

## BAB I PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menyatakan bahwa prinsip pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional adalah kesetaraan (*equity*) dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan serta efektif dan efisien dalam operasionalisasinya. Prinsip kendali mutu dan biaya harus diterapkan secara utuh di setiap tingkatan pelayanan mengingat adanya karakteristik pelayanan kesehatan yang berpotensi untuk menyebabkan terjadinya inefisiensi.

Salah satu upaya yang telah disepakati seluruh pemangku kepentingan untuk dijalankan oleh BPJS Kesehatan adalah melakukan penerapan model pembayaran prospektif. Amanah ini secara eksplisit tertera dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 yang mengamanatkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial khususnya BPJS Kesehatan untuk membayar manfaat pelayanan kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan secara efektif dan efisien.

Untuk menjamin agar pelayanan kesehatan diselenggarakan secara *cost-effective*, rasional, dan sesuai dengan kebutuhan Peserta, serta untuk menjamin kesinambungan program Jaminan Kesehatan, maka perlu diselenggarakan upaya kendali mutu dan kendali biaya. Salah satu upaya kendali mutu dan kendali biaya yang dapat dilakukan adalah meminimalisasi terjadinya potensi Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan. Berdasarkan laporan *Report to the Nations ACFE (RTTN) Association of Certified Fraud Examiners (ACFE) 2018* kerugian akibat kecurangan (*fraud*) pada pelayanan kesehatan mencapai 5% dari total biaya pelayanan kesehatan.

Dengan ditetapkannya Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, telah memberikan definisi Kecurangan (*Fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan yaitu tindakan yang dilakukan dengan sengaja, untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Permenkes No. 16 tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan merupakan salah satu regulasi yang mengatur pencegahan kecurangan (*fraud*) pada layanan kesehatan dan pemangku kepentingan lainnya yang terkait dengan program jaminan kesehatan.



Untuk mencapai tujuan pencegahan Kecurangan (*fraud*) yang efektif semua pihak yang terkait dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan terutama BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus membangun sistem pencegahan Kecurangan (*fraud*) meliputi penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan (*fraud*), pengembangan budaya pencegahan kecurangan (*fraud*), pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kendali mutu dan kendali biaya serta pembentukan tim pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*).

Upaya pencegahan kecurangan (*fraud*) ini harus dilakukan secara komprehensif, sistematis dan berkesinambungan melalui proses pemantauan dan evaluasi yang terus menerus sehingga kehandalan sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) yang dibangun tetap efektif untuk mencegah terjadinya kecurangan (*fraud*).

#### **B. Dasar Hukum**

1. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165);
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan

#### **C. Tujuan**

Tujuan disusunnya petunjuk pelaksanaan ini adalah sebagai suplemen atau pendukung dari Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 tahun 2019 yang akan menjadi acuan bagi institusi fasilitas pelayanan kesehatan dan stake holder terkait dalam membangun sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam program jaminan kesehatan.

#### **D. Manfaat**

Manfaat yang diharapkan dari petunjuk pelaksanaan ini adalah agar terdapat kesamaan langkah dari para pemangku kepentingan dalam melaksanakan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 tahun 2019 dalam upaya melakukan pencegahan kecurangan (*fraud*) pada program jaminan kesehatan.

## E. Ruang Lingkup

Ruang lingkup petunjuk pelaksanaan ini meliputi:

Kegiatan pencegahan kecurangan (*fraud*) dengan prinsip *Good Corporate Governance* (GCG) dan *Good Clinical Governance*,

1. Manajemen risiko kecurangan (*fraud risk management*),
2. Deteksi dini kecurangan (*fraud*),
3. Budaya pencegahan kecurangan (*fraud*),
4. Kendali mutu kendali biaya dan monitoring evaluasi sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) pada program jaminan kesehatan.

Adapun sasaran petunjuk pelaksanaan ini adalah untuk:

1. BPJS Kesehatan
2. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
3. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL)
4. Fasilitas Kesehatan Lainnya (Apotek, Optik, Laboratorium, Jejaring lainnya)
5. Penyedia Obat dan Penyedia Alat Kesehatan
6. Pemangku kepentingan lainnya.



**BAB II**  
**KEBIJAKAN PENERAPAN ANTI KECURANGAN (FRAUD)**  
**DENGAN PRINSIP GOOD CORPORATE GOVERNANCE (GCG) DAN**  
**GOOD CLINICAL GOVERNANCE**

**A. Good Corporate Governance (GCG)**

Tata kelola organisasi yang baik merupakan hal penting bagi organisasi dan menentukan keberhasilan organisasi dalam mencapai tujuannya baik itu organisasi sektor swasta maupun organisasi sektor pemerintah. Organisasi yang tidak mampu atau tidak memiliki keinginan untuk menerapkan asas-asas tata kelola organisasi yang baik sudah tentu akan menghadapi banyak permasalahan dalam menjalankan bisnis organisasinya.

Rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya seperti puskesmas dan klinik, sebagai organisasi dituntut untuk bertanggungjawab menerapkan prinsip-prinsip *Good Corporate Governance* dengan baik untuk memastikan bahwa masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal.

Fakta menunjukkan bahwa sektor pelayanan kesehatan bergerak dengan pengaruh mekanisme pasar. Dalam suatu kehidupan dengan mekanisme pasar, selalu ada tata aturan agar tidak terjadi penyimpangan akibat pengaruh negatif mekanisme pasar. Dalam sistem kesehatan keteraturan sistem tata aturan akan mencegah penyedia layanan kesehatan melakukan tindakan yang merugikan pasien/masyarakat selaku penerima pelayanan kesehatan. Sistem pengendalian di sektor kesehatan dapat mengacu pada konsep *Good Corporate Governance*.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menyatakan bahwa prinsip pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional adalah kesetaraan (*equity*) dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan serta efektif dan efisien dalam operasionalisasinya. Prinsip kendali mutu dan biaya harus diterapkan secara utuh di setiap tingkatan pelayanan mengingat adanya karakteristik pelayanan kesehatan yang berpotensi untuk menyebabkan terjadinya inefisiensi.

Salah satu upaya yang telah disepakati seluruh pemangku kepentingan untuk dijalankan oleh BPJS Kesehatan adalah melakukan penerapan model pembayaran prospektif. Amanah ini secara eksplisit tertera dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 yang mengamanatkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial khususnya BPJS Kesehatan untuk membayar manfaat pelayanan kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan secara efektif dan efisien.

**1. Definisi Good Corporate Governance (GCG)**

*Good Corporate Governance (GCG)* adalah suatu sistem yang dirancang untuk mengarahkan pengelolaan organisasi berdasarkan prinsip-prinsip transparansi, kemandirian, akuntabilitas, pertanggungjawaban, dan kewajiban untuk pencapaian penyelenggaraan kegiatan organisasi yang memperhatikan kepentingan setiap pihak yang terkait dalam penyelenggaraan kegiatan organisasi, berlandaskan peraturan perundang-undangan dan praktik-praktik



yang berlaku umum (Permenkeu 88/2015).

## 2. Asas *Good Corporate Governance* (GCG)

Berdasarkan Pedoman Umum *Good Corporate Governance* Indonesia yang dikeluarkan oleh Komite Nasional Kebijakan Governance (KNKG), terdapat 5 asas yang perlu dipahami dalam membangun GCG, yaitu transparansi, akuntabilitas, responsibilitas, independensi serta kewajaran dan kesetaraan. Asas ini diperlukan untuk mencapai kesinambungan usaha (*sustainability*) organisasi dengan memperhatikan pemangku kepentingan (*stakeholders*).

### a. Transparansi (*Transparency*)

Untuk menjaga obyektivitas dalam menjalankan bisnis, organisasi harus menyediakan informasi yang material dan relevan dengan cara yang mudah diakses dan dipahami oleh pemangku kepentingan. Organisasi harus mengambil inisiatif untuk mengungkapkan tidak hanya masalah yang disyaratkan oleh peraturan perundang-undangan, tetapi juga hal yang penting untuk pengambilan keputusan oleh pemegang saham, kreditur dan pemangku kepentingan lainnya. Pedoman Pokok Pelaksanaan:

- 1) Organisasi harus menyediakan informasi secara tepat waktu, memadai, jelas, akurat dan dapat diperbandingkan serta mudah diakses oleh pemangku kepentingan sesuai dengan haknya.
- 2) Informasi yang harus diungkapkan meliputi, tetapi tidak terbatas pada, visi, misi, sasaran usaha dan strategi organisasi, kondisi keuangan, susunan dan kompensasi pengurus, pemegang saham pengendali, kepemilikan saham oleh anggota Direksi dan anggota Dewan Komisaris beserta anggota keluarganya dalam organisasi dan organisasi lainnya, sistem manajemen risiko, sistem pengawasan dan pengendalian internal, sistem dan pelaksanaan GCG serta tingkat kepatuhannya, dan kejadian penting yang dapat mempengaruhi kondisi organisasi.
- 3) Prinsip keterbukaan yang dianut oleh organisasi tidak mengurangi kewajiban untuk memenuhi ketentuan kerahasiaan organisasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan, rahasia jabatan, dan hak-hak pribadi.
- 4) Kebijakan organisasi harus tertulis dan secara proporsional dikomunikasikan kepada pemangku kepentingan.

### b. Akuntabilitas (*Accountability*)

Organisasi harus dapat mempertanggungjawabkan kinerjanya secara transparan dan wajar. Untuk itu organisasi harus dikelola secara benar, terukur dan sesuai dengan kepentingan organisasi dengan tetap memperhitungkan kepentingan pemegang saham dan pemangku kepentingan lain. Akuntabilitas merupakan prasyarat yang diperlukan untuk mencapai kinerja yang berkesinambungan. Pedoman Pokok Pelaksanaan:

- 1) Organisasi harus menetapkan rincian tugas dan tanggung jawab masing-masing organ organisasi dan semua karyawan secara jelas dan selaras dengan visi, misi, nilai-nilai organisasi (*corporate values*), dan strategi organisasi.



- 2) Organisasi harus meyakini bahwa semua organ organisasi dan semua karyawan mempunyai kemampuan sesuai dengan tugas, tanggung jawab, dan perannya dalam pelaksanaan GCG.
  - 3) Organisasi harus memastikan adanya sistem pengendalian internal yang efektif dalam pengelolaan organisasi.
  - 4) Organisasi harus memiliki ukuran kinerja untuk semua jajaran organisasi yang konsisten dengan sasaran usaha organisasi, serta memiliki sistem penghargaan dan sanksi (*reward and punishment system*).
  - 5) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya, setiap organ organisasi dan semua karyawan harus berpegang pada etika bisnis dan pedoman perilaku (*code of conduct*) yang telah disepakati.
- c. **Responsibilitas (*Responsibility*)**  
Organisasi harus mematuhi peraturan perundang-undangan serta melaksanakan tanggung jawab terhadap masyarakat dan lingkungan sehingga dapat terpelihara kesinambungan usaha dalam jangka panjang dan mendapat pengakuan sebagai *good corporate citizen*. Pedoman Pokok Pelaksanaan:
- 1) Organisasi harus berpegang pada prinsip kehati-hatian dan memastikan kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan, anggaran dasar dan peraturan organisasi (*by-laws*).
  - 2) Organisasi harus melaksanakan tanggung jawab sosial dengan antara lain peduli terhadap masyarakat dan kelestarian lingkungan terutama di sekitar organisasi dengan membuat perencanaan dan pelaksanaan yang memadai.
- d. **Independensi (*Independency*)**  
Untuk melancarkan pelaksanaan asas GCG, organisasi harus dikelola secara independen sehingga masing-masing organ organisasi tidak saling mendominasi dan tidak dapat diintervensi oleh pihak lain. Pedoman Pokok Pelaksanaan:
- 1) Masing-masing organ organisasi harus menghindari terjadinya dominasi oleh pihak manapun, tidak terpengaruh oleh kepentingan tertentu, bebas dari benturan kepentingan (*conflict of interest*) dan dari segala pengaruh atau tekanan, sehingga pengambilan keputusan dapat dilakukan secara obyektif.
  - 2) Masing-masing organ organisasi harus melaksanakan fungsi dan tugasnya sesuai dengan anggaran dasar dan peraturan perundang-undangan, tidak saling mendominasi dan atau melempar tanggung jawab antara satu dengan yang lain.
- e. **Kewajaran dan Kesetaraan (*Fairness*)**  
Dalam melaksanakan kegiatannya, organisasi harus senantiasa memperhatikan kepentingan pemegang saham dan pemangku kepentingan lainnya berdasarkan asas kewajaran dan kesetaraan. Pedoman Pokok Pelaksanaan:

- 1) Organisasi harus memberikan kesempatan kepada pemangku kepentingan untuk memberikan masukan dan menyampaikan pendapat bagi kepentingan organisasi serta membuka akses terhadap informasi sesuai dengan prinsip transparansi dalam lingkup kedudukan masing-masing.
- 2) Organisasi harus memberikan perlakuan yang setara dan wajar kepada pemangku kepentingan sesuai dengan manfaat dan kontribusi yang diberikan kepada organisasi.
- 3) Organisasi harus memberikan kesempatan yang sama dalam penerimaan karyawan, berkarir dan melaksanakan tugasnya secara profesional tanpa membedakan suku, agama, ras, golongan, gender, dan kondisi fisik.

### 3. Teknik Pelaksanaan

Dalam menyusun kebijakan dan pelaksanaan kebijakan anti Kecurangan (*Fraud*) pelaksanaan program JKN dengan prinsip *Good Corporate Governance*, diperlukan proses keikutsertaan semua pihak dalam organisasi. Untuk itu diperlukan tahapan sebagai berikut:

#### a. Membangun Pemahaman dan Komitmen

Pelaksanaan GCG membutuhkan pemahaman dan komitmen dari semua anggota Direksi dan Dewan Komisaris, serta Pemegang Saham Pengendali, serta semua karyawan.

Komitmen pencegahan kecurangan harus diwujudkan ke dalam suatu komitmen tertulis yang diprakarsai oleh jajaran atas atau manajemen puncak, seperti pemilik, direksi, dan pimpinan organisasi. Manajemen puncak harus mendeklarasikan komitmennya dalam rangka pencegahan kecurangan di organisasi yang dipimpinnya dan disepakati oleh seluruh jajaran organisasi dari manajemen puncak hingga unit terkecil di dalam struktur organisasi. Contoh bentuk deklarasi komitmen tertulis terdapat pada Lampiran 1.

Komitmen organisasi juga harus ditunjukkan dengan menyediakan sumber daya yang dibutuhkan (SDM, Keuangan, TI, Peralatan, dan Sarpras) dalam upaya pencegahan kecurangan, baik sumber daya manusia, infrastruktur, finansial maupun kebutuhan lain yang dinilai relevan dengan upaya pencegahan korupsi. Sebagai contoh, alokasi sumberdaya untuk mencegah dan menangani kecurangan berupa tim yang ditugaskan, saluran/wadah informasi pengaduan terhadap kecurangan, dan sebagainya. Contoh formulir pelaporan kecurangan terdapat pada lampiran 2.

#### b. Menyusun Pedoman dan Program Pelaksanaan GCG

Dalam rangka penerapan GCG, masing-masing organisasi harus menyusun pedoman GCG organisasi. Pedoman GCG organisasi tersebut mencakup sekurang-kurangnya hal-hal sebagai berikut:



- 1) Visi, misi dan nilai-nilai organisasi;
- 2) Kedudukan dan fungsi RUPS, Dewan Komisaris, Direksi, Komite Penunjang Dewan Komisaris, dan pengawasan internal;
- 3) Kebijakan untuk memastikan terlaksananya fungsi setiap organ organisasi secara efektif;
- 4) Kebijakan untuk memastikan terlaksananya akuntabilitas, pengendalian internal yang efektif dan pelaporan keuangan yang benar;
- 5) Penetapan Kode Etik dan Tata Perilaku; Disusun secara sistematis berdasarkan prinsip-prinsip atau norma yang ada, sekaligus mencerminkan nilai dan budaya organisasi. Kode etik harus memuat pelarangan atas segala bentuk kecurangan. Contoh bentuk Kode Etik dan Tata Perilaku terdapat pada Lampiran 1.
- 6) Sarana pengungkapan informasi untuk pemegang saham dan pemangku kepentingan lainnya;
- 7) Kebijakan penyempurnaan berbagai peraturan organisasi dalam rangka memenuhi prinsip GCG.

Setelah pedoman ini disusun perlu dilakukan kajian terhadap kondisi organisasi yang berkaitan dengan pelaksanaan GCG dan kemudian menyusun program tindakan korektif dan program kerja yang diperlukan

c. Melakukan Internalisasi Pelaksanaan GCG

Agar terbentuk rasa memiliki dari semua pihak dalam organisasi, serta pemahaman atas pelaksanaan pedoman GCG dalam kegiatan sehari-hari maka diperlukan upaya sosialisasi dan pelatihan yang dapat dilakukan dalam bentuk:

1) Sosialisasi

Sosialisasi dilakukan baik internal maupun eksternal meliputi kebijakan, aturan, prosedur, dan kode etik dan dilakukan secara berkala kepada seluruh personil dan pemangku kepentingan terkait. Sebagai contoh, untuk pencegahan kecurangan, organisasi dapat melakukan sosialisasi terkait peraturan tentang kecurangan yang berlaku (Permenkes No 16 tahun 2019), serta risiko kecurangan yang dapat terjadi di organisasinya dan bagaimana mengendalikannya.

2) Pelatihan Berkelanjutan

Pelatihan harus dilakukan secara berkala untuk memastikan agar pengetahuan personil organisasi maupun mitra organisasi tentang kebijakan, prosedur, kode etik, kode perilaku dan prosedur tetap memadai dan sudah menjangkau ke seluruh pihak yang dinilai wajib untuk paham. Sebagai contoh, pelatihan koder INA-CBGs bagi FKRTL untuk meningkatkan pemahaman tentang coding dan mencegah terjadinya dispute coding atau risiko kecurangan berupa upcoding.

3) Media

Organisasi dapat menyusun isi pesan dan jenis informasi yang hendak disampaikan, serta pemilihan saluran dan media komunikasi yang sesuai. Cara penyampaian maupun jenis informasi yang disampaikan

harus sesuai dengan sasaran. Saluran media yang dapat digunakan antara lain: Surat elektronik (email), Portal intranet, situs web, Poster, brosur, Perpustakaan - video, buku, majalah, Banner, Suvenir/media, pulpen, mug, kalender, gantungan kunci, payung, kaos, Media sosial resmi milik korporasi, Pertemuan (dengan internal organisasi, mitra, dan para pemangku kepentingan)

d. Melakukan Evaluasi Penerapan GCG

Organisasi harus melakukan evaluasi penerapan GCG yang dilaksanakan dalam rangka mewujudkan perbaikan yang berkelanjutan. Mekanisme evaluasi dapat dilakukan secara mandiri atau dengan menggunakan jasa pihak eksternal yang independen untuk memastikan penerapan GCG secara berkesinambungan. Hasil penilaian tersebut diungkapkan dalam laporan tahunan dan dilaporkan dalam RUPS/Dewan Komisaris atau pihak lainnya sesuai dengan kebijakan pelaporan organisasi.

## B. *Good Clinical Governance*

Tata Kelola Pelayanan Klinis yang Baik atau *Good Clinical Governance* kembali hangat dibicarakan di Indonesia pada era Jaminan Kesehatan Nasional, dimana fasilitas pelayanan kesehatan dituntut untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu namun tetap dapat menjaga biaya pelayanan tetap efisien (kendali mutu dan kendali biaya).

Meskipun detail penerapan tata kelola klinis di pelayanan kesehatan tingkat pertama dan tingkat kedua dan ketiga berbeda, namun secara umum konsep dasarnya tetap sama. Konsep dasar yang perlu dipahami sebelum mulai menerapkan berbagai kegiatan terkait tata kelola klinis yang baik adalah pemahaman mengenai pilar/komponen yang membangun *clinical governance* serta standar yang dapat digunakan untuk menilai/mengaudit ketepatan penerapan *good clinical governance*.

Banyak konsep tentang komponen kegiatan *clinical governance* akan tetapi secara garis besar terdiri atas empat pilar/komponen:

### 1. *Pilar Clinical Governance*

a. Fokus pada pelanggan (*customer value*)

Pilar pertama adalah nilai konsumen, yang mendorong pelayanan kesehatan untuk melibatkan konsumen dan *stakeholder* dalam mempertahankan dan meningkatkan kinerja pelayanan. Konsumen dalam hal ini bukan hanya pasien, akan tetapi juga meliputi pemerintah daerah dan organisasi non-pemerintah.

Dalam menerapkan pilar pertama ini selain melibatkan konsumen, Fasyankes juga harus memperhatikan nilai-nilai yang dianut oleh konsumen tersebut. Contoh nilai-nilai yang dianut oleh konsumen misalnya pasien meyakini bahwa suatu Fasyankes yang baik adalah Fasyankes yang stafnya mampu menjelaskan dengan baik mengenai penyakit yang dialami oleh pasien dan juga dapat menjelaskan rencana tindakan medis yang akan



dilakukan.

Keterlibatan konsumen yang efektif memerlukan kepemimpinan yang baik pula untuk memastikan bahwa keterlibatan tersebut bermanfaat, efektif dan memberikan hasil yang positif bagi pelayanan kesehatan.

*Outcome* yang diharapkan dari terbangunnya pilar ini adalah:

- 1) Peningkatan pemahaman staf terhadap pelayanan kesehatan dan lebih responsive terhadap kebutuhan pelanggan/pasien.
  - 2) Peningkatan pengetahuan pelanggan/pasien dan juga peningkatan partisipasi pelanggan/pasien dalam pelayanan kesehatan dan manajemen.
  - 3) Peningkatan kepercayaan pelanggan/pasien terhadap Fasyankes
  - 4) Peningkatan *outcome* pelanggan/pasien
- b. Kinerja klinis dan evaluasi (*clinical performance and evaluation*)

Pilar yang kedua ini bertujuan untuk menjamin penggunaan serta monitoring dan evaluasi standar klinis yang berbasis bukti (*evidence-based*). Hasilnya adalah sebuah budaya, di mana evaluasi organisasi dan kinerja klinis, termasuk audit klinis merupakan hal yang umum dan diharapkan ada di setiap organisasi pelayanan klinis. Terdapat tiga buah alat yang dapat digunakan untuk membantu organisasi layanan kesehatan untuk mencapai hasil ini, yaitu standar klinis, indikator klinik, dan audit klinik. Audit Klinis dapat dilakukan dengan siklus sebagaimana terlihat dalam Gambar 1.



Sumber: Pelatihan Audit Klinis, Haney Djasri, 2010

Gambar 1. Siklus Audit Klinis



Outcome yang diharapkan dengan terbangunnya pilar ini adalah:

- 1) Pengembangan panduan praktek klinis termasuk clinical pathway bila diperlukan.
- 2) Peningkatan kepatuhan terhadap praktek klinis berbasis bukti dan berkurangnya variasi dalam praktek klinis serta efisiensi biaya
- 3) Peningkatan outcome pelanggan/pasien.

c. Pengelolaan Risiko Klinis (*clinical risk management*)

Segala kegiatan di Fasyankes memiliki risiko, baik untuk pasien maupun untuk petugas yang berada di dalam Fasyankes tersebut. Meskipun demikian perlu dilakukan penjaminan bahwa risiko yang muncul minimal. Pilar ketiga ini menitikberatkan untuk meminimalisir risiko klinis dan meningkatkan keamanan kepada pasien dan petugas secara keseluruhan. Hal ini dicapai dengan melakukan identifikasi, mengurangi risiko, dan mengurangi kejadian yang tidak diinginkan.

Aspek-aspek yang tercakup dalam manajemen risiko klinis adalah: a) pelaporan, monitoring, dan analisis *trend* kejadian yang tidak diinginkan, b) pelaporan, monitoring, dan penyelidikan klinis kejadian yang jarang terjadi (sentinel event), c) analisis risiko, termasuk identifikasi, penyelidikan, evaluasi dan analisis risiko klinis.

Outcome yang diharapkan dengan terbangunnya pilar ini adalah:

- 1) Peningkatan monitoring dan pelaporan kejadian yang tidak diharapkan.
- 2) Peningkatan pemantauan terhadap insiden klinik dan kejadian yang tidak diharapkan.
- 3) Peningkatan proses risk management.
- 4) Pengurangan jumlah kejadian yang tidak diharapkan.

d. Pengelolaan dan pengembangan profesi (*profesional development and management*)

Pilar keempat ini mendukung proses pemilihan dan perekrutan staf klinis. Dalam hal ini profesionalisme terus dikembangkan, dijaga, dimonitor, dan dikontrol. Proses ini menjamin staf yang ditunjuk dan diperkerjakan adalah orang yang terampil dan berhati-hati terhadap prosedur baru. Hal yang tercakup dalam pilar keempat ini adalah standar kompetensi dan pengembangan profesional berkelanjutan.

Outcome yang diharapkan dengan terbangunnya pilar ini adalah:

- 1) Peningkatan kredensial para klinisi (dokter dan perawat);
- 2) Peningkatan pengembangan profesional dan pelatihan keterampilan untuk klinisi;
- 3) Peningkatan kinerja manajemen;
- 4) Peningkatan kepuasan kerja klinisi.

## 2. Standar *Clinical Governance*

Penerapan konsep *clinical governance* dapat dilakukan dengan menerapkan 8 (delapan) standar, yaitu:

- a. Akuntabilitas: Tanggung jawab Fasyankes untuk *Clinical Governance* telah didefinisikan dengan jelas dan terdapat uraian tugas yang jelas bagi setiap individu dan bidang/unit, termasuk pimpinan, manajemen, komite medik dan komite keperawatan dan seluruh staf klinik.
- b. Kebijakan dan strategi: Fasyankes memiliki dokumen kebijakan dan strategi dalam *Clinical Governance* dan dapat menunjukan kegiatan yang konsisten. *Clinical Governance* harus diintegrasikan di dalam budaya organisasi, sehingga baik manajemen maupun tenaga medis dapat meningkatkan keselamatan dan kualitas perawatan kesehatan.
- c. Struktur Organisasi: Kebijakan dan strategi *Clinical Governance* telah terintegrasi dengan pengorganisasian Fasyankes. Terdapat pembagian tugas yang jelas dan yang bertanggung jawab terhadap tugas tersebut.
- d. Sumber daya: Fasyankes menyediakan SDM dan sumber daya lain untuk mendukung pelaksanaan kegiatan *Clinical Governance*.
- e. Komunikasi: Fasyankes mengkomunikasikan kebijakan dan strategi *Clinical Governance* kepada seluruh staf dan juga kepada masyarakat/pasien dan stakeholder lain.
- f. Pengembangan staf dan pelatihan: Seluruh staf di Fasyankes, termasuk manajer dan klinisi mendapatkan informasi yang cukup, referensi, pelatihan dan pengembangan profesional untuk mendukung kegiatan *Clinical Governance*.
- g. Pengukuran kinerja: Semua praktik klinik berbasis bukti (*evidence*) di Fasyankes didukung dan hasil-hasil penelitian dan informasi dari sumber-sumber yang dapat dipertanggung jawabkan. Indikator kinerja dikembangkan dan digunakan untuk setiap level organisasi Fasyankes dalam memastikan dan menunjukan efektifitas dari kebijakan dan strategi dalam *Clinical Governance*.
- h. Penilaian eksternal: Pimpinan dan pengelola pelayanan klinis mendapatkan kepastian dari tim *external review*, bahwa sistem *Clinical Governance* telah berjalan dan memenuhi standar. Namun karena pada saat ini belum ada lembaga yang khusus menilai *Clinical Governance*, maka untuk sementara waktu *external review* bisa dilakukan oleh unit-unit lain yang berada di Fasyankes.

## 3. Teknik Pelaksanaan

Penerapan upaya pencegahan dan penindakan kecurangan (*fraud*) dengan menggunakan konsep *clinical governance* dapat dilakukan dengan menerapkan ke- empat pilar tata kelola klinis yang baik sebagai berikut:

### a. Fokus pada Pelanggan

Fasyankes perlu memperhatikan dua hal penting dari customer value, yaitu:

- a) Memastikan terciptanya hubungan yang berkelanjutan selama proses pelayanan klinis, yaitu melibatkan pelanggan yang menekankan komunikasi dua arah antara pelanggan dan Fasyankes.
- b) Partisipasi konsumen, yaitu



melibatkan pelanggan dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan klinis

Dalam upaya pencegahan dan penindakan kecurangan (*fraud*), kegiatan fokus pada pelanggan dalam pelayanan klinis dapat meliputi proses:

- 1) Persetujuan Tindakan Kedokteran (*Informed consent*). Contoh formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran terdapat pada lampiran 4.
- 2) Manajemen keluhan/komplain pelanggan. Alur Penanganan Komplain Pelanggan dapat dilihat dalam Gambar 2.



Gambar 2. Alur Penanganan Komplain Pelanggan

3) Survei kepuasan pasien/keluarga. Contoh formulir survei kepuasan pelanggan dapat dilihat dalam Lampiran

4) Memberikan informasi tentang layanan bagi pasien dan keluarganya.

Secara teknis upaya memberikan pelayanan klinis dengan menempatkan pasien sebagai fokus dilakukan oleh bidang pelayanan dengan dukungan seluruh bidang/bagian lain di Fasyankes, misalnya pada pemberian informasi tentang layanan klinis, isi disusun oleh bidang pelayanan medis dan keperawatan, desain oleh bagian marketing, sosialisasi oleh tim Humas

#### b. Kinerja Klinis dan Evaluasi

Terdapat berbagai *teknik* yang dapat digunakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan untuk melakukan upaya peningkatan kinerja klinis, yaitu melalui penyusunan pedoman pelayanan klinis, penetapan indikator klinik, dan audit klinik.

Fasyankes perlu menyusun panduan praktik klinis dalam rangka menerapkan EBM (*evidence based medicine*) yaitu dengan menyusun

panduan praktik klinis sesuai dengan guideline terbaru tetapi juga harus mempertimbangkan aspek efisiensi dan keamanan serta kemampuan Fasyankes selain dari aspek efektifitas.

Dalam upaya pencegahan dan penindakan kecurangan (*fraud*) kegiatan peningkatan efektifitas klinis dapat dilakukan dengan memastikan bahwa seluruh pedoman pelayanan klinis telah sesuai dengan perkembangan pengetahuan terkini dan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki oleh Fasyankes. Fasyankes juga perlu memastikan kepatuhan terhadap pedoman pelayanan klinis dan keberhasilan (efektifitas) pelayanan klinis yang diberikan melalui kegiatan audit klinis.

Audit klinis adalah suatu telaah secara sistematis dan kritis terhadap pelayanan klinis (medis, keperawatan dan penunjang medis) untuk menilai kesesuaian antara kriteria proses diagnosa, proses terapi/tindakan, dan output pelayanan klinis dibandingkan dengan standar atau pedoman pelayanan klinis yang berlaku. Fasyankes perlu memfasilitasi kegiatan audit klinis secara periodik, setidaknya 4 kali dalam setahun. Disisi lain para klinisi juga wajib mengikuti kegiatan audit klinis secara aktif.

Tujuan utama audit klinis adalah untuk melakukan proses peningkatan mutu, bukan untuk memberikan sanksi. Namun dalam upaya pencegahan dan penindakan kecurangan (*fraud*) kegiatan audit klinis dapat dilakukan untuk mendeteksi adanya potensi *fraud* yang bila ditemukan dapat dilanjutkan dengan melakukan investigasi apakah benar *fraud* atau tidak. *Fraud* dapat terjadi karena sistem yang ada di Fasyankes atau karena aspek individu klinisi. Apabila terjadi karena sistem maka diperlukan adanya perbaikan sistem.

Teknik pelaksanaan kegiatan audit klinis dapat dimulai dengan tahap pertama untuk menetapkan topik audit yang dapat dipilih berdasarkan diagnosa atau tindakan yang paling banyak dilakukan, atau paling berisiko, atau paling banyak membutuhkan biaya, atau paling sering menimbulkan masalah. Tahap kedua adalah memilih kriteria audit berdasarkan pedoman praktek klinis yang telah ada, kriteria audit sebaiknya meliputi proses diagnosa, proses terapi/tindakan dan output. Tahap ketiga adalah pengambilan data dari rekam medis yang diambil secara acak sesuai dengan periode audit dengan jumlah rekam medis paling tidak sebanyak 30 rekam medis atau dihitung dengan rumus jumlah sampel.

Tahap keempat adalah melakukan analisa untuk melihat apakah ada potensi *fraud* dari seluruh sampel audit, termasuk melakukan analisa akar masalah apabila ditemukan adanya potensi *fraud*. Tahap kelima adalah menetapkan rencana perbaikan secara detail, terdiri dari kegiatan perbaikan, tujuan, indikator keberhasilan, jangka waktu, penanggung jawab dan biaya yang diperlukan. Tahap keenam dari audit klinis adalah melakukan re-audit setelah semua upaya perbaikan telah dilaksanakan untuk melihat adanya perbaikan, yaitu tidak terjadi potensi *fraud* yang sama. Fasyankes juga perlu menyusun indikator mutu pelayanan klinis. Indikator klinis mengukur aspek tertentu dari pelayanan klinis dan digunakan untuk

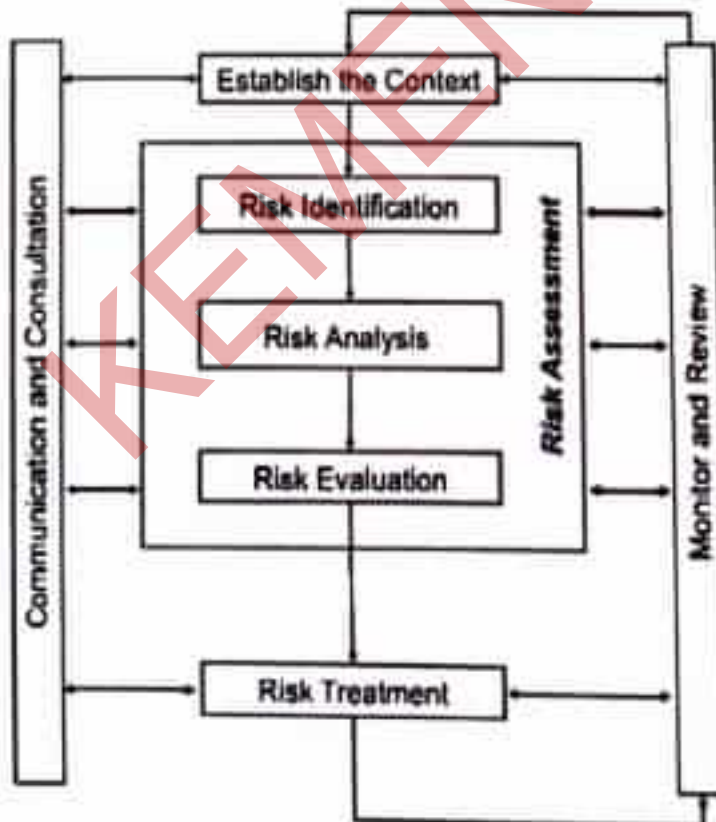


mengukur apakah sebuah standar spesifik telah diterapkan. Indikator klinis umumnya dikembangkan untuk memberi tanda kepada pengguna akan adanya masalah atau area perbaikan. Penyusunan indikator klinis dapat mengacu ke referensi tentang indikator klinis dari berbagai sumber yang telah menyediakan berbagai nama indikator yang dapat digunakan, evidence (bukti ilmiah) yang mendasari pentingnya pengukuran indikator tersebut hingga cara pengukuran indikator tersebut. Dalam upaya pencegahan dan penindakan kecurangan (*fraud*), penyusunan indikator pelayanan klinis dapat menggunakan berbagai indikator yang juga digunakan dalam proses *utilization review* pada upaya kendali mutu dan kendali biaya.

Penetapan indikator klinis perlu dilanjutkan dengan mengukur secara periodik pencapaian indikator klinis tersebut serta apabila ada indikator yang tidak tercapai maka dilanjutkan dengan melakukan analisa akar masalah termasuk mendeteksi adanya potensi *fraud*.

### c. Pengelolaan Risiko Klinis

Fasilitas pelayanan kesehatan perlu melakukan berbagai kegiatan pengelolaan risiko klinis yang mencakup: a) menetapkan konteks atau ruang lingkup risiko klinis, b) mengidentifikasi berbagai risiko klinis yang ada, c) menganalisa kemungkinan dan dampak terjadinya risiko klinis, d) melakukan evaluasi risiko mana yang dapat diterima mana yang harus dikelola, e) mengelola risiko yang dinilai tinggi. Skema pengelolaan risiko dapat dilihat dalam Gambar 3.



Sumber: Proses Manajemen Risiko ISO 31000:2009 – Permenkes No 25 Tahun 2019

### Gambar 3. Skema Pengelolaan Risiko

Keseluruhan aspek manajemen risiko tersebut diatas harus senantiasa dikomunikasikan kepada seluruh staf Fasyankes serta juga dimonitor dan direview secara periodik oleh individu atau unit penanggung jawab pengelolaan risiko klinis (misalnya subkomite manajemen risiko di RS), namun sebagai catatan komite keselamatan pasien atau subkomite manajemen risiko bukanlah satu-satunya pihak yang berperan pengelolaan risiko klinis, namun menjadi tanggung jawab dari seluruh staf dan seluruh pihak yang ada di Fasyankes.

Dalam upaya pencegahan dan penindakan kecurangan (*fraud*) kegiatan pengelolaan risiko klinis dapat terdiri dari upaya: Menyusun daftar risiko (*risk registry*) dari berbagai jenis pelayanan klinis yang berpotensi *fraud*; Melakukan analisa akar masalah (*RCA/root cause analysis*) untuk berbagai insiden keselamatan pasien (*sentinel*, KTD, KNC, KTC) yang juga dapat timbul karena *fraud*; Melakukan analisa bentuk kegagalan dan dampaknya (*FMEA/failure mode and effect analysis*) untuk melakukan perbaikan sistem terhadap suatu prosedur yang berpotensi *fraud*. Contoh Formulir FMEA dapat dilihat dalam Lampiran

#### d. Pengelolaan dan Pengembangan Profesi

Fasilitas pelayanan kesehatan harus memfasilitasi kegiatan pendidikan dan pelatihan bagi seluruh klinisnya, baik dalam skala besar maupun skala kecil. Dalam skala besar misalnya adalah dengan menjalani pendidikan formal, mengikuti pelatihan-pelatihan. Sedangkan peningkatan kompetensi dalam skala kecil dicontohkan dengan belajar melalui pengalaman yang ada sehari-hari yang muncul dan dibahas di dalam kegiatan pertemuan rutin.

Disisi lain para klinisi juga wajib memperbaharui pengetahuannya dan meningkatkan keterampilannya melalui kegiatan pengembangan profesional berkelanjutan (*continuous professional development/CPD*).

Dalam upaya pencegahan dan penindakan kecurangan (*fraud*) kegiatan ini dapat mencakup pendidikan dan pelatihan terkait dengan; Pemahaman tentang jenis dan dampak dari kecurangan (*fraud*); Peran serta para klinisi dalam upaya anti *fraud*; Teknik deteksi potensi *fraud*; dan sebagainya.

Teknik pelaksanaan kegiatan pendidikan dan pelatihan dapat dimulai dengan melakukan *training need assessment* (TNA) atau penilaian kebutuhan pelatihan yang umumnya dilakukan oleh bagian pendidikan dan pelatihan dan dapat disertai oleh bidang pelayanan. Hasil dari TNA kemudian menjadi dasar untuk menyusun program pendidikan dan pelatihan yang setidaknya terdiri dari nama program, tujuan, peserta, fasilitator atau narasumber (dapat berasal dari dalam ataupun luar Fasyankes), dan jadwal pelaksanaan.



### BAB III

## PENGEMBANGAN BUDAYA PENCEGAHAN KECURANGAN (*FRAUD*)

### A. Konsep Budaya Korporasi/Organisasi

Budaya organisasi pada hakikatnya, memiliki nilai yang baik bagi kemajuan suatu organisasi. Budaya organisasi mencakup aspek yang lebih luas dan lebih mendalam dan justru menjadi suatu dasar bagi terciptanya suatu iklim organisasi yang ideal. Budaya (*culture*) adalah seluruh total pikiran, karya dan hasil karya manusia, yang tidak berakar pada nalurnya, dan karena itu hanya bisa dicetuskan manusia sesudah melalui suatu proses belajar. Kebudayaan merupakan inti dari apa yang penting dalam organisasi. Seperti aktivitas member perintah dan larangan serta menggambarkan sesuatu yang dilakukan dan tidak dilakukan yang mengatur perilaku anggota. Jadi budaya mengandung apa yang boleh dilakukan atau tidak boleh sehingga dapat dikatakan sebagai suatu pedoman yang dipakai untuk menjalankan aktivitas organisasi (Hofstede 2010:21).

Menurut Terrence E. Deal dan Allan A. Kennedy dalam Yusuf (2018) menyebutkan bahwa sedikitnya terdapat lima elemen penentu yang mempengaruhi pembentukan budaya korporasi yaitu :

1. Lingkungan bisnis. Sebuah situasi yang menggambarkan bahwa setiap organisasi/perusahaan lazimnya akan menghadapi realitas yang berbeda-beda saat menghadapi pasar, tergantung produk, pesaing, konsumen, teknologi, pengaruh pemerintah dan sebagainya. Untuk meraih sukses, setiap perusahaan/organisasi harus melakukan berbagai aktivitas tertentu secara baik. Lingkungan bisnis merupakan *faktor* penting yang mempengaruhi proses pembentukan budaya korporasi.
2. Sistem Nilai (*value*). Sistem nilai merupakan konsep dan keyakinan dasar sebuah korporasi. Sistem nilai merupakan jantung dari budaya korporasi. Sistem nilai sering menjadi kunci bagi sebuah korporasi dan karyawan untuk meraih sukses. Sistem nilai biasanya menetapkan standar perilaku yang harus dilakukan oleh karyawan untuk mencapai prestasi.
3. Figur Panutan. Figur panutan merupakan personifikasi dari sistem nilai dan menjadi role model bagi karyawan. Sebagian figure panutan dilahirkan dan sebagian lainnya dibuat oleh berbagai momen penting yang terjadi dalam kehidupan perusahaan/organisasi setiap hari. Biasanya dalam perusahaan/organisasi yang memiliki budaya korporasi/organisasi yang kuat memiliki figure panutan.
4. Tata cara kerja dan ritual. Hal ini merupakan program rutin dan sistematis yang menggambarkan kehidupan perusahaan sehari-hari. Tata cara kerja dan ritual biasanya memuat perilaku karyawan yang diharapkan. Termasuk dalam ritual adalah berbagai seremoni yang dilakukan oleh perusahaan/organisasi.



5. Jaringan kultural (cultural network). Ini merupakan sistem yang memungkinkan karyawan mengetahui apa yang baik dan apa yang tidak baik dalam lingkungan perusahaan. Sistem ini mendorong agar karyawan bisa bekerja secara efektif dan memahami apa yang diinginkan oleh korporasi/organisasi.

#### B. Teknik Pelaksanaan

Langkah awal dalam program pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam program jaminan kesehatan adalah membangun kesadaran bagi semua *stakeholder* organisasi tentang bahaya kecurangan (*fraud*). Penguatan budaya organisasi yang tidak toleran terhadap segala bentuk-bentuk kecurangan (*fraud*) perlu dilaksanakan sehingga kecurangan (*fraud*) dapat dicegah sedini mungkin.

Untuk membangun budaya pencegahan kecurangan (*fraud*) dapat ditempuh melalui langkah-langkah berikut :

##### 1. Memperlihatkan teladan pimpinan (*the tone at top*)

Pimpinan dan pejabat organisasi perlu memperlihatkan keteladanan dalam bekerja. Penting bagi manajemen untuk berperilaku sesuai dengan aturan perilaku yang berlaku. Manajemen harus memperlihatkannya melalui kata dan tindakan yang memperlihatkan bahwa pegawai yang tidak jujur dan melanggar aturan perilaku tidak akan ditoleransi, bahkan walaupun perbuatan itu menguntungkan bagi organisasi. Lebih jauh, harus dibuktikan bahwa semua karyawan diperlakukan sama, tanpa memandang posisinya.

Irama organisasi ditentukan oleh bagaimana perilaku manajemen sehari-hari. Ketaatan pimpinan terhadap aturan perilaku menunjukkan kepada karyawan bahwa pimpinan tulus dan jujur dan sedang menanamkan nilai-nilai organisasi. Sebaliknya, ketidaktaatan pimpinan atas aturan perilaku dan prosedur serta kebijakan yang lain akan mengurangi integritas organisasi.

##### 2. Menciptakan lingkungan kerja yang positif

Pelanggaran akan jarang terjadi apabila karyawan mempunyai perasaan yang positif terhadap organisasi. Sebaliknya, karyawan yang merasa disalahkan, ditakut-takuti, atau diabaikan akan memiliki dorongan lebih besar untuk melakukan pelanggaran. Tanpa lingkungan pekerjaan yang positif, banyak kesempatan untuk karyawan yang bermoral rendah untuk mempengaruhi perilaku karyawan lainnya agar melaksanakan *fraud* baik sendiri maupun secara bersama-sama.

Faktor-faktor yang mempengaruhi lingkungan kerja yang positif :

- a. Top manajemen tidak peduli atau menghormati/menghormati perilaku yang layak
- b. Umpan balik yang negative dan kurangnya penilaian atas dasar kinerja
- c. Ketidakadilan yang dipersepsikan dalam organisasi
- d. Manajemen yang bergaya otoriter
- e. Loyalitas organisasi yang rendah
- f. Ekspektasi anggaran atau target keuangan yang tidak realistis
- g. Ketakutan menyampaikan berita buruk ke atasan/supervisor
- h. Kompensasi yang kurang kompetitif
- i. Kesempatan untuk pelatihan dan promosi yang jelek
- j. Pembagian tanggungjawab yang kurang jelas
- k. Metode komunikasi yang jelek dalam organisasi



Bagian yang mengurus SDM memiliki peran besar dalam membangun budaya korporasi/organisasi dan lingkungan kerja yang positif. SDM yang profesional bertanggungjawab untuk mengimplementasikan program dan kebijakan spesifik, konsisten dengan dengan strategi manajemen dan dapat membantu untuk memitigasi banyak faktor yang melemahkan lingkungan kerja yang positif. Karyawan harus diberdayakan untuk membantu menciptakan lingkungan kerja yang positif agar mendukung aturan perilaku dan nilai-nilai organisasi. Pegawai seharusnya diberikan kesempatan untuk memberikan input untuk mengembangkan dan memutakhirkan aturan perilaku untuk menjamin bahwa aturan perilaku relevan, jelas dan *fair*.

3. Merekrut dan mempromosikan karyawan yang layak

Setiap karyawan mempunyai seperangkat kode etik personal dan nilai yang unik. Ketika menghadapi tekanan dan kesempatan, beberapa karyawan akan bertindak tidak jujur daripada menghadapi konsekuensi negatif dari perilaku jujur. Ambang batas kapan perilaku tidak jujur akan mulai terjadi sangat bervariasi di antara individu. Jika suatu organisasi sukses dalam mencegah *fraud*, organisasi harus mempunyai kebijakan yang efektif untuk meminimalisir kesempatan untuk merekrut atau mempromosikan individu yang tingkat kejujurannya rendah, khususnya untuk posisi yang terpercaya. Organisasi harus menjalankan pengecekan latar belakang pada setiap pegawai yang direkrut atau dipromosikan pada posisi sensitif dalam organisasi. Pengecekan harus termasuk sejarah kejahatan individu, pendidikan dan riwayat kerja.

4. Konfirmasi ketataatan

Manajemen perlu menyatakan dengan jelas bahwa semua karyawan akan bertanggung jawab untuk bertindak sesuai aturan perilaku. Semua pegawai termasuk pimpinan organisasi harus diminta untuk menandatangani suatu pernyataan perilaku atau pakta integritas minimal setahun sekali.

5. Evaluasi program kompensasi dan kinerja

Organisasi penting untuk menetapkan indikator dan ukuran kinerja. Penilaian yang sehat dan regular atas kinerja karyawan secara tepat waktu dan memberikan umpan balik yang konstruktif akan mencegah munculnya masalah potensial. Pegawai yang tidak mendapat pengakuan setimpal atas apa yang telah mereka lakukan dan apa yang telah mereka capai mungkin merasa tidak nyaman dan merasa perilaku *fraud*nya akan dijustifikasi (rasionalisasi). Kebijakan pencegahan *fraud* harus menetapkan ukuran kinerja yang tepat dan sistem pemantauan kinerja yang efektif. Kesalahan dalam penetapan indikator kinerja memicu pegawai untuk melakukan *fraud*.

6. Cuti tahunan secara bergilir

Fakta memperlihatkan bahwa beberapa jenis *fraud* ditemukan ketika seorang pelaku *fraud* sedang cuti. Penegakan kewajiban cuti akan membantu pencegahan *fraud*.

7. Persetujuan dan proses otorisasi dengan tanda tangan dan countersign

Persetujuan dan otorisasi adalah penting sebagai suatu mekanisme "check and balances" dan sebagai suatu review internal untuk meyakinkan bahwa transaksi dan kejadian sesuai dengan kebijakan, norma, standar, target atau kriteria lainnya. *Fraud* dapat diminimalisir jika tingkat otoritas individu sepadan dengan tingkat tanggungjawabnya.

8. Pendokumentasian setiap transaksi dan kejadian

Organisasi harus mengembangkan pendokumentasian yang baik atas segala transaksi dan kejadian, termasuk program pencegahan *fraud*. Organisasi harus mendokumentasikan secara formal teknik-teknik yang dikembangkan dan diimplementasikan dalam pencegahan *fraud* termasuk pendokumentasian proses- proses yang digunakan untuk memonitor kinerja program pencegahan *fraud*.

9. Melaksanakan wawancara orang yang keluar (*exit interviews*)

Kebijakan untuk mewawancarai pegawai yang berhenti atau yang telah pindah dapat membantu dalam upaya pencegahan *fraud*. Wawancara ini dapat membantu organisasi untuk menentukan apakah ada isu terkait integritas manajemen atau informasi terkait situasi kondusif untuk melakukan *fraud*.

KEMENKES RI



## BAB IV

### MANAJEMEN RISIKO KECURANGAN (*FRAUD RISK MANAGEMENT*)

#### A. KONSEP PENGELOLAAN RESIKO KECURANGAN

##### 1. Menurut COSO (Committee of Sponsoring Organizations)

Langkah-langkah yang perlu dilakukan dalam Pengelolaan Risiko Kecurangan menurut COSO (*Committee of Sponsoring Organizations*) adalah sebagai berikut:

- a. Membentuk kebijakan pengelolaan risiko kecurangan;  
Kebijakan pengelolaan risiko kecurangan atas Program Jaminan Kesehatan telah tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Salah satu amanat dalam Permenkes tersebut adalah penyusunan Pedoman Pengelolaan Risiko Kecurangan (*Fraud Risk Management/FRM*).
- b. Menyelenggarakan penilaian risiko kecurangan;  
Penyelenggaraan penilaian risiko kecurangan atas Program Jaminan Kesehatan meliputi kegiatan identifikasi risiko kecurangan serta analisis risiko kecurangan. Analisis risiko kecurangan dilakukan dengan menilai dampak dan kemungkinan terjadinya suatu risiko kecurangan teridentifikasi berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan serta mempertimbangkan selera risiko yang ditetapkan dalam Kebijakan Manajemen Risiko. Selera risiko terhadap risiko kecurangan pada umumnya *zero tolerance* artinya tidak ada toleransi atas risiko kecurangan sehingga pengendalian terhadap risiko kecurangan ditujukan untuk "menghilangkan" kemungkinan terjadinya kecurangan.
- c. Identifikasi, rancang dan implementasi aktivitas deteksi dan pencegahan *fraud*;  
Setelah risiko kecurangan teridentifikasi, langkah berikutnya adalah mengidentifikasi area pengendalian yang lemah atau kurang untuk kemudian mendesain rancangan pengendalian yang diperlukan untuk mengatasi pengendalian yang lemah atau kurang. Pengujian implementasi pengendalian perlu dilakukan untuk mendeteksi dan meyakini bahwa *residual risk* (risiko sisa) yang dihasilkan setelah adanya rancangan pengendalian tambahan, telah dalam selera risiko yang ditetapkan.
- d. Sistem pelaporan *fraud* dan sinergi dengan tindakan korektif serta investigatif;  
Mekanisme pelaporan didesain terutama untuk memenuhi prinsip akuntabilitas dalam pengelolaan risiko kecurangan. Disamping itu, penyampaian Laporan Hasil Pengelolaan Risiko Kecurangan menjadi input bagi Pimpinan dalam rangka pengambilan kebijakan atau keputusan

mengenai Program Jaminan Kesehatan Nasional. Dalam hal terdapat risiko kecurangan terdeteksi yang nilai residualnya masih belum mampu ditekan hingga level yang dapat diterima, maka laporan juga dapat dimanfaatkan auditor internal untuk menindaklanjuti sesuai dengan fungsi dan tugas pokoknya. Mekanisme pelaporan dilakukan secara periodik sesuai kebutuhan.

- e. Monitor berkelanjutan atas proses pengelolaan risiko kecurangan; Monitoring berkelanjutan dilakukan selama ongoing proses bisnis yang bertujuan untuk mengupdate atau memutakhirkan hasil proses manajemen risiko, baik dalam hal melengkapi risiko teridentifikasi, nilai risiko maupun perbaikan terhadap rancangan dan proses implementasi pengendalian yang ada. Mekanisme monitoring berkelanjutan dapat dilakukan oleh setiap pemilik risiko atau unit yang ditunjuk untuk melakukan pemantauan terhadap jalannya proses pengelolaan risiko kecurangan. Monitoring berkelanjutan akan efektif jika proses tersebut melekat atau tertanam (*imbedded*) dalam setiap tugas dan fungsi pelaksana kegiatan. Kesadaran individu dan budaya peduli risiko menjadi hal yang penting dibangun agar pengelolaan risiko kecurangan atas Program Jaminan Kesehatan menjadi efektif.

Kelima langkah dalam FRM tersebut memiliki korelasi kuat dengan kelima unsur dalam Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) sebagaimana terlihat pada Gambar 4 di bawah ini :



Sumber: COSO-Fraud Risk Management Guides, 2016

Gambar 4. Diagram Proses FRM yang Berkelanjutan



2. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 Tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan No. 25 tahun 2019 menjelaskan secara rinci tiap langkah untuk manajemen risiko. Penerapan Manajemen Risiko di lingkungan Kementerian Kesehatan bertujuan untuk:

- a. Mengantisipasi dan menangani segala bentuk Risiko secara efektif dan efisien;
- b. Meningkatkan kepatuhan terhadap regulasi;
- c. Memberikan dasar pada setiap pengambilan keputusan dan perencanaan; dan
- d. Meningkatkan pencapaian tujuan dan peningkatan kinerja.

Faktor yang menentukan keberhasilan penerapan Manajemen Risiko meliputi:

- a. Komitmen pimpinan terhadap kebijakan, proses, dan rencana tindakan;
- b. Pihak yang ditetapkan untuk secara langsung bertanggung jawab guna mengoordinasikan Proses Manajemen Risiko;
- c. Kesadaran setiap pejabat dan/atau Pegawai di lingkungan Kementerian terhadap prinsip Manajemen Risiko untuk menciptakan kultur/ budaya yang tepat dan memahami manfaat yang dapat diperoleh dari Manajemen Risiko yang efektif;
- d. Kebijakan Manajemen Risiko yang merinci peranan dan tanggung jawab dari unsur pimpinan dan staf pada setiap unit kerja;
- e. Metodologi Manajemen Risiko yang menyeluruh;
- f. Pelatihan tentang Manajemen Risiko untuk tujuan kepedulian Risiko bagi seluruh pejabat dan/atau Pegawai; dan
- g. Pemantauan yang terus menerus mengenai aktivitas pengendalian Risiko.

3. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan

Pelaksanaan manajemen risiko kecurangan menurut Peraturan Menteri Kesehatan nomor 16 tahun 2019 tentang pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) serta pengenaan sanksi administrasi terhadap kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan hanya dibatasi pada hal-hal sebagai berikut:

- a. Membangun komitmen seluruh jajaran dalam mengelola risiko kecurangan (*fraud*).
- b. Melakukan identifikasi dan penilaian risiko kecurangan (*fraud*) secara komprehensif.
- c. Menetapkan rencana pengendalian risiko kecurangan (*fraud*).

- d. Mengkomunikasikan potensi kecurangan (*fraud*) yang telah teridentifikasi.
- e. Melaksanakan tindakan korektif dalam menangani kecurangan (*fraud*) dengan cepat dan tepat.
- f. Melakukan evaluasi kinerja pelaksanaan manajemen risiko secara berkala.

Program manajemen risiko kecurangan ini merupakan adaptasi dalam bentuk yang lebih sederhana dari program yang disarankan COSO. Penyederhanaan dilakukan untuk mempermudah berbagai institusi yang terlibat dalam pelaksanaan program JKN untuk menerapkan program ini.

## **B. Teknik Pelaksanaan**

1. Semua pihak yang terlibat dalam program JKN harus mengkomunikasikan komitmen terhadap manajemen risiko kecurangan. Metode yang dapat dilakukan untuk membangun komitmen terhadap manajemen risiko kecurangan:

- a. Penanaman dalam nilai-nilai atau prinsip-prinsip dan kode etik;
- b. Sosialisasi tentang risiko dan manajemen risiko kecurangan melalui berbagai media;
- c. Membuat kelompok-kelompok diskusi untuk membahas manajemen risiko kecurangan; dan
- d. Membagi informasi melalui media cetak pada semua pegawai tentang manajemen risiko kecurangan.

Komitmen yang harus dibangun adalah sebagai berikut:

- a. Menekankan pada pentingnya mitigasi risiko kecurangan;
- b. Mengakui kerentanan terhadap kecurangan; dan
- c. Menetapkan tanggung jawab untuk mendukung manajemen risiko kecurangan.

Adanya kebijakan Manajemen Risiko (MR), termasuk risiko kecurangan, merupakan wujud atau praktik yang menunjukkan adanya komitmen dari organisasi untuk menerapkan manajemen risiko kecurangan. Kebijakan tersebut menggambarkan antara lain nilai dan prinsip-prinsip dalam penerapan MR, struktur pertanggungjawaban MR, selera dan toleransi risiko pimpinan organisasi serta berbagai konteks lainnya yang relevan dengan penerapan manajemen risiko organisasi, termasuk penerapan manajemen risiko kecurangan.

2. Identifikasi dan Penilaian Risiko Kecurangan

Efektivitas identifikasi dan penilaian risiko kecurangan dalam program JKN akan ditentukan oleh tingkat pemahaman *assesor* tentang proses bisnis/operasional kegiatan-kegiatan yang ada dalam program JKN serta adanya informasi atau referensi mengenai skema-skema kecurangan dalam Program Jaminan Kesehatan yang pernah dan mungkin terjadi. Tingkat pemahaman terhadap hal ini sangat menentukan efektivitas penilaian risiko



kecurangan yang mencakup pemahaman atas dasar hukum pelaksanaan kegiatan, pihak-pihak yang terkait, dan aspek-aspek dalam kegiatan yang terkait dengan identifikasi dan analisis risiko kecurangan.

Pemahaman atas proses bisnis penting dilakukan terutama agar *assesor* mampu mengidentifikasi risiko-risiko kecurangan yang bersifat prospektif, yaitu risiko kecurangan yang belum pernah terjadi atau belum pernah terdeteksi. Sedangkan informasi atau referensi mengenai skema-skema kecurangan dalam program JKN menjadi materi untuk dapat mengidentifikasi risiko-risiko kecurangan yang bersifat retrospektif yang telah atau dapat terdeteksi.

Skema langkah kerja dalam identifikasi dan penilaian resiko kecurangan dapat dilihat dalam Gambar 5 sebagai berikut:



Gambar 5. Skema langkah kerja dalam identifikasi dan penilaian resiko kecurangan

a. Langkah-langkah pelaksanaan identifikasi proses bisnis adalah sebagai berikut:

- 1) Dapatkan Kebijakan/ *Standard Operating Procedure* (KSOP) atas suatu kegiatan yang akan dinilai risikonya;  
Kebijakan/ *Standard Operating Procedure* (KSOP) ini dapat berupa kegiatan di tingkat institusi maupun tingkat unit dalam institusi. Bila kegiatan yang dimaksud belum memiliki KSOP, dapatkan informasi tentang jalannya proses kegiatan tersebut melalui wawancara, telaah dokumen, pengamatan, dan pendekatan lainnya yang dipandang perlu.
- 2) Tuangkan atau salin aliran prosedur pelaksanaan kegiatan dalam bagan alir;  
Biasanya bagan alir atas sebuah proses dalam kegiatan-kegiatan JKN telah tersedia baik disediakan oleh Kementerian Kesehatan maupun BPJS Kesehatan.
- 3) Uraikan atau salin langkah-langkah kerja dan pengendalian yang telah ada atas bagan alir di atas secara naratif;
- 4) Sebutkan formulir dan instrument lainnya atas kegiatan tersebut;
- 5) Identifikasi dan tuangkan data-data lain terkait kegiatan tersebut yang meliputi: anggaran, ruang lingkup, waktu, lokasi, input, output, pihak terkait, ketentuan/peraturan yang relevan, dan sarana dan prasarana yang terkait.

Langkah-langkah identifikasi proses bisnis dapat dilakukan menggunakan lampiran 10.

- b. Langkah-langkah identifikasi dan penilaian risiko kecurangan adalah sebagai berikut:
- 1) Lakukan identifikasi potensi-potensi risiko kecurangan pada tiap tahap prosedur kegiatan;
  - 2) Lakukan identifikasi pihak-pihak yang berpotensi terlibat dalam terjadinya risiko kecurangan;
  - 3) Lakukan evaluasi atas kecukupan desain dan penyelenggaraan sistem pengendalian intern yang sudah ada;
  - 4) Ukur tingkat probabilitas terjadinya risiko;
  - 5) Ukur tingkat besaran dampak jika risiko terjadi;
  - 6) Hitung tingkat/level risiko, yaitu perkalian probabilitas dengan dampak.
  - 7) Buat peringkat risiko kecurangan untuk menentukan apakah risiko tersebut termasuk risiko sangat rendah, rendah, sedang, tinggi atau sangat tinggi.
  - 8) Dari risiko-risiko tersebut di atas, selanjutnya dibuat peta risiko kecurangan.
  - 9) Dari hasil identifikasi dan penilaian risiko

Langkah-langkah praktis untuk melakukan identifikasi penilaian risiko kecurangan adalah dengan menjawab berbagai pertanyaan pada setiap tahapan proses bisnis, sebagai berikut:

- a. Penyimpangan apa yang mungkin terjadi dari setiap proses/langkah yang dilakukan sesuai dengan prosedur yang ditetapkan?
- b. Pihak mana/ siapa yang mungkin terlibat dalam penyimpangan tersebut?
- c. Bagaimana penyimpangan tersebut dapat terjadi?
- d. Seberapa besar kemungkinan keterjadian penyimpangan tersebut?
- e. Seberapa besar dampak yang diakibatkan dari penyimpangan tersebut?

Sumber informasi yang dapat membantu mengenali atau dapat menjadi tanda (*redflag*) adanya perilaku curang/ *fraud* serta dapat menggambarkan skema kecurangan dalam program JKN antara lain:

- a. Laporan hasil pengawasan yang dilakukan Aparat Pengawas Intern Pemerintah (APIP).
- b. Laporan hasil audit dari auditor eksternal.
- c. Data-data yang dapat menggambarkan kecenderungan (*trend*) dan gejala (*simptom*) yang mengindikasikan adanya kecurangan dalam program JKN.
- d. Data profil pejabat pengelola program JKN.
- e. Laporan pengaduan masyarakat.
- f. Informasi media, baik media elektronik, media cetak maupun media sosial.
- g. Informasi/ masukan/ teguran dari Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan,



maupun provider layanan kesehatan.

Perangkat yang dibutuhkan dalam melakukan analisis risiko kecurangan dapat dilihat dalam tabel 1 dan tabel 2 berikut ini:

Tabel 1. Kemungkinan (Probabilitas)

| Level Kemungkinan (Probabilitas) | Kriteria Kemungkinan (Probabilitas)                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Hampir Tidak Terjadi (1)         | Skema <i>fraud</i> yang belum tentu terjadi dalam kurun 1 tahun          |
| Jarang Terjadi (2)               | Skema <i>fraud</i> yang kemungkinan hanya ditemukan 1 kali dalam setahun |
| Kadang Terjadi (3)               | Skema <i>fraud</i> yang kemungkinan ditemukan 2 - 3 kali dalam setahun   |
| Sering Terjadi (4)               | Skema <i>fraud</i> yang kemungkinan ditemukan antara 4 – 12 kali setahun |
| Hampir Pasti Terjadi (5)         | Skema <i>fraud</i> yang kemungkinan ditemukan lebih dari 12 kali setahun |

Tabel 2. Dampak (Konsekuensi)

| Level Dampak      | Area Dampak                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sangat Rendah (1) | Berdampak pada pemberian sanksi berupa peringatan lisan                                                                                                                                                          |
| Rendah (2)        | Berdampak pada pemberian sanksi berupa peringatan lisan, dan/atau menimbulkan ketidaknyamanan/ keluhan pasien/ mitra                                                                                             |
| Sedang (3)        | Berdampak pada pemberian sanksi finansial, sanksi berupa peringatan lisan, dan/atau mengancam keselamatan pasien (menimbulkan cedera)/ mengganggu proses operasional mitra                                       |
| Tinggi (4)        | Berdampak pada pemberian sanksi finansial, sanksi berupa peringatan tertulis, dan atau mengancam keselamatan pasien (hingga menyebabkan pasien cacat menetap)/ mengganggu proses operasional mitra               |
| Sangat Tinggi (5) | Berdampak pada pemberian sanksi finansial, sanksi pemutusan hubungan kerja sama, sanksi pidana, dan/atau mengancam keselamatan pasien (hingga menyebabkan pasien meninggal)/ mengganggu proses operasional mitra |

Level risiko ditentukan berdasarkan atas 2 (dua) elemen atau dimensi, yaitu level kemungkinan terjadinya risiko dan level dampak (konsekuensi) risiko. Kedua dimensi tersebut harus dikombinasikan dan diperhitungkan secara bersamaan dalam penentuan level risiko. Level kemungkinan terjadinya risiko, level dampak, dan level risiko masing-masing menggunakan 5 (lima) skala tingkatan (level). Penentuan level risiko beserta dengan urutan prioritasnya menggunakan matriks analisis risiko seperti terlihat pada tabel 3 sebagai berikut:

Tabel 3. Matriks Analisis Risiko Kecurangan

| MATRIX ANALISIS RISIKO<br>5 X 5 |   |                      | DAMPAK        |        |        |        |               |
|---------------------------------|---|----------------------|---------------|--------|--------|--------|---------------|
|                                 |   |                      | 1             | 2      | 3      | 4      | 5             |
|                                 |   |                      | Sangat Rendah | Rendah | Sedang | Tinggi | Sangat Tinggi |
| KEMUNGKINAN                     | 5 | Hampir Pasti Terjadi | 5             | 10     | 15     | 20     | 25            |
|                                 | 4 | Sering Terjadi       | 4             | 8      | 12     | 16     | 20            |
|                                 | 3 | Mungkin Terjadi      | 3             | 6      | 9      | 12     | 15            |
|                                 | 2 | Jarang Terjadi       | 2             | 4      | 6      | 8      | 10            |
|                                 | 1 | Hampir Tidak Terjadi | 1             | 2      | 3      | 4      | 5             |

Tabel 4. Deskripsi Status Risiko

| Warna | Deskripsi Status Risiko | Level | Level Dimulai Dari Status Risiko |
|-------|-------------------------|-------|----------------------------------|
|       | Sangat Tinggi           | 5     | >15                              |
|       | Tinggi                  | 4     | 10 – 14                          |
|       | Sedang                  | 3     | 5 – 9                            |
|       | Rendah                  | 2     | 3 – 4                            |
|       | Sangat Rendah           | 1     | 1 – 2                            |

Kegiatan identifikasi dan penilaian risiko kecurangan ini akan menghasilkan daftar risiko kecurangan yang akan dituangkan dalam register risiko. Informasi dalam register risiko antara lain memuat informasi tentang peristiwa risiko, penyebab risiko, pemilik risiko, dan kegiatan pengendalian risiko yang sudah ada. Pelaksanaan identifikasi dan penilaian risiko kecurangan dapat menggunakan formulir lampiran 10.

Metode atau pendekatan *control self assessment* (CSA) yang dapat dilakukan dalam identifikasi dan penilaian risiko adalah sebagai berikut:

a. *Workshop/ Focus Group Discussion* (FGD)

Workshop adalah pertemuan yang difasilitasi oleh fasilitator untuk memperoleh informasi yang akan digunakan dalam penilaian risiko



kecurangan. Pelaksanaan workshop dipandu oleh fasilitator. Tugas fasilitator adalah memfasilitasi manajemen untuk melakukan penilaian risiko melalui diskusi/workshop. Fasilitator berperan untuk membantu dan mengarahkan kelompok diskusi untuk mencapai suatu konsensus serta mampu mendorong kelompok bekerja dengan efektif dan efisien.

b. Survei

Survei adalah pengumpulan informasi yang bisa dilakukan dengan memberikan kuisisioner kepada responden. Dalam pendekatan survei, peserta atau responden akan mengisi kuisisioner yang telah dirancang untuk mengumpulkan informasi risiko kecurangan dengan jujur dan apa adanya. Pendekatan survei dilakukan dalam kondisi:

- 1) Budaya organisasi yang belum mendukung untuk mendiskusikan hal-hal yang sifatnya sensitif;
- 2) Sulit mengumpulkan peserta bersama;
- 3) Keterbatasan biaya;
- 4) Keahlian sebagai fasilitator belum dimiliki oleh kalangan internal;
- 5) Ruang lingkup penilaian sendiri atas organisasi terlalu luas dan kurang informatif; dan
- 6) Dibutuhkan cepat.

c. Analisis manajemen

Analisis manajemen merupakan analisis yang dibuat manajemen berdasarkan diskusi, revidu, atau kuisisioner dalam rangka mendukung suatu opini/pendapat tertentu atau membuat kesimpulan atas suatu permasalahan tertentu.

Identifikasi dan penilaian risiko kecurangan dilakukan minimal satu kali dalam setahun.

3. Rencana Pengendalian Risiko Kecurangan

Dalam menyusun rencana pengendalian risiko kecurangan pertanyaan-pertanyaan yang perlu dijawab diantaranya adalah:

- a. Apa penyebab dari kemungkinan terjadinya penyimpangan tersebut?
- b. Apa tindakan yang dilakukan untuk mengantisipasi penyimpangan?

Langkah-langkah dalam merancang kegiatan pengendalian adalah sebagai berikut:

- a. Berdasarkan hasil penilaian risiko, lakukan identifikasi kegiatan pengendalian yang ada untuk meminimalisir risiko-risiko kecurangan yang ditemukan.
- b. Lakukan penilaian efektivitas kegiatan pengendalian yang telah ada tersebut dalam mengurangi probabilitas terjadinya risiko kecurangan (abatiasi) maupun dalam mengurangi dampak risiko kecurangan (mitigasi).
- c. Lakukan identifikasi program pengendalian alternatif (compensating control) yang dapat mengurangi terjadinya risiko kecurangan yang

ditemukan.

- d. Terhadap risiko kecurangan yang belum ada kegiatan pengendaliannya, atau telah ada namun dinilai kurang atau tidak efektif, perlu dirancang kegiatan pengendalian yang baru/merevisi kegiatan pengendalian yang sudah ada. Bentuk-bentuk kegiatan pengendalian diantaranya adalah: penyusunan dan sosialisasi PPK dan clinical pathway di rumah sakit, pelaksanaan audit internal berkala, maupun sosialisasi tren data layanan dari sistem informasi. Contoh-contoh lain kegiatan pengendalian kecurangan program JKN dapat dilihat pada Permenkes No. 16 tahun 2019.
- e. Tuangkan rencana pengendalian pada lampiran formulir 9.

#### 4. Komunikasi Risiko Kecurangan

Komunikasi risiko secara umum dapat diartikan sebagai proses interaktif dalam hal tukar menukar informasi dan pendapat yang mencakup semua pesan mengenai risiko dan pengelolaannya. Proses ini berjalan secara internal dalam organisasi, bagian, unit atau eksternal yang ditujukan kepada para pemangku kepentingan. Proses komunikasi antara organisasi dengan pemangku kepentingan, mengenai isu tertentu (termasuk potensi kecurangan JKN) yang terkait dengan pengambilan keputusan merupakan bentuk penerapan manajemen risiko. Bentuk komunikasi atas hasil identifikasi risiko kecurangan program JKN dapat berupa:

- a. Rapat berkala;
- b. Rapat insidental;
- c. Seminar/ sosialisasi/ workshop; atau
- d. Forum pengelola risiko.

Selain bentuk diatas komunikasi dapat melalui media elektronik. Pelaksanaan komunikasi merupakan tanggung jawab pemilik risiko. Komunikasi risiko kecurangan dapat dilaksanakan minimal 1 tahun sekali.

#### 5. Pelaksanaan Tindakan Korektif

Resiko-resiko kecurangan yang ditemukan di insititusi perlu dikendalikan dengan cepat dan tepat. Namun, tidak ada satupun program pengendalian internal yang dapat menjamin *fraud* mutlak berhenti berkembang di dalam institusi. Seringkali, program pengendalian harus diiringi dengan pelaksanaan tindakan korektif. Tindakan korektif ini dilaksanakan bertujuan untuk menangkal potensi-potensi *fraud* yang sudah terlanjur berkembang dan belum bisa dihentikan oleh program-program pengendalian.

Tindakan korektif ini didahului dengan investigasi. Investigasi dilakukan untuk membuktikan bahwa potensi skema *fraud* benar terjadi dan terbukti dilakukan oleh pihak tertentu. Pihak-pihak yang terbukti melakukan *fraud* perlu mendapat tindakan korektif. Bentuk tindakan korektif diantaranya adalah teguran lisan, tulisan, denda, pemutusan hubungan kerja, penghentian kemitraan, bahkan sampai tuntutan ke pengadilan.



#### 6. Monitoring Berkelanjutan dan Evaluasi atas Pelaksanaan Program

Monitoring berkelanjutan dan evaluasi atas pelaksanaan program manajemen risiko kecurangan adalah bagian dari proses manajemen risiko kecurangan yang bertujuan untuk memperoleh gambaran mengenai kecukupan dan efektivitas dari rancangan pengendalian yang telah dibangun. Monitoring berkelanjutan dilakukan selama *on-going proses* dan merupakan pemantauan rutin terhadap rancangan pengendalian yang dibangun dibandingkan dengan implementasinya sekaligus untuk melakukan evaluasi mengenai efektivitas rancangan pengendalian. Hasil monitoring dan evaluasi menjadi *feedback* (umpan balik) untuk memutakhirkan, termasuk peninjauan atau pengkajian berkala atas kondisi saat ini dan dengan fokus tertentu. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan program mitigasi risiko kecurangan (*fraud*) dituangkan dalam lampiran formulir 8.

## BAB V

### DETEKSI POTENSI KECURANGAN (*FRAUD*)

#### A. Konsep Deteksi Potensi Kecurangan (*Fraud*)

Deteksi merupakan kegiatan untuk mencari kunci dalam rangkaian data. Deteksi dilakukan dengan menggunakan data-data yang relevan dengan tujuan deteksi. Berbeda dengan investigasi, deteksi sangat bergantung dengan ketersediaan instrumen yang sensitif. Deteksi juga mementingkan keberkalaan waktu pelaksanaan untuk menjamin informasi potensi *fraud* tertangkap sedini mungkin.

Deteksi, berdasarkan waktu pelaksanaannya dibagi menjadi dua macam: (a) *on going/* proaktif dan (b) retrospektif/ historis. Deteksi secara *on going*, berarti mencari "kunci" dalam rangkaian data kegiatan yang sedang berlangsung. Deteksi secara retrospektif, berarti mencari "kunci" dalam rangkaian data kegiatan telah selesai. Terdapat dua kegiatan utama dalam pelaksanaan deteksi yaitu *data mapping* (pemetaan data) dan *data mining* (telaah/ penggalian data). *Data mapping* merupakan tahapan mengidentifikasi seluruh data yang mungkin dapat digunakan dalam deteksi. *Data mapping* sebaiknya memperhatikan alur proses bisnis pada area yang akan dideteksi. *Data mining* merupakan tahapan menggali informasi dari data-data yang sudah dipetakan. *Data mining* berakar pada statistik; manajemen data dan database; pengenalan pola; serta *artificial intelligent*. *Data mining* merupakan inti dari kegiatan deteksi.

#### B. Pihak Yang Terlibat Dalam Deteksi Potensi Kecurangan (*Fraud*)

Dalam upaya pencegahan kecurangan, maka masing-masing pihak yang terlibat dalam penyelenggaraan JKN bertugas untuk melakukan deteksi sesuai peran masing-masing. Pihak-pihak yang berperan dalam melakukan deteksi kecurangan adalah sebagai berikut:

##### 1. Tingkat Pusat

- a. Kementerian Kesehatan
- b. BPJS Kesehatan
- c. KPK
- d. BPKP
- e. Pihak lain jika di perlukan

##### 2. Tingkat Daerah (Provinsi dan Kabupaten/ Kota)

- a. Dinas Kesehatan
- b. BPJS Kesehatan
- c. Inspektorat Daerah
- d. BPKP
- e. Pihak lain jika di perlukan



### 3. Tingkat Institusi

- a. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
- b. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL)
- c. Provider Alat Kesehatan dan Obat

Dalam melakukan pencegahan kecurangan yang muncul, pihak yang terlibat dalam melakukan deteksi kecurangan dalam program JKN memiliki peran sebagai berikut:

#### 1. Tingkat Pusat

- a. Peran Kementerian Kesehatan dalam Deteksi Kecurangan
  - 1) Melaksanakan deteksi potensi kecurangan pada:
    - a) area regulasi;
    - b) data Peserta PBI APBN;
    - c) standarisasi sarana/ prasarana/ pelayanan/ obat, dan kompetensi tenaga kesehatan di Fasilitas Kesehatan.
  - 2) Menyediakan data terkait kebutuhan deteksi sesuai kewenangan Kementerian Kesehatan meliputi:
    - a) area regulasi;
    - b) data Peserta PBI APBN;
    - c) standarisasi sarana/prasarana/pelayanan/obat, dan kompetensi tenaga kesehatan di Fasilitas Kesehatan.
  - 3) Menjalankan proses deteksi bersama pihak terkait.
- b. Peran BPJS Kesehatan dalam Deteksi Kecurangan
  - 1) Melaksanakan deteksi potensi kecurangan pada area kepesertaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan sesuai kewenangan BPJS Kesehatan.
  - 2) Menyediakan data yang terindikasi kecurangan pada area kepesertaan dan klaim pelayanan kesehatan.
  - 3) Menjalankan proses deteksi bersama pihak terkait.
- c. Peran Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) dalam Deteksi Kecurangan
  - 1) Memberikan konsultasi dan pendampingan dalam pelaksanaan deteksi potensi kecurangan kepada para pihak terkait.
  - 2) Melaksanakan koordinasi dan pendampingan dalam deteksi potensi kecurangan JKN yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan.
  - 3) Menelaah laporan/ aduan masyarakat tentang potensi *fraud* dalam sektor kesehatan.
  - 4) Melakukan kajian potensi *fraud* dalam bidang JKN.
- d. Peran Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP) dalam Deteksi Kecurangan
  - 1) Melaksanakan konsultasi dan pendampingan dalam proses deteksi potensi kecurangan JKN yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan, KPK dan BPJS Kesehatan.

- 2) Telaah hasil audit operasional/ audit kinerja pelaksanaan Program JKN
  - 3) Perhitungan dan penetapan nilai kerugian negara akibat potensi *fraud* kesehatan
- Deteksi di tingkat pusat minimal dilaksanakan tiap 6 (enam) bulan sekali.

## 2. Tingkat Daerah

### a. Peran Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten/ Kota dalam Deteksi Kecurangan dalam Deteksi Kecurangan:

- 1) Melaksanakan deteksi potensi kecurangan pada:
  - a) area regulasi;
  - b) data Peserta PBI APBD;
  - c) standardisasi sarana/prasarana/pelayanan/obat, dan kompetensi tenaga kesehatan di Fasilitas Kesehatan.
- 2) Menyediakan data terkait kebutuhan deteksi sesuai kewenangan Kementerian Kesehatan meliputi:
  - a) area regulasi;
  - b) data Peserta PBI APBD;
  - c) standardisasi sarana/prasarana/pelayanan/obat, dan kompetensi tenaga kesehatan di Fasilitas Kesehatan.
- 3) Menjalankan proses deteksi bersama pihak terkait.

### b. Peran BPJS Kesehatan Tingkat Daerah dalam Deteksi Kecurangan

- 1) Melaksanakan deteksi potensi kecurangan pada area kepesertaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan sesuai kewenangan BPJS Kesehatan di daerah.
- 2) Menyediakan data yang terindikasi kecurangan pada area kepesertaan dan klaim pelayanan kesehatan.
- 3) Menjalankan proses deteksi bersama pihak terkait.

### c. Peran Inspektorat Daerah dalam Deteksi Kecurangan

- 1) Terlibat dalam pelaksanaan deteksi melalui audit, reviu, evaluasi, pemantauan, asistensi dan kegiatan pengawasan lainnya terkait pelayanan di sektor kesehatan
- 2) Melaksanakan pengawasan untuk tujuan tertentu terkait pelayanan di sektor kesehatan

### d. Peran Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP) dalam Deteksi Kecurangan

- 1) Melaksanakan konsultasi dan pendampingan dalam proses deteksi potensi kecurangan JKN yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan, Inspektorat Daerah dan BPJS Kesehatan.
- 2) Telaah hasil audit operasional/ audit kinerja pelaksanaan Program JKN di tingkat daerah.
- 3) Perhitungan dan penetapan nilai kerugian negara akibat potensi *fraud* kesehatan di tingkat daerah.

Deteksi di tingkat daerah minimal dilaksanakan tiap 6 (enam) bulan sekali.



### 3. Tingkat Institusi

- a. Peran Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dalam Deteksi Kecurangan:
  - 1) Melaksanakan deteksi dari data pengaduan masyarakat.
  - 2) Melaksanakan deteksi melalui data olahan sistem IT/ data pelayanan lainnya (*utilization review*).
  - 3) Melaksanakan deteksi dari data klaim yang diajukan oleh bidan dan laboratorium jejaring.
  - 4) Melaksanakan deteksi dari berkas pelayanan medis.
- b. Peran Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) dalam Deteksi Kecurangan
  - 1) Melaksanakan deteksi dari data pengaduan masyarakat.
  - 2) Melaksanakan deteksi melalui data olahan sistem IT/ data pelayanan lainnya (*utilization review*).
  - 3) Melaksanakan deteksi dari data klaim INA CBGs.
  - 4) Melaksanakan deteksi dari berkas pelayanan medis.
- c. Peran Provider Alat Kesehatan dan Obat dalam Deteksi Kecurangan
  - 1) Melaksanakan deteksi dari data pengaduan masyarakat.
  - 2) Melaksanakan deteksi melalui data olahan sistem IT/ data pelayanan lainnya (*utilization review*).
  - 3) Melaksanakan deteksi dari data pelaporan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan.
  - 4) Melaksanakan deteksi dari data penyediaan dan penyampaian obat kepada penyedia layanan kesehatan atau instalasi farmasi pemerintah.

Deteksi di tingkat institusi minimal dilaksanakan tiap 3 (tiga) bulan sekali.

### C. Data-Data Yang Dapat Digunakan Dalam Deteksi

Untuk menghasilkan deteksi potensi kecurangan yang efektif diperlukan sumber data yang baik. Sumber data dapat dikatakan baik apabila telah memenuhi syarat-syarat di antaranya adalah objektif, representatif, mempunyai tingkat kesalahan yang kecil, *up to date* dan relevan, data harus berhubungan dengan persoalan yang akan dipecahkan.

1. Sumber data yang diperlukan pada proses deteksi kecurangan dapat berasal dari:
  - a. Kementerian Kesehatan;
  - b. BPJS Kesehatan;
  - c. Komisi Pemberantas Korupsi;
  - d. BPKP;
  - e. Fasilitas Kesehatan;
  - f. Lembaga atau pihak lain yang terkait dalam pelaksanaan program JKN.
2. Data yang dapat digunakan untuk mendeteksi potensi kecurangan dalam program JKN di antaranya adalah sebagai berikut :
  - a. Data Deteksi Kecurangan pada Area Administrasi Kepesertaan  
Kecurangan yang terjadi pada area Administrasi Kepesertaan baik yang dilakukan oleh perorangan maupun oleh kelompok/ badan/ institusi diantaranya adalah terkait dengan pendaftaran dan/ atau perubahan data kepesertaan JKN. Contoh data yang digunakan untuk mendeteksi kecurangan pada area administrasi kepesertaan adalah:
    - 1) Data kependudukan;
    - 2) Data Penerima Bantuan Iuran;
    - 3) Data penghasilan;
    - 4) Data kepegawaian;
    - 5) Data kepesertaan JKN
  - b. Data Deteksi Kecurangan pada Area Distribusi Obat dan Alat Kesehatan  
Kecurangan yang terjadi pada area distribusi obat dan alat kesehatan dapat dilakukan baik oleh pihak penyedia obat dan alat kesehatan; oleh FKTP dan FKRTL sebagai penyedia layanan kesehatan; oleh peserta; maupun oleh BPJS Kesehatan. Contoh data dan informasi yang digunakan untuk mendeteksi kecurangan pada area pelayanan obat dan alat kesehatan adalah:
    - 1) Data distribusi obat dan alat kesehatan;
    - 2) Data penggunaan obat dan alat kesehatan berbasis bukti (evidence based);
    - 3) Data kesesuaian permintaan dan penyampaian obat dan alat kesehatan;
    - 4) Informasi/data lain atas pelaksanaan pelayanan obat dan alat kesehatan.



- c. **Data Deteksi Kecurangan pada Area Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)**  
Kecurangan yang terjadi pada area pelayanan kesehatan tingkat pertama dapat dilakukan baik oleh FKTP sebagai pemberi pelayanan; peserta sebagai penerima pelayanan; BPJS Kesehatan; maupun oleh penyedia obat dan alat kesehatan. Data yang digunakan untuk mendeteksi kecurangan pada area pelayanan di FKTP adalah:
- 1) *Data profiling* FKTP;
  - 2) Data kunjungan peserta di FKTP yang merupakan catatan riwayat pelayanan peserta di FKTP;
  - 3) Data pemberian pelayanan kesehatan di FKTP yang meliputi tenaga FKTP yang memberikan pelayanan kesehatan, sarana prasarana FKTP yang digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan, proses pemberian pelayanan kesehatan, dan pencatatan atau dokumentasi pelayanan kesehatan yang diberikan;
  - 4) Data kapitasi yang meliputi data peserta yang terdaftar pada FKTP, besaran nilai kapitasi yang diberikan pada FKTP, dan pembayaran kapitasi kepada FKTP;
  - 5) Klaim pelayanan kesehatan tingkat pertama yang meliputi proses pengajuan klaim pelayanan kesehatan non kapitasi dan dokumentasi klaim pelayanan kesehatan yang diberikan oleh FKTP;
  - 6) Informasi/data lain atas pelaksanaan pelayanan kesehatan tingkat pertama.
- d. **Data Deteksi Kecurangan pada Area Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL)**  
Sama halnya dengan pelayanan kesehatan tingkat pertama, kecurangan yang terjadi di FKRTL dapat juga dilakukan baik oleh pihak FKRTL selaku pemberi pelayanan kesehatan; peserta sebagai penerima pelayanan; BPJS Kesehatan; maupun oleh penyedia obat dan alat kesehatan. Contoh data dan informasi yang digunakan untuk mendeteksi kecurangan pada area pelayanan di FKRTL adalah:
- 1) *Data profiling* FKRTL;
  - 2) Data kunjungan peserta di FKRTL yang merupakan riwayat pelayanan peserta di FKRTL;
  - 3) Data pemberian pelayanan kesehatan di FKRTL yang meliputi tenaga FKRTL yang memberikan pelayanan kesehatan, sarana prasarana FKRTL yang digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan, proses pemberian pelayanan kesehatan, dan pencatatan atau dokumentasi pelayanan kesehatan yang diberikan;
  - 4) Data klaim pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan meliputi proses pengajuan klaim pelayanan kesehatan dan dokumentasi klaim pelayanan kesehatan yang diberikan oleh FKRTL;
  - 5) Informasi/data lain atas pelaksanaan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

e. **Data Lain-lain**

Data lain merupakan data yang tidak terdapat pada contoh-contoh di atas namun dapat digunakan dalam proses deteksi kecurangan. Data dapat diperoleh dengan mengajukan permintaan data kepada sumber data lainnya sesuai dengan kebutuhan proses deteksi.

**D. Metode Deteksi**

Metode deteksi yang digunakan dalam mengungkap tindakan kecurangan dikelompokkan berdasarkan:

1. Area administrasi kepesertaan;
2. Area pelayanan kesehatan;
3. Area distribusi obat dan alat kesehatan;
4. Area pelaksanaan tugas BPJS Kesehatan;
5. Area lainnya selain nomor 1 – 4 di atas sesuai kebutuhan deteksi.

Pemilihan metode deteksi pada masing-masing area ditentukan sesuai dengan jenis tindakan kecurangan maupun pelaku kecurangan. Sehingga metode yang digunakan pada setiap jenis kecurangan dapat berbeda satu dengan lainnya. Mekanisme deteksi potensi kecurangan pada masing-masing area dilakukan dengan menggunakan 2 (dua) model pendekatan, yaitu metode deduktif dan induktif. Masing-masing metode dapat dijelaskan sebagai berikut:

**1. Metode Deduktif**

Metode deduktif dilakukan dengan melakukan analisa terhadap data kuantitatif maupun kualitatif. Data kuantitatif dan kualitatif secara umum digunakan sebagai *entry point* untuk melakukan penelusuran lebih lanjut terkait potensi kecurangan yang mungkin ada maupun data anomaly. Penjelasan terhadap data kuantitatif dan kualitatif adalah sebagai berikut:

**a. Data Kuantitatif**

Merupakan jenis data yang dapat diukur atau dihitung secara langsung sebagai *variable* angka atau bilangan. Data kuantitatif untuk deteksi kecurangan ini dapat berupa:

- 1) Area administrasi kepesertaan, meliputi:
  - a) Data terkait peserta (jumlah jenis kepesertaan, rentang penghasilan/gaji, jumlah pendaftaran kolektif/perorangan, jumlah perubahan daftar isian peserta/DIP).
  - b) Data jumlah iuran jaminan kesehatan dan jumlah cara pembayarannya.



2) Area pelayanan kesehatan, meliputi:

- a) Data pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) seperti: Rate Kunjungan Rawat Jalan/ Rawat Inap, Angka Kontak, Rasio Rujukan, Rasio Rujukan Non Spesialisitik, Unit Cost RJTP PerKunjungan, Proporsi Kasus Persalinan Normal di FKTP.
- b) Data pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) seperti: jumlah kunjungan pasien FKRTL, jumlah klaim INA CBG dan Non-INA CBG, jumlah kasus per diagnosa pasien di FKRTL, dan lain sebagainya.

3) Area distribusi obat dan alat kesehatan

- a) Data jumlah distribusi obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan kebutuhan yang telah diajukan oleh Fasilitas Kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- b) Data jumlah penyediaan/pemberian obat dan alat kesehatan oleh Fasilitas Kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

4) Area pelaksanaan tugas BPJS Kesehatan

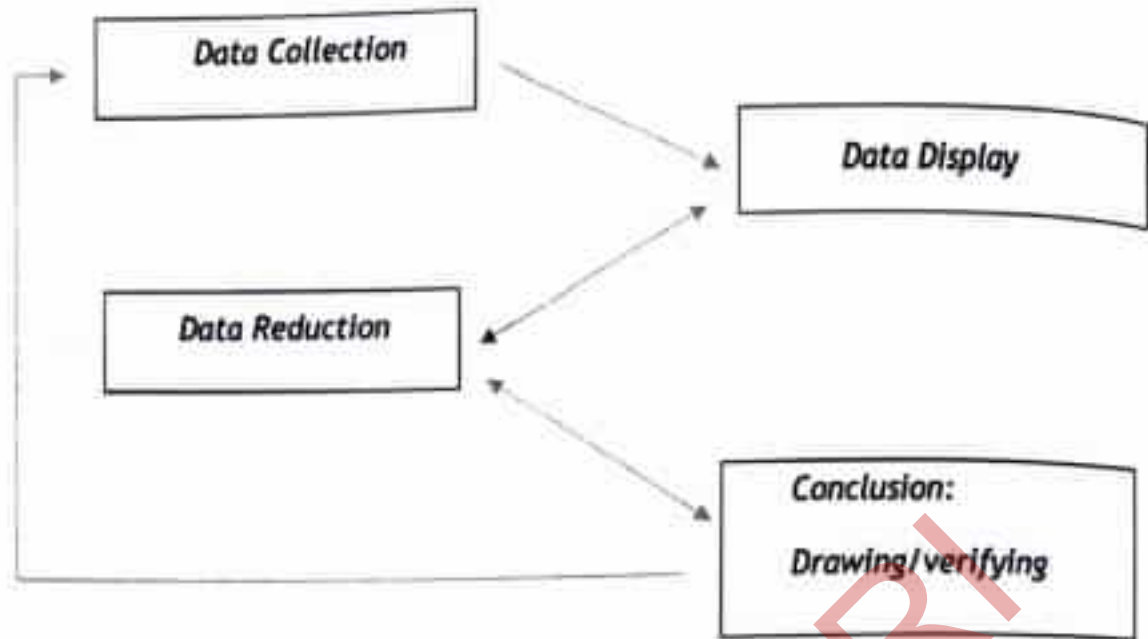
- a) Data jumlah penjaminan pelayanan kesehatan.
- b) Data jumlah pembayaran klaim pelayanan kesehatan.

b. Data Kualitatif

Data kualitatif merupakan data naratif atau deskriptif yang menjelaskan tentang kualitas suatu fenomena. Kualitas suatu fenomena tersebut biasanya tidak mudah atau tidak bisa diukur secara numerik. Data kualitatif untuk deteksi kecurangan dapat diperoleh dari beberapa sumber data yaitu:

- 1) *Whistleblower*
- 2) Suara pelanggan melalui kotak saran
- 3) Rekapitulasi keluhan peserta
- 4) Berita acara hasil pelaksanaan *Walk Through Audit (WTA)*
- 5) Berita acara hasil pelaksanaan verifikasi pascaklaim dan/atau audit administrasi klaim

Setelah data kuantitatif dan/atau data kualitatif direkapitulasi, dilakukan pengujian data dengan analisa seperti pendalaman data menggunakan alternatif komponen analisis data (*interactive model*). Contoh aktivitas dalam analisis data yaitu: *data reduction*, *data display*, dan *conclusion drawing/verification*. Langkah-langkah analisis ditunjukkan pada Gambar 6 berikut:



Gambar 6. Langkah-langkah analisis

## 2. Metode Induktif

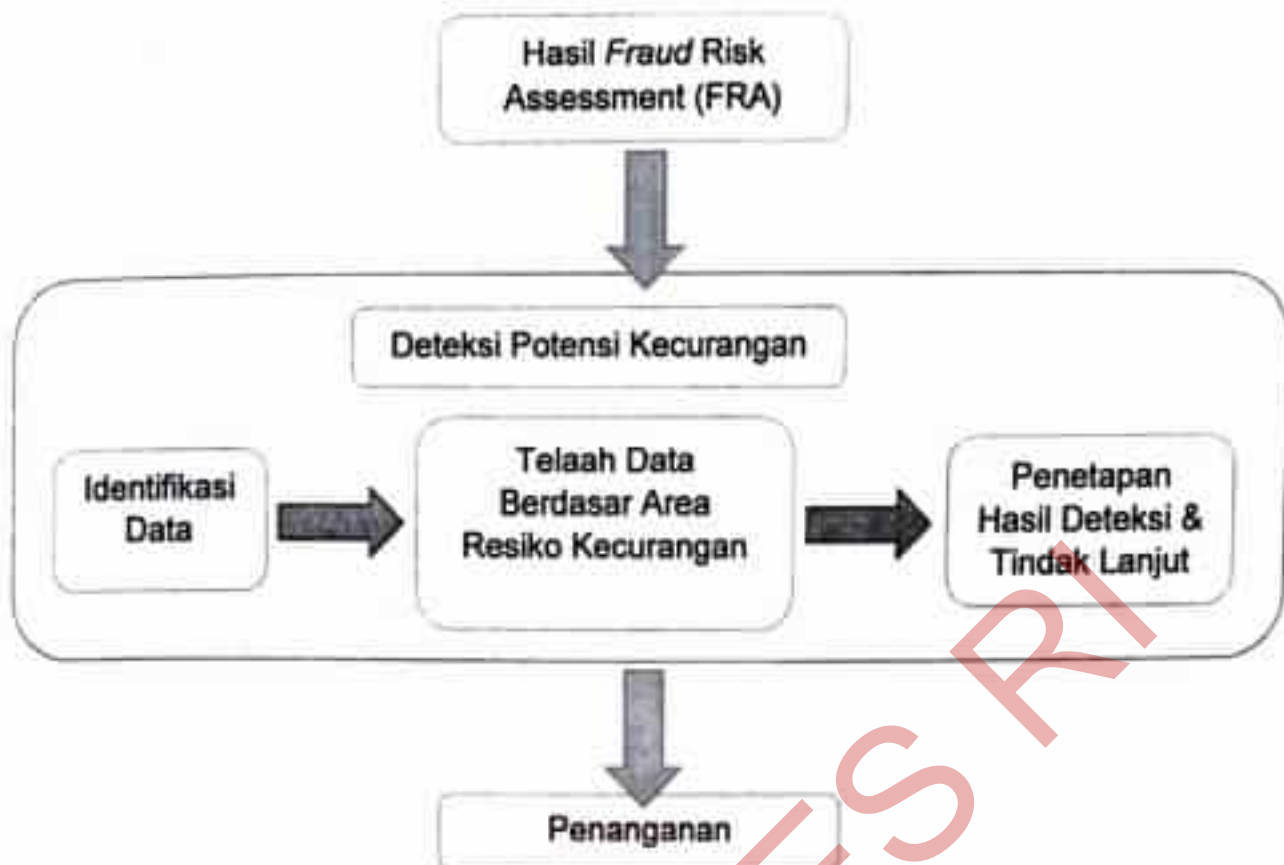
Metode induktif diawali dengan menentukan *Red Flag* atau *Early Warning Sistem (EWS)* atas jenis pelayanan yang berpotensi muncul kecurangan sesuai dengan pemanfaatan pelayanan sebelumnya. *Red Flag* atau *EWS* pada wilayah satu dan yang lain dapat berbeda-beda tergantung dari pola pemanfaatan layanan yang sudah teridentifikasi sebelumnya.

Dalam hal selama proses deteksi ditemukan kendala terkait regulasi yang belum dapat menjelaskan penyimpangan yang terjadi pada kecurangan maka langkah deteksi selanjutnya dilakukan dengan melakukan koordinasi lintas instansi yang berwenang.

## E. Teknik Pelaksanaan

Deteksi potensi kecurangan (*fraud*) merupakan kegiatan yang dilakukan pasca pelaksanaan identifikasi dan penilaian resiko kecurangan (*fraud risk assessment (FRA)*). Area berresiko tinggi dalam sebuah institusi yang ditemukan dalam FRA, menjadi area prioritas untuk ditindaklanjuti dengan deteksi. Teknik pelaksanaan deteksi potensi kecurangan (*fraud*), terdiri dari kegiatan: (1) identifikasi data, (2) telaah data berdasar area resiko kecurangan, dan (3) penetapan hasil deteksi dan rekomendasi. Hasil dari rangkaian kegiatan deteksi akan menjadi bahan untuk kegiatan penanganan sesuai prosedur yang tertera dalam Permenkes No. 16 tahun 2019. Secara umum, alur proses deteksi dapat digambarkan dalam Gambar 7 berikut:





Gambar 7. Alur Proses Deteksi

Berikut langkah-langkah teknis pelaksanaan deteksi potensi kecurangan (*fraud*):

### 1. Identifikasi Data

Tahapan indentifikasi merupakan tahapan yang sangat penting dalam deteksi potensi kecurangan karena pemahaman dan penilaian tentang kondisi data dilakukan pada tahapan ini. Identifikasi dilakukan terhadap data sebagai berikut:

#### a. Data Klaim Pelayanan Kesehatan

##### 1) Data Concurrent

Yaitu data pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan tertuang dalam berkas klaim yang diajukan kepada BPJS Kesehatan serta belum dibayarkan oleh BPJS Kesehatan.

##### 2) Data Retrospective

Yaitu data pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan tertuang dalam berkas klaim yang diajukan kepada BPJS Kesehatan serta telah dibayarkan oleh BPJS Kesehatan.

##### 3) Data Clinic

Yaitu data terkait kondisi klinis Peserta JKN KIS yang dilayani pada Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan tertuang dalam rekam medis Peserta.

#### 4) Data Administrasi

Yaitu data terkait dokumentasi administrasi klaim pelayanan kesehatan yang diajukan oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan Perjanjian Kerja Sama dan/atau regulasi yang berlaku.

- b. Data Kepesertaan yaitu data terkait dengan identitas Peserta JKN.
- c. Data lainnya yang diperlukan selama proses deteksi.

Dalam melakukan proses identifikasi terhadap potensi kecurangan yang timbul dalam program Jaminan Kesehatan Nasional, maka perlu diperhatikan beberapa hal sebagai berikut:

##### a. *Data profiling*

Sebelum dilakukannya identifikasi, terlebih dahulu dilakukan data profiling terhadap data yang sudah dikumpulkan dari seluruh sumber data. Data yang sudah dikumpulkan meliputi data-data sesuai dengan jenis kecurangan seperti data kepesertaan, data pelayanan kesehatan, dan data lain terkait dengan jenis kecurangan yang terjadi. *Data profiling* dilakukan untuk menguji data yang tersedia dari sumber data dan mengumpulkan statistik atau informasi ringkas tentang data. Tujuan dari *data profiling* adalah:

- 1) Untuk mengetahui apakah data yang ada dapat digunakan dengan mudah sesuai tujuan yang diharapkan.
- 2) Menguji kualitas data, apakah terdapat *noise* dalam data yang dapat mengurangi ketajaman analisa data.
- 3) Membantu memahami data dengan lebih baik, apakah diperlukan data pendukung untuk meningkatkan ketajaman analisa serta menentukan teknik analisa yang akan digunakan.

##### b. Profil Risiko Fasilitas Kesehatan

Identifikasi profil risiko kecurangan dilakukan untuk mengetahui area mana yang memiliki potensi tinggi melakukan kecurangan. Profil risiko dilakukan dengan sistem skoring berdasarkan formula pada perangkat *Fraud Risk Assessment (FRA)* dalam pelaksanaan *Fraud Risk Management* (pengelolaan resiko kecurangan). Proses deteksi potensi kecurangan diutamakan pada area yang memiliki profil risiko tinggi atau yang diputuskan oleh Tim Pencegahan Kecurangan di masing-masing instansi dan/atau Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan di tingkat pusat.

##### c. *Trend Data*

Identifikasi *Trend Data* dilakukan untuk membantu penetapan area deteksi potensi kecurangan lebih fokus. Identifikasi tren data pelayanan dapat dilakukan diantaranya pada data-data berikut:



1) Jumlah kunjungan.

Identifikasi tren data jumlah kunjungan dilakukan melalui pengamatan jumlah kunjungan baik pada fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

2) Jumlah biaya.

Identifikasi tren data jumlah biaya dilakukan melalui pengamatan jumlah biaya pelayanan kesehatan yang ditagihkan fasilitas kesehatan sesuai dengan cara pembayaran yang berlaku.

3) Jumlah pelayanan kesehatan.

Identifikasi tren data jumlah pelayanan kesehatan dilakukan melalui pengamatan jumlah tindakan/pelayanan kesehatan yang diberikan fasilitas kesehatan sesuai dengan standar dan prosedur yang berlaku.

4) Parameter data lainnya yang menjadi tren data dan ditetapkan sebagai focus area deteksi kecurangan.

**2. Telaah Data Berdasar Area Resiko Kecurangan**

Tahap selanjutnya dalam proses deteksi adalah melalui telaah data berdasar area terjadinya kecurangan tersebut. Prosesnya adalah sebagai berikut:

a. Kecurangan pada Area Administrasi Kepesertaan

Untuk mendeteksi kecurangan pada administrasi kepesertaan dilakukan prosedur sebagai berikut:

1) Pengujian validitas data kepesertaan

Validasi data Peserta JKN dilakukan dengan memeriksa keabsahan data peserta sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan. Validasi dapat dilakukan dengan menggunakan perangkat yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan.

2) Analisa identitas pendukung

Dilakukan analisa terhadap identitas pendukung yang terdaftar pada data kepesertaan BPJS Kesehatan. Apabila diperlukan dapat dilakukan pengecekan dan konfirmasi lebih lanjut ke peserta (kunjungan ke tempat tinggal peserta) dan pengecekan identitas pendukung lainnya.

3) Pengujian terhadap berkas pelayanan yang diberikan kepada Peserta  
Dilakukan pengumpulan bukti pelayanan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan kepada Peserta termasuk berkas klaim yang akan atau telah ditagihkannya oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

b. Kecurangan pada Area Pelayanan Kesehatan

Untuk mendeteksi kecurangan pada pemanfaatan pelayanan kesehatan baik di FKTP maupun FKRTL dilakukan prosedur sebagai berikut:

1) Pengujian hasil olah data tahap pertama

Hasil olah data tahap pertama dapat berupa *Trend Data*, analisis awal terhadap keluhan pelanggan, hasil dari *utilization review* pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL (diantaranya meliputi persentase kenaikan dan penurunan angka kunjungan serta red flag klaim Non Kapitasi/ INA CBG/ Non-INA CBG berdasarkan utilisasi pelayanan kesehatan pada periode sebelumnya). Pelaksanaan *utilization review* mengacu pada Lampiran 1.

Hasil olah data tahap pertama juga dapat berasal dari luaran instrument deteksi/ compliance program yang berbasis teknologi informasi. Data tersebut akan diuji ketidaksesuaiannya dengan regulasi yang berlaku serta pedoman resmi lainnya yang terkait.

2) Pengolahan data lebih lanjut terkait skema kecurangan (*fraud*) yang sedang dideteksi

Setelah mendapatkan hasil olah data tahap pertama, dilakukan pengolahan data yang relevan dengan jenis kecurangan yang dideteksi. Pengolahan data

pada tahap ini dapat juga melibatkan data-data lain yang dianggap terkait dengan skema kecurangan (*fraud*) yang sedang dideteksi.

3) Mengkajian hasil audit yang relevan

Hasil audit yang relevan dengan jenis kecurangan yang dideteksi dapat juga digunakan sebagai data referensi. Jenis audit yang dimaksud dapat berupa audit operasional, audit klinis, audit mutu internal, dan sebagainya.

4) Pengujian data kualitatif

Data kualitatif yang berasal dari *whistleblower*, suara pelanggan, laporan keluhan, hasil walk through audit (WTA), maupun percakapan/ diskusi dalam proses verifikasi pascaklaim seringkali dapat memperkuat informasi dalam proses deteksi. Data kualitatif ini perlu diolah lebih lanjut untuk memunculkan informasi-informasi penting terkait skema *fraud* yang dideteksi. Untuk memperkuat analisa dapat dilakukan pemeriksaan terhadap dokumen pendukung seperti: berkas klaim, rekam medis, standar operasional pelayanan kesehatan, literatur pedoman pelayanan (*guidelines*), pendapat ahli, dan sebagainya.

Kecurangan pada pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan yang terkait administrasi pelayanan kesehatan akibat ketidaksesuaian *legal aspect* pemberian pelayanan kesehatan seperti: pelayanan yang dilakukan oleh dokter yang tidak memiliki Surat Izin Praktik (SIP),



pelayanan yang tidak mengikuti ketentuan rujukan berjenjang, pelayanan yang dimanipulasi untuk meningkatkan pembiayaan, dan lainnya yang terbukti ada indikasi penyimpangan administrasi dalam pemberian pelayanan kesehatan. Untuk mendeteksi kecurangan administrasi tersebut dilakukan dengan prosedur:

- 1) Pengujian *data profiling* fasilitas kesehatan.
- 2) Pengujian data kesepakatan *peer review* terhadap permasalahan administrasi pemberian pelayanan kesehatan (jika ada).
- 3) Pengujian berkas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan.
- 4) Pengujian dokumen pendukung di Fasilitas Kesehatan atau lembaga lain yang mengeluarkan dokumen pendukung terkait.
- 5) Apabila diperlukan dapat dilakukan pendalaman dengan wawancara kepada pihak Fasilitas Kesehatan.

c. Kecurangan pada Area Distribusi Obat dan Alat Kesehatan (Alkes)  
Untuk mendeteksi kecurangan pada distribusi obat dan alkes di FKTP maupun FKRTL dilakukan prosedur sebagai berikut:

- 1) Pengujian data pengajuan kebutuhan obat dan alkes.
- 2) Pengujian data ketersediaan obat dan alkes serta pemberiannya di Fasilitas Kesehatan.
- 3) Pengujian data klaim obat dan alkes serta pembayarannya.

Apabila diperlukan dapat dilakukan pendalaman dengan wawancara kepada pihak Fasilitas Kesehatan dan Distributor Obat dan Alkes maupun perusahaan produksi obat dan alkes.

d. Kecurangan pada Pelaksanaan Tugas BPJS Kesehatan  
Deteksi kecurangan pada pelaksanaan tugas BPJS Kesehatan dalam penyelenggaraan Program JKN dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- 1) Pengujian data pelayanan kesehatan yang dijamin pada klaim Fasilitas Kesehatan.
- 2) Pengujian data pembayaran klaim Fasilitas Kesehatan.

Apabila diperlukan dapat dilakukan pendalaman dengan wawancara kepada pegawai BPJS Kesehatan.

### 3. Penetapan Hasil Deteksi Dan Penyusunan Rekomendasi

Seluruh data terkait skema potensi kecurangan (*fraud*) yang telah selesai diolah dan diuji kemudian didokumentasikan dalam bentuk laporan hasil deteksi. Laporan hasil deteksi minimalnya mencakup: resume proses deteksi, bukti-bukti pendukung dalam proses deteksi, dampak yang terjadi akibat skema potensi *fraud* yang berkembang, pernyataan penetapan hasil deteksi yaitu apakah kasus potensial *fraud* ini perlu ditindaklanjuti ke tahap berikutnya (investigasi dan penanganan sesuai alur yang ditetapkan dalam Permenkes No. 16/ 2019), serta rekomendasi tindak lanjut. Penyusunan rekomendasi tindak lanjut pasca deteksi, dapat menggunakan alternatif model Double-SMART, dimana terdapat 10 poin kriteria yang sifatnya saling menguatkan, yaitu: 1) *Specific* (bersifat khusus); 2) *Measurable* (dapat diukur); 3) *Achievable* (dapat dicapai); 4) *Result-oriented* (berorientasi terhadap hasil); 5) *Time-bound* (terikat waktu); 6) *Solution-suggestive* (saran yang mengandung solusi); 7) *Mindful of prioritisation, sequencing & risk* (memperhatikan prioritas, tata urutan dan risiko); 8) *Argued* (beralasan); 9) *Root-cause responsive* (merespon akar permasalahan); 10). *Targeted* (memiliki target). Laporan hasil deteksi dilengkapi dengan lampiran berupa dokumen pendukung yang dikaji selama proses deteksi.



## BAB VI

### KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA

#### A. Konsep Kendali Mutu Kendali Biaya

Pengembangan sistem kendali mutu dan kendali biaya bertujuan untuk meningkatkan efektivitas penyelenggaraan jaminan kesehatan. Disamping itu juga, kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan dilakukan untuk menjamin agar pelayanan kesehatan kepada peserta sesuai dengan mutu yang ditetapkan dan diselenggarakan secara efisien. Sistem kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan dilakukan oleh fasilitas kesehatan dan BPJS kesehatan, berkoordinasi dengan organisasi profesi, asosiasi fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kementerian Kesehatan. Penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud oleh BPJS Kesehatan dilakukan melalui pemenuhan standar mutu yang meliputi: standar input pada fasilitas kesehatan, standar proses pelayanan kesehatan dan standar luaran kualitas kesehatan peserta.

Dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud di atas, BPJS Kesehatan menerapkan strategi pengendalian mutu dan biaya pelayanan kesehatan baik di FKTP dan FKRTL. Strategi pengendalian mutu dan biaya pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud dilakukan melalui pembentukan tim kendali mutu dan kendali biaya, pembentukan dewan pertimbangan medik, peningkatan kerjasama fasilitas kesehatan dan penerapan pembayaran berbasis kinerja.

#### B. Utilization Review

*Utilization Review (UR)* adalah suatu kegiatan penyediaan data, analisa, pemantauan, dan tindak lanjut terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan sehingga pelayanan yang diterima oleh peserta dapat terlaksana secara efektif dan efisien. UR tentunya merupakan suatu metode erat kaitannya dengan analisa dalam kendali biaya. Mekanisme pengendalian biaya UR dengan memeriksa apakah pelayanan secara medis perlu diberikan dan apakah pelayanan diberikan secara tepat memiliki keuntungan yaitu dengan mengevaluasi ketepatan penggunaan pelayanan kesehatan agar menghilangkan dan mengurangi hal-hal yang tidak perlu serta risiko potensial pasien.

Berdasarkan waktu pelaksanaannya UR dapat dikelompokkan menjadi *prospective review*, *concurrent review*, dan *retrospective review*. *Prospective review* merupakan UR yang digunakan untuk menentukan kebutuhan pelayanan kesehatan yang dilakukan sebelum pelayanan kesehatan diberikan, utamanya untuk penggunaan

pelayanan di rumah sakit. Beberapa cara kajian jenis ini adalah *case management*, *preadmission certification*, *outpatient precertification*, *referral authorization and second opinion*. *Concurrent review* merupakan UR yang dilakukan ketika pelayanan diberikan kepada pasien. Tekniknya yang digunakan adalah menilai *Length of stayed (LOS)*, *Discharge planning* dan *continued stay review*. *Retrospective review* adalah UR yang dilakukan setelah pelayanan diberikan kepada pasien. *Retrospective review* umumnya dilakukan dengan kajian klaim (*claim review*) dan *pattern review*. *Claim review* merupakan kajian terhadap klaim, apakah klaim sesuai dengan paket manfaat yang disepakati atau apakah ada kekeliruan pada klaim. *Pattern review* melakukan kajian terhadap pola pemanfaatan pelayanan kesehatan sehingga diperoleh pola pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta dan fasilitas pelayanan kesehatan serta pembiayaan pada masing-masing unit fasilitas pelayanan kesehatan (Christina M, 2012).

*Utilization Review* dalam pedoman ini adalah *retrospective review* yang dilakukan setelah pelayanan diberikan kepada peserta yang dilakukan melalui kajian klaim untuk kemudian memberikan umpan balik utilisasi kepada fasilitas kesehatan.

*Retrospective review* menghasilkan gambaran tentang pola utilisasi pelayanan kesehatan oleh peserta, pola pemberian pelayanan oleh fasilitas kesehatan dan pola pembiayaan pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan.

Secara garis besar tahapan pelaksanaan UR adalah sebagai berikut:

1. Pengambilan data  
Data diperoleh dari luaran aplikasi yang merupakan data seluruh transaksi pelayanan kesehatan untuk semua tingkat layanan di fasilitas kesehatan dan luaran data kepesertaan.
2. Melakukan analisa data  
Analisa data dilakukan terhadap setiap indikator UR di setiap tingkat pelayanan kesehatan untuk mendapatkan gambaran utilisasi pelayanan kesehatan.
3. Umpan balik  
Secara rutin memberikan umpan balik atas hasil UR, yaitu tingkat pusat memberikan umpan balik kepada tingkat provinsi, tingkat provinsi memberikan umpan balik kepada kantor cabang, dan kantor cabang memberikan umpan balik kepada fasilitas kesehatan.

### C. Audit Medis

Audit medis sangat terkait dengan upaya peningkatan mutu dan standarisasi pelayanan medis di rumah sakit. Seorang dokter harus senantiasa berupaya melaksanakan profesinya sesuai dengan standar profesi yang tertinggi. Yang dimaksud dengan ukuran tertinggi adalah sesuai dengan perkembangan IPTEK



kedokteran, etika umum, etika kedokteran, hukum dan agama, sesuai tingkat/jenjang pelayanan kesehatan, serta kondisi dan situasi setempat.

Seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis dalam melaksanakan praktik kedokteran atau kedokteran gigi wajib menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya, dimana dalam rangka pelaksanaan kegiatan tersebut dapat diselenggarakan audit medis. Pengertian audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.

Berdasarkan hal tersebut maka audit medis sangatlah penting untuk meningkatkan mutu pelayanan medis. Audit yang dilakukan oleh rumah sakit merupakan audit internal yang merupakan kegiatan sistemik dan dilakukan oleh peer yang terdiri dari kegiatan *review*, *surveillance*, dan *assessment* terhadap pelayanan medis. Selain pengertian audit tersebut di atas, rumah sakit khususnya rumah sakit pendidikan, komite medis dan atau kelompok staf medis sering menyelenggarakan kegiatan pembahasan kasus.

Pembahasan kasus tersebut antara lain meliputi kasus kematian atau yang lebih dikenal dengan istilah *death case*, kasus sulit, kasus langka, kasus kesakitan, kasus yang sedang dalam tuntutan pasien, atau sedang dalam proses pengadilan dan lain sebagainya. Kasus yang dibahas pada pembahasan kasus tersebut adalah kasus perorangan/per pasien dan dilakukan secara kualitatif. Walaupun pembahasan kasus pada umumnya hanya meliputi *review* dan *assessment*, kurang/tidak ada *surveillance* nya. Sedangkan pengertian audit secara umum meliputi *review*, *assessment*, dan *surveillance*, namun mengingat pembahasan kasus adalah merupakan upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, maka pembahasan kasus adalah merupakan bentuk audit medis yang sederhana atau tingkat awal.

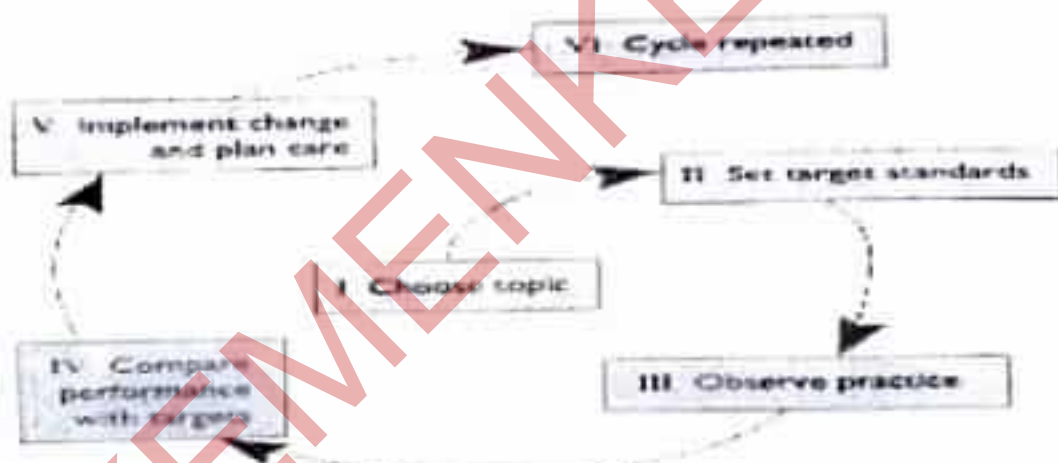
Dalam pelaksanaan audit ada yang disebut auditor, klien, dan *Auditee*. Auditor adalah orang yang melakukan audit. Suatu audit dapat dilaksanakan oleh satu auditor atau lebih. Hal tersebut tergantung dengan ruang lingkup audit, ukuran organisasi yang diaudit dan permintaan klien. Seorang auditor harus mempunyai keterampilan yang cukup untuk melaksanakan suatu audit. Klien adalah orang, departemen, atau kelompok yang meminta audit atau dengan kata lain klien adalah pelanggan auditor. Audit dimulai berdasarkan suatu permintaan dari klien atau pelanggan. Peminta harus yang mempunyai kewenangan untuk hal tersebut dan harus mengetahui untuk apa audit diminta.

*Auditee* dapat berupa orang, fungsi, atau area yang akan diaudit. *Auditee* mempunyai beberapa tanggung jawab untuk memudahkan pelaksanaan audit, yaitu bekerja

sama dan membantu dalam suatu audit, memberikan fasilitas yang memadai dan peralatan yang diperlukan untuk menyelesaikan audit, mengkaji rekomendasi dan kesimpulan audit, dan menerapkan setiap tindakan korektif yang diperlukan. Pengertian auditor, klien, dan *Auditee* sulit untuk diterapkan secara tepat dalam pelayanan medis di rumah sakit. Audit medis adalah merupakan *peer review*, *peer surveillance* dan *peer assessment*. Karena itu istilah auditor, klien, dan *Auditee* sebaiknya tidak dipergunakan dalam pelaksanaan audit medis.

Pelaksanaan audit harus secara terbuka, transparan, dan *unconfrontational*, tidak menghakimi, *friendly*, dan *confidential*. Setelah audit dilakukan perlu didukung dengan umpan balik antara lain berbentuk presentasi. Perlu selalu ditekankan bahwa audit bukan untuk seseorang atau nama. Bukan untuk menyalahkan atau membuat malu tetapi untuk meningkatkan pelayanan terhadap pasien. Tujuan audit medis bukan merupakan suatu upaya memberikan sanksi atau hukuman. Upaya ini sungguh-sungguh merupakan suatu cara dan alat evaluasi pelayanan medis, untuk menjamin pasien dan masyarakat pengguna bahwa mutu pelayanan yang tinggi perlu ditegakkan sebagai sasaran yang harus dibina secara terus menerus.

Audit medis merupakan siklus yang terus menerus karena merupakan upaya perbaikan yang terus menerus, sebagaimana terlihat dalam Gambar 7.



Sumber : Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 498/MENKES/SK/IV/2005)

Gambar 7. Siklus Audit medis



#### D. Teknik Pelaksanaan

Untuk melaksanakan kendali mutu dan kendali biaya dalam program jaminan kesehatan maka teknik pelaksanaannya sebagai berikut:

##### 1. Membentuk Tim Kendali Mutu Kendali Biaya (KMKB)

Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB) adalah lembaga yang independen. Tim KMKB berada di 3 (tiga) tingkat sebagai berikut:

- a. Di tingkat pusat disebut Tim KMKB Pusat dibentuk dan difasilitasi oleh BPJS Kesehatan Kantor Pusat
- b. Di tingkat provinsi disebut Tim KMKB Provinsi dibentuk dan difasilitasi oleh BPJS Kesehatan Kedeputan Wilayah
- c. Di tingkat kabupaten/kota disebut Tim KMKB Cabang dibentuk dan difasilitasi oleh BPJS Kesehatan Kantor Cabang.

Selain itu, FKRTL dapat membentuk tim kendali mutu kendali biaya internal yang dalam melaksanakan tugas dan fungsinya dapat berkoordinasi dengan tim KMKB tingkat cabang dan provinsi yang dibentuk oleh BPJS Kesehatan.

Tim KMKB yang dibentuk oleh BPJS Kesehatan terbagi atas tim koordinasi dan tim teknis. Tim koordinasi terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi dan pakar klinis. Sedangkan tim teknis terdiri dari unsur klinisi yang merupakan komite medis rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Tim koordinasi berada di tingkat Pusat, Provinsi, dan Cabang, sedangkan tim teknis berada di setiap fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Tugas utama Tim KMKB adalah melaksanakan:

- a. Sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai dengan kompetensinya;
  - b. *Utilization review*;
  - c. Audit medis; dan
  - d. Pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan.
- ##### 2. Mengadakan pertemuan dengan organisasi profesi dan kegiatan lain untuk mensosialisasikan berbagai hal yang berkaitan dengan kompetensi dan kewenangan tenaga kesehatan, antara lain:
- a. Mengingatkan perlunya menjaga validitas sertifikasi kompetensi, Surat Tanda Registrasi dan Surat Izin Praktik tenaga kesehatan.
  - b. Mengingatkan perlunya tersedia Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) dan Panduan Praktik Klinis (PPK) yang sesuai dengan kondisi fasilitas kesehatan dan dijadikan acuan dalam melayani peserta JKN.
  - c. Mengingatkan perlunya tersedia perangkat kerja yang sesuai dengan kompetensi dan standar sarana agar tenaga kesehatan dapat menjalankan fungsinya dengan baik.

- d. Mengingat dan mempromosikan kepatuhan menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang rasional dan mengikuti PNPK dan PPK yang berlaku.
  - e. Mengingat dan mempromosikan perlunya tata kelola fasilitas kesehatan yang baik.
  - f. Mengingat dan mempromosikan kepatuhan menulis dan melengkapi rekam medik, *discharge summary*, laporan kasus dan surat rujukan, termasuk menulis diagnosis dan tindakan medis yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
  - g. Mengevaluasi dan merekomendasikan perbaikan PNPK dan PPK berdasarkan hasil *utilization review* dan audit medis, serta perkembangan ilmu dan teknologi.
  - h. Mempromosikan upaya pengendalian mutu dan biaya yang terkait dengan kewenangan dan perilaku atau pola praktik tenaga kesehatan.
3. Mengadakan kegiatan dan pertemuan berkala untuk membahas hal-hal yang berkaitan dengan pelaksanaan *utilization review*, antara lain:
- a. Memilih indikator yang akan digunakan untuk mengukur dan menilai mutu dan biaya pelayanan yang diberikan kepada peserta JKN dari berbagai sumber (Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, Organisasi Profesi, RS, dll).
  - b. Memantau indikator terpilih terhadap standar yang disepakati.
  - c. Melaksanakan kewenangan untuk mengakses database fasilitas kesehatan, database BPJS Kesehatan, dan database dinas kesehatan setempat, khususnya data yang terkait dengan indikator terpilih.
  - d. Melakukan analisa data terpilih dan membandingkan hasilnya dengan standar yang disepakati.
  - e. Merumuskan permasalahan yang ditemukan dalam *utilization review* dan memberikan rekomendasi kepada pemangku kepentingan terkait tentang solusi untuk mengendalikan biaya dan meningkatkan mutu pelayanan bagi peserta JKN.
  - f. Menindaklanjuti rekomendasi dan temuan yang tidak sesuai standar yang disepakati, antara lain dengan melaksanakan audit medis atau pengkajian yang lebih mendalam.
4. Melaksanakan Audit Medis
- a. Audit Medis pada Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
    - 1) Membantu pelaksanaan audit medis sederhana dalam bentuk pembahasan kasus oleh para dokter yang berpraktik di FKTP.
    - 2) Mengidentifikasi kasus/masalah yang disajikan pada pembahasan kasus FKTP yang perlu ditindaklanjuti dengan kajian yang mendalam atau audit medis dengan tujuan tertentu.



- 3) Menampung masukan/pemintaan dari BPJS Kesehatan untuk melaksanakan kajian yang mendalam atau audit medis dengan tujuan tertentu di suatu FKTP.
  - 4) Membentuk Tim Adhoc Audit Medis untuk melaksanakan kajian yang mendalam atau audit medis dengan tujuan tertentu bekerja sama dengan organisasi profesi dan Dinas Kesehatan setempat.
  - 5) Membantu pelaksanaan audit medis oleh Tim Adhoc Audit Medis melalui kerja sama dengan Tim Teknis di suatu FKTP.
  - 6) Mempelajari hasil audit medis yang dilaksanakan oleh Tim Adhoc Audit Medis dan merumuskan rekomendasi.
  - 7) Menyampaikan hasil audit medis dan rekomendasi kepada pihak-pihak terkait untuk melakukan perbaikan.
- b. Audit Medis pada Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL)
- 1) Menampung dan memilah kasus/masalah yang diajukan oleh BPJS Kesehatan untuk ditindaklanjuti dengan kajian yang mendalam atau audit medis dengan tujuan tertentu.
  - 2) Bekerja sama dengan Komite Medik RS untuk melaksanakan audit medis atas kasus/masalah yang diajukan BPJS Kesehatan.
  - 3) Membentuk Tim Adhoc Audit Medis untuk melaksanakan kajian yang mendalam atau audit medis atas kasus/masalah yang diajukan BPJS Kesehatan di suatu RS bekerja sama dengan organisasi profesi dan Dinas Kesehatan setempat.
  - 4) Membantu dan memantau pelaksanaan audit medis melalui kerja sama dengan Komite Medik di suatu RS.
  - 5) Mempelajari hasil audit medis yang dilaksanakan oleh Tim Adhoc Audit Medis dan merumuskan rekomendasi.
  - 6) Menyampaikan hasil audit medis dan rekomendasi untuk melakukan perbaikan berdasarkan hasil audit medis kepada pihak-pihak terkait.
5. Mengadakan pertemuan dengan organisasi profesi dan pemangku kepentingan lain, serta melaksanakan kegiatan lain yang berkaitan dengan pembinaan etika dan disiplin tenaga kesehatan, antara lain:
- a. Membahas kasus-kasus yang ditemukan pada *utilization review* dan audit medis yang mengandung unsur pelanggaran etika dan disiplin dan bersama-sama merumuskan solusinya.
  - b. Menyerahkan kasus pelanggaran etika dan disiplin kepada organisasi profesi untuk ditindaklanjuti.
  - c. Mempromosikan tindakan pencegahan terhadap hal-hal yang berpotensi akan menjadi pelanggaran etika.
  - d. Membuka komunikasi antara para pemangku kepentingan dengan pemberi pelayanan untuk menampung berbagai permasalahan tentang pelanggaran

atau berpotensi menjadi pelanggaran etika.

- e. Memberikan masukan dan rekomendasi kepada organisasi profesi terkait pembinaan etika dan disiplin profesi berbasis data *utilization review*, audit medis dan survei.
6. Melaksanakan kegiatan serta menghimpun isu dan masalah dari masyarakat tentang penyelenggaraan pelayanan peserta JKN di lapangan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan pada peserta JKN, antara lain:
- a. Melakukan pemantauan, pengamatan, dan pengumpulan informasi tentang isu dan masalah di lapangan melalui berbagai sumber (media massa, laporan masyarakat, hasil penelitian, dan sebagainya) tentang pelayanan pada peserta JKN, dan meneruskannya kepada pihak-pihak terkait untuk ditindaklanjuti.
  - b. Melakukan berbagai penelitian kuantitatif dan kualitatif secara berkala dan sewaktu diperlukan untuk memotret kepuasan masyarakat, pemberi pelayanan dan semua pemangku kepentingan dalam program JKN.
  - c. Melaksanakan jajak pendapat tentang suatu isu yang terkait dengan rencana penerapan kebijakan baru tentang pelayanan kepada peserta JKN.
  - d. Memberikan masukan dan rekomendasi berbasis data dari masyarakat tentang hal-hal yang berkaitan dengan penyelenggaraan program JKN kepada para pemangku kepentingan (Pemerintah, BPJS Kesehatan, Organisasi Profesi, Asosiasi Faskes, dll).
7. Kegiatan Lain
- Melakukan konsultasi, kordinasi, berbagi informasi dengan instansi atau organisasi terkait tentang potensi kecurangan, pemborosan, etika, dan risiko lainnya dari hasil audit medis.



## BAB VII

### MONITORING DAN EVALUASI SISTEM PENCEGAHAN KECURANGAN (*FRAUD*)

#### A. Pengertian Monitoring dan Evaluasi

Pengertian monitoring secara umum adalah proses rutin pengumpulan data dan pengukuran kemajuan atas tujuan program atau memantau perubahan yang fokus pada proses dan keluaran dari program. Sedangkan evaluasi adalah penggunaan metode penelitian sosial untuk secara menginvestigasi efektivitas program atau menilai dampak program terhadap perubahan (*goal/objektif*) dan menilai kebutuhan perbaikan, kelanjutan atau perluasan program.

Monitoring dan evaluasi sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam program jaminan kesehatan adalah suatu proses untuk menilai kelengkapan infrastruktur sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) mulai dari kebijakan dan pedoman pencegahan, deteksi dan penanganan kecurangan (*fraud*), budaya pencegahan kecurangan (*fraud*) kendali mutu dan kendali biaya, dan tim pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) serta menilai hasil yang dicapai terhadap implementasi dan keberlangsungan seluruh infrastruktur sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) yang ada dalam menurunkan potensi terjadinya kecurangan (*fraud*) dalam program jaminan kesehatan nasional.

#### B. Tujuan

Tujuan dari monitoring dan evaluasi ini adalah :

1. Menilai kelengkapan infrastruktur pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dan implementasi serta keberlangsungan infrastruktur sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) yang telah dibentuk.
2. Membuat simpulan maturitas sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) yang ada sesuai dengan kriteria yang ditetapkan.

#### C. Objek dan Subjek

Subjek monitoring dan evaluasi sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) adalah BPJS Kesehatan, FKTP, FKRTL, fasilitas kesehatan lainnya, penyedia obat dan/atau alat kesehatan dan pemberi kerja bukan penyelenggara negara yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dalam program jaminan kesehatan.

Objek monitoring dan evaluasi yaitu :

1. Kebijakan dan Pedoman Pencegahan, deteksi dan Penanganan kecurangan (*fraud*);
2. Budaya pencegahan kecurangan;
3. Kendali mutu dan kendali biaya; dan
4. Tim pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*).

#### D. Metode

Metode monitoring dan evaluasi sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam program jaminan kesehatan dilakukan melalui :

##### 1. Studi Dokumen

Studi dokumen dilakukan melalui pengumpulan dokumen yang terkait dengan sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*). Dokumen yang telah dikumpulkan dikelompokkan, ditelaah dan dianalisis sesuai dengan kebutuhan monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan. Dokumen yang dikumpulkan antara lain :

##### a. Untuk BPJS Kesehatan :

##### 1) Kebijakan dan Pedoman Internal pencegahan, deteksi dan penanganan kecurangan (*fraud*) :

- a) Pedoman *Good Corporate Governance* dan bukti pelaksanaannya
- b) Bukti penggalangan komitmen dan deklarasi komitmen anti kecurangan (*fraud*)
- c) Kode etik dan standar perilaku pegawai BPJS Kesehatan
- d) Peraturan tentang uraian tugas, tanggung jawab dan kewenangan pegawai BPJS Kesehatan
- e) Peraturan terkait rekrutmen, seleksi, rotasi, mutasi, promosi, *reward* dan *punishment* di lingkungan BPJS Kesehatan dan bukti pelaksanaannya
- f) Kebijakan/ peraturan/ pedoman/ prosedur terkait konflik kepentingan dan bukti pelaksanaannya
- g) Laporan pengawasan Dewas dan SPI terkait dengan kecurangan (*fraud*) yang terjadi di BPJS Kesehatan
- h) Audit charter yang ditandatangani oleh SPI dan Direktur Utama BPJS Kesehatan
- i) Mekanisme Whistleblowing sistem dan bukti pelaksanaannya
- j) Sistem Informasi terhadap kecurangan (*fraud*) dan pelaksanaannya
- k) Laporan pemutakhiran data kepesertaan secara real time dan hasilnya
- l) Laporan monitoring pembayaran iuran peserta dengan pemberian notifikasi kepada peserta
- m) Hasil pemeriksaan kepatuhan kepada peserta dan pemberi kerja yang teridentifikasi melakukan kecurangan (*fraud*)
- n) Laporan monitoring dan evaluasi rutin terhadap kinerja petugas BPJS Kesehatan
- o) Laporan monitoring dan evaluasi terhadap PKS dengan faskes untuk ketersediaan obat dan alat kesehatan
- p) Laporan koordinasi dengan kementerian kesehatan atas ketersediaan obat dan alkes



- q) SOP/ Standar/ Panduan pelaksanaan proses bisnis antara lain pendaftaran peserta, pemindahan peserta, pembayaran iuran, pembayaran manfaat (klaim), kredensialing faskes, pembayaran kapitasi termasuk Pengadaan Barang/ Jasa/ Jasa Lainnya.
- 2) Pelaksanaan manajemen risiko *fraud*
- a) Pedoman manajemen risiko kecurangan (*fraud*)
  - b) Daftar risiko kecurangan (*fraud*) beserta rencana mitigasi risiko *fraud* yang menyeluruh pada area proses bisnis BPJS Kesehatan
  - c) Laporan pelaksanaan tindakan korektif yang dilakukan terkait dengan mitigasi risiko
  - d) Bukti sosialisasi atau kegiatan lainnya untuk menyampaikan daftar risiko *fraud* pada setiap area proses bisnis
  - e) Laporan hasil monitoring, evaluasi dan reviu kinerja manajemen risiko *fraud* secara berkala
- 3) Pengembangan budaya pencegahan kecurangan
- a) Pakta integritas yang telah ditandatangani oleh seluruh pegawai termasuk direksi dan dewan pengawas
  - b) Bukti sosialisasi/ kegiatan lain terkait dengan budaya pencegahan kecurangan (*fraud*) kepada pegawai termasuk peserta, faskes dan pemangku kepentingan lainnya
  - c) Bukti sosialisasi kepada pemberi kerja/peserta tentang manfaat BPJS Kesehatan
- 4) Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu kendali biaya
- a) SK pembentukan tim KMKB
  - b) Program penguatan tugas dan fungsi KMKB dan bukti pelaksanaannya
  - c) Dokumen pertemuan yang dilakukan tim KMKB RS untuk mensosialisasikan berbagai hal yang berkaitan dengan kompetensi dan kewenangan tenaga kesehatan termasuk pembahasan hasil audit medis dan Utilization Reviw (UR)
  - d) Kegiatan dan pertemuan berkala untuk membahas hal-hal yang berkaitan dengan pelaksanaan *utilization review*
  - e) Dokumen pelaksanaan dan pembahasan audit medis oleh tim KMKB teknis pada FKTP dan FKRTL
  - f) Laporan monitoring dan evaluasi kinerja tim KMKB
- 5) Pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*)
- a) SK tim/divisi yang khusus untuk pencegahan, deteksi dan respon terhadap kecurangan (*fraud*)
  - b) Prosedur internal untuk investigasi dan pelaporan pelaku kecurangan (*fraud*)

b. Untuk FKTP

1) Kebijakan dan Pedoman Internal pencegahan, deteksi dan penanganan kecurangan (*fraud*):

a) Pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*:

- (1) Bukti penggalangan komitmen dan deklarasi komitmen anti kecurangan (*fraud*)
- (2) Peraturan terkait rekrutmen, seleksi, rotasi, mutasi, promosi, reward dan punishment dan bukti pelaksanaannya
- (3) Kebijakan/peraturan/pedoman/prosedur terkait konflik kepentingan dan bukti pelaksanaannya
- (4) Dokumen tentang kewenangan dan uraian tugas tenaga kesehatan dan non kesehatan
- (5) SOP pelayanan klinis yang mengacu kepada PNPK dan bukti penerapannya
- (6) SOP pengajuan klaim non kapitasi dan bukti penerapannya
- (7) Laporan penggunaan/ pemanfaatan dana kapitasi
- (8) Pedoman pengelolaan mutu dan kinerja pelayanan klinis
- (9) Laporan monitoring dan evaluasi kegiatan mutu dan kinerja pelayanan klinis yang dilakukan secara periodik
- (10) Dokumen analisis kompetensi tenaga kesehatan
- (11) Dokumen pengelolaan medical error
- (12) Dokumen keselamatan pasien
- (13) Dokumen pelaksanaan Audit data klinis dan koding internal
- (14) Dokumen manajemen risiko klinis
- (15) Dokumen indikator kinerja klinis
- (16) Laporan hasil evaluasi kinerja klinis secara periodik
- (17) Pedoman/ SOP monitoring dan evaluasi mutu pelayanan
- (18) Laporan hasil evaluasi pelayanan yang dilakukan secara periodik
- (19) Pemeliharaan dan Peningkatan Profesionalisme Pemberi Pelayanan Klinis (Pendidikan formal, Pertemuan ilmiah seperti seminar, simposium, workshop dan lain-lain dalam rangka pendidikan berkelanjutan, Program Pengembangan Pendidikan Keprofesian Berkelanjutan (P2KB).

2) Pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap kecurangan (*fraud*)

- a) SOP/ Mekanisme pengaduan masyarakat dan bukti tindak lanjutnya
- b) Sistem Informasi untuk mencegah dan mendeteksi kecurangan (*fraud*) dan pemanfaatannya



- c) SOP tentang pemeriksaan kelengkapan dan validasi klaim non kapitasi yang diajukan oleh puskesmas, bidan dan laboratorium jejaring dan bukti pelaksanaannya.
- 3) Pelaksanaan manajemen risiko *fraud*
  - a) Pedoman manajemen risiko kecurangan (*fraud*)
  - b) Daftar risiko kecurangan (*fraud*) beserta rencana mitigasi risiko *fraud*
  - c) yang menyeluruh pada area pelayanan FKTP
  - d) Laporan pelaksanaan tindakan korektif yang dilakukan terkait dengan mitigasi risiko
  - e) Bukti sosialisasi atau kegiatan lainnya untuk menyampaikan daftar risiko
  - f) *fraud* pada setiap area pelayanan FKTP
  - g) Laporan hasil monitoring, evaluasi dan revaluasi kinerja manajemen risiko
  - h) *fraud* secara berkala
- 4) Pengembangan budaya pencegahan kecurangan
  - a) Pakta integritas yang telah ditandatangani oleh seluruh pegawai FKTP termasuk pimpinan
  - b) Dokumen kode etik pegawai/ profesi dan standar perilaku pegawai
  - c) Bukti penerapan kode etik/ laporan penanganan kasus pelanggaran etik dan standar perilaku pegawai
  - d) Bukti pelaksanaan edukasi budaya anti kecurangan kepada pegawai FKTP dan peserta JKN atau bukti sosialisasi Permenkes Nomor 16, tahun 2019
  - e) Dokumen kegiatan sosialisasi pencegahan kecurangan (*fraud*) di FKTP dan bukti pelaksanaannya
  - f) Dokumen perbaikan/pengelolaan budaya kinerja klinis
- 5) Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu kendali biaya :
  - a) Penerapan konsep manajemen mutu dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan :
    - (1) Alur pelayanan pasien di FKTP
    - (2) Pemanfaatan P-Care dan rujukan online
    - (3) Bukti akreditasi FKTP
    - (4) Hasil survei kepuasan pelanggan
  - b) Kebijakan/pedoman audit klinis dan *Utilization Review*
  - c) Laporan pelaksanaan audit klinis dan *Utilization Review*
  - d) Program kerja audit klinis dan *Utilization Review*
  - e) Dokumen Rekam medis pasien
  - f) Laporan kelengkapan pengisian RM secara segera, lengkap, jelas dan benar

c. Untuk FKRTL

1) Kebijakan dan Pedoman Internal pencegahan, deteksi dan penanganan kecurangan (*fraud*)

a) Pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance* :

- (1) Bukti penggalangan komitmen dan deklarasi komitmen anti kecurangan (*fraud*)
- (2) Peraturan/ pedoman/ SOP terkait rekrutmen, seleksi, rotasi, mutasi, promosi, *reward* dan *punishment* dan bukti pelaksanaannya
- (3) Kebijakan/ peraturan/ pedoman/ prosedur terkait konflik kepentingan dan bukti pelaksanaannya
- (4) Bukti penetapan kewenangan dan uraian tugas tenaga kesehatan dan non kesehatan
- (5) SOP pelayanan klinis yang mengacu kepada PNPK dan bukti penerapannya
- (6) SOP pengajuan klaim dan bukti penerapannya
- (7) Pedoman pengelolaan mutu dan kinerja pelayanan klinis
- (8) Laporan monitoring dan evaluasi kegiatan mutu dan kinerja pelayanan klinis yang dilakukan secara periodik
- (9) Dokumen analisis kompetensi tenaga kesehatan
- (10) Dokumen pengelolaan *medical error*
- (11) Dokumen keselamatan pasien
- (12) Dokumen pelaksanaan Audit data klinis dan koding internal
- (13) Dokumen manajemen risiko klinis
- (14) Dokumen indikator kinerja klinis
- (15) Laporan hasil evaluasi kinerja klinis secara periodik
- (16) Pedoman/ SOP monitoring dan evaluasi mutu pelayanan
- (17) Laporan hasil evaluasi pelayanan yang dilakukan secara periodik

2) Pemeliharaan dan Peningkatan Profesionalisme Pemberi Pelayanan Klinis (Pendidikan formal, Pertemuan ilmiah seperti seminar, symposium, workshop dan lain-lain dalam rangka pendidikan berkelanjutan Program Pengembangan Pendidikan Keprofesian Berkelanjutan (P2KB). Pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap kecurangan (*fraud*) termasuk mekanisme investigasi dan pelaporan

- a) Laporan pengawasan internal termasuk sistem pengendalian internal dalam pencegahan kecurangan (*fraud*)
- b) Mekanisme Whistleblowing sistem dan pelaksanaannya
- c) Dokumen pemanfaatan V-claim dan e-Claim
- d) Hasil surveilans data atau audit data rutin
- e) Sosialisasi/pelatihan terkait dengan coding kepada dokter, coder dan petugas lainnya
- f) Bukti dokumen penulisan RM oleh DPJP secara jelas, lengkap.



- benar, dan tepat waktu
- g) Bukti koordinasi antara coder dengan staf klinis terkait dengan penetapan diagnosa primer dan sekunder
- 3) Pelaksanaan manajemen risiko *fraud*
- a) Pedoman manajemen risiko kecurangan (*fraud*)
  - b) Daftar risiko kecurangan (*fraud*) beserta rencana mitigasi risiko *fraud* yang menyeluruh pada area pelayanan FKRTL
  - c) Laporan pelaksanaan tindakan korektif yang dilakukan terkait dengan mitigasi risiko
  - d) Bukti sosialisasi atau kegiatan lainnya untuk menyampaikan daftar risiko *fraud* pada setiap area pelayanan FKRTL
  - e) Laporan hasil monitoring, evaluasi dan revaluasi kinerja manajemen risiko *fraud* secara berkala
- 4) Pengembangan budaya pencegahan kecurangan
- a) Pakta integritas yang telah ditandatangani oleh seluruh pegawai FKRTL termasuk pimpinan
  - b) Dokumen kode etik pegawai/profesi dan standar perilaku pegawai
  - c) Bukti penerapan kode etik/ laporan penanganan kasus pelanggaran etik dan standar perilaku pegawai
  - d) Bukti pelaksanaan edukasi budaya anti kecurangan kepada pegawai FKRTL dan peserta di FKRTL atau bukti sosialisasi Permenkes Nomor 16 tahun 2019
  - e) Dokumen kegiatan sosialisasi pencegahan kecurangan (*fraud*) di FKRTL dan bukti pelaksanaannya
  - f) Dokumen perbaikan/pengelolaan budaya kinerja klinis
- 5) Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu kendali biaya
- a) SK Pembentukan tim KMKB di FKRTL
  - b) Program penguatan tugas dan fungsi KMKB dan bukti pelaksanaannya
  - c) Dokumen pertemuan yang dilakukan tim KMKB dengan organisasi profesi dan kegiatan lain untuk mensosialisasikan berbagai hal yang berkaitan dengan kompetensi dan kewenangan tenaga kesehatan termasuk pembahasan hasil audit medis dan *Utilization Review* (UR)
  - d) Kegiatan dan pertemuan berkala untuk membahas hal-hal yang berkaitan dengan pelaksanaan *utilization review*
  - e) Dokumen pelaksanaan audit medis oleh tim KMKB pada FKRTL
  - f) Dokumen rencana kerja tim KMKB dan bukti pelaksanaannya
  - g) Dokumen kredensialing tenaga kesehatan
  - h) SK penetapan kewenangan klinis
  - i) Dokumen standar pelayanan, PPK dan clinical pathway dan bukti pelaksanaannya
  - j) Dokumen pelaksanaan audit medis dan
  - k) SOP pengajuan klaim dan bukti pelaksanaannya
  - l) SOP analisa data klaim dan bukti pelaksanaannya
  - m) Laporan monitoring dan evaluasi kinerja tim KMKB

- n) Laporan pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu berkelanjutan antara lain misalnya: lean hospital
  - o) Dokumen pemanfaatan e-medical record dan e-prescribe atau sistem IT lainnya untuk mencegah kecurangan (*fraud*)
- 6) Pembentukan Tim pencegahan kecurangan (*fraud*) termasuk :
- a) SK Pembentukan tim pencegahan kecurangan (*fraud*)
  - b) Laporan deteksi dini kecurangan (*fraud*)
  - c) Program kerja dan bukti pelaksanaannya
  - d) Laporan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pencegahan kecurangan (*fraud*)
  - e) Laporan tim pencegahan kecurangan (*fraud*) secara periodik minimal per triwulan.
- d. Untuk Faskes Lainnya
- 1) Kebijakan dan Pedoman Internal pencegahan, deteksi dan penanganan kecurangan (*fraud*) :
- a) Pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance* :
    - (1) Bukti penggalangan komitmen dan deklarasi komitmen anti kecurangan (*fraud*)
    - (2) Peraturan terkait rekrutmen, seleksi, rotasi, mutasi, promosi, reward dan punishment dan bukti pelaksanaannya
    - (3) Kebijakan/ peraturan/ pedoman/ prosedur terkait konflik kepentingan dan bukti pelaksanaannya
    - (4) Dokumen tentang kewenangan dan uraian tugas tenaga kesenatan dan non kesehatan
    - (5) SOP pelayanan klinis yang mengacu kepada PNPK dan bukti penerapannya
    - (6) SOP pengajuan klaim dan bukti penerapannya
    - (7) Pedoman pengelolaan mutu dan kinerja pelayanan klinis
    - (8) Laporan monitoring dan evaluasi kegiatan mutu dan kinerja pelayanan klinis yang dilakukan secara periodik
    - (9) Dokumen analisis kompetensi tenaga kesehatan
    - (10) Dokumen pengelolaan medical error
    - (11) Dokumen keselamatan pasien
    - (12) Dokumen pelaksanaan Audit data klinis dan koding internal
    - (13) Dokumen manajemen risiko klinis
    - (14) Dokumen indikator kinerja klinis
    - (15) Laporan hasil evaluasi kinerja klinis secara periodik
    - (16) Pedoman/ SOP monitoring dan evaluasi mutu pelayanan
    - (17) Laporan hasil evaluasi pelayanan yang dilakukan secara periodik
    - (18) Pemeliharaan dan Peningkatan Profesionalisme Pemberi Pelayanan Klinis



- 2) Pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap kecurangan (*fraud*)
    - a) Laporan pengawasan internal termasuk sistem pengendalian internal dalam pencegahan kecurangan (*fraud*)
    - b) SOP/ mekanisme pengaduan masyarakat dan bukti tindak lanjutnya
    - c) Sistem Informasi untuk mencegah dan mendeteksi kecurangan (*fraud*) dan pemanfaatannya
    - d) Laporan pelaksanaan kegiatan JKN
  - 3) Pelaksanaan manajemen risiko *fraud*
    - a) Pedoman manajemen risiko kecurangan (*fraud*)
    - b) Daftar risiko kecurangan (*fraud*) beserta rencana mitigasi risiko *fraud* yang menyeluruh pada area pelayanan
    - c) Laporan pelaksanaan tindakan korektif yang dilakukan terkait dengan mitigasi risiko
    - d) Bukti sosialisasi atau kegiatan lainnya untuk menyampaikan daftar risiko *fraud* pada setiap area pelayanan
    - e) Laporan hasil monitoring, evaluasi dan review kinerja manajemen risiko *fraud* secara berkala
  - 4) Pengembangan budaya pencegahan kecurangan
    - a) Pakta integritas yang telah ditandatangani oleh seluruh pegawai faskes lainnya termasuk pimpinan
    - b) Dokumen kode etik pegawai/ profesi dan standar perilaku pegawai
    - c) Bukti penerapan kode etik/ laporan penanganan kasus pelanggaran etik dan standar perilaku pegawai
    - d) Bukti pelaksanaan edukasi budaya anti kecurangan kepada pegawai faskes lainnya dan peserta JKN atau bukti sosialisasi Permenkes Nomor 16 tahun 2019
    - e) Dokumen kegiatan sosialisasi pencegahan kecurangan (*fraud*) di faskes lainnya dan bukti pelaksanaannya
    - f) Dokumen perbaikan/ pengelolaan budaya kinerja klinis
  - 5) Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya
    - a) Dokumen penerapan perbaikan mutu pelayanan berkelanjutan antara lain penerapan konsep lean manajemen, dll dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan
    - b) Dokumen koordinasi dengan tim kendali mutu dan kendali biaya untuk dilakukan audit medis atau *utilisation review*
    - c) Bukti tindak lanjut hasil koordinasi dengan tim KMKB terkait audit medis dan *Utilization Review*
- a. Untuk Penyedia Obat dan Alkes
- 1) Kebijakan dan Pedoman Internal pencegahan, deteksi dan penanganan kecurangan (*fraud*) :
    - a) Pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance*:
      - (1) Bukti penggalangan komitmen dan deklarasi komitmen anti kecurangan (*fraud*)

- (2) Peraturan terkait rekrutmen, seleksi, rotasi, mutasi, promosi, *reward dan punishment* dan bukti pelaksanaannya
  - (3) Kebijakan/ peraturan/ pedoman/ prosedur terkait konflik kepentingan dan bukti pelaksanaannya
  - (4) Dokumen tentang kewenangan dan uraian tugas tenaga kesehatan dan non kesehatan
  - (5) SOP pelayanan obat dan/atau alat kesehatan dan bukti penerapannya
  - (6) Standar pelayanan obat dan/ atau alat kesehatan
  - (7) SOP pengajuan klaim dan bukti penerapannya
- 2) Pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap kecurangan (*fraud*)
    - a) Bukti penguatan sistem pengendalian internal dalam pencegahan kecurangan (*fraud*)
    - b) SOP/ Mekanisme pengaduan masyarakat dan bukti tindak lanjutnya
    - c) Sistem Informasi untuk mencegah dan mendeteksi kecurangan (*fraud*) dan pemanfaatannya
    - d) Laporan pelaksanaan kegiatan JKN
    - e) Laporan penggunaan obat dan alkes kepada pasien JKN
  - 3) Pelaksanaan manajemen risiko *fraud*
    - a) Pedoman manajemen risiko kecurangan (*fraud*)
    - b) Daftar risiko kecurangan (*fraud*) beserta rencana mitigasi risiko *fraud*
    - c) yang menyeluruh
    - d) Laporan pelaksanaan tindakan korektif yang dilakukan terkait dengan mitigasi risiko
    - e) Bukti sosialisasi atau kegiatan lainnya untuk menyampaikan daftar risiko
    - f) *fraud* pada setiap unit
    - g) Laporan hasil monitoring, evaluasi dan revaluasi kinerja manajemen risiko
    - h) *fraud* secara berkala
  - 4) Pengembangan budaya pencegahan kecurangan
    - a) Pakta integritas yang telah ditandatangani oleh seluruh pegawai faskes lainnya termasuk pimpinan
    - b) Dokumen kode etik pegawai/ profesi dan standar perilaku pegawai
    - c) Bukti penerapan kode etik/ laporan penanganan kasus pelanggaran etik dan standar perilaku pegawai
    - d) Bukti pelaksanaan edukasi budaya anti kecurangan kepada pegawai faskes lainnya dan peserta JKN atau bukti sosialisasi Permenkes Nomor 16 tahun 2019
    - e) Dokumen kegiatan sosialisasi pencegahan kecurangan (*fraud*) di faskes lainnya dan bukti pelaksanaannya
    - f) Dokumen perbaikan/pengelolaan budaya kinerja



- 5) Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu kendali biaya
  - a) Prosedur cara distribusi alat kesehatan dengan baik (CDAKB) dan cara distribusi obat yang baik (CDOB).
  - b) Laporan Penggunaan obat dan/ atau alat kesehatan sesuai evidence based dan praktek klinis yang efisien.

f. Untuk Pemberi Kerja yang Bukan Penyelenggara Negara

- 1) Pedoman *Good Corporate Governance* dan bukti penerapannya
  - a) Bukti penggalangan komitmen dan deklarasi komitmen anti kecurangan (*fraud*)
  - b) Peraturan terkait rekrutmen, seleksi, rotasi, mutasi, promosi, reward dan punishment dan bukti pelaksanaannya
  - c) Kebijakan/ peraturan/ pedoman/ prosedur terkait konflik kepentingan dan bukti pelaksanaannya
  - d) Surat pernyataan kesediaan menyampaikan seluruh data pegawai dan upah serta pemutakhirannya sesuai kondisi sebenarnya, kepatuhan pembayaran iuran, penggunaan sistem aplikasi pendukung dari BPJS Kesehatan serta konsekuensi menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku

2. Wawancara

Wawancara dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan kejelasan informasi yang diperoleh melalui hasil studi dokumen. Wawancara dilakukan kepada pihak- pihak yang berkompeten sesuai dengan kebutuhan informasi yang ingin diperoleh. Metode wawancara dapat dilakukan dengan wawancara mendalam (*in depth interview*) atau wawancara dengan kelompok fokus. Pemilihan metode untuk wawancara disesuaikan dengan kebutuhan lapangan pada saat monitoring dan evaluasi. Wawancara di fokuskan untuk mencari sebab mendasar dari ketidakcukupan infrastruktur sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dan hambatan dalam implementasi dan keberfungsian sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*). Hasil Wawancara akan mendukung dalam penetapan score instrumen monitoring dan evaluasi.

3. Pembuktian

Pembuktian dilakukan terhadap implementasi dan keberfungsian infrastruktur sistem pencegahan kecurangan (*fraud*). Pembuktian dilakukan dengan cara menguji penerapan standar/ pedoman/ SOP. Pemilihan standar/ pedoman/ SOP yang akan diuji tergantung kepada tim monitoring dan evaluasi. Pembuktian dilakukan setelah tahap studi dokumen dan wawancara. Hasil pengujian standar/ pedoman/ SOP akan menjadi pendukung dalam penilaian keberfungsian sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) yang telah dibangun.

4. Pengisian instrumen

Instrumen monitoring dan evaluasi sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) disusun dengan pendekatan *mix method* (kuantitatif dan kualitatif) yang dibagi ke dalam 4 (empat) komponen sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) yaitu:

- a. Kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan (*fraud*)
- b. Budaya pencegahan kecurangan (*fraud*)
- c. Kendali mutu kendali biaya (KMKB)
- d. Tim pencegahan kecurangan baik di tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota dan FKRTL

Dalam instrumen monitoring dan evaluasi sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) ini dilengkapi dengan sub komponen berupa dokumen-dokumen yang harus dipenuhi oleh entitas termasuk bukti implementasi dan keberfungsian.

Instrumen monitoring dan evaluasi ini juga telah dilakukan pembahasan bersama antara tim penyusun dengan tim pembahas/pakar dari asosiasi profesi dan unsur akademisi yaitu PERSI, ARSADA, ADINKES, IDI, ARVI, ARSSI, ASKLIN,

PERKLIN, PKFI dan PKMK FK KMK Universitas Gadjah Mada.

Pengisian instrumen dilaksanakan setelah studi dokumen, wawancara dan pengujian sebagai upaya verifikasi faktual terhadap implementasi dan keberfungsian sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*).

Adapun tata cara pengisian instrumen sebagai berikut:

1. Penentuan skor 0,1,2,3,4 dan 5 disesuaikan dengan kelengkapan dokumen, hasil wawancara dan pengujian implementasi dan keberfungsian dengan kriteria. Penentuan skor dapat dilihat dalam Tabel 5 berikut ini

Tabel 5.

| Jumlah Skor | Keterangan                                                       |
|-------------|------------------------------------------------------------------|
| Skor 0      | Belum ada dokumen                                                |
| Skor 1      | Jika < 20% dokumen terpenuhi dan sudah diimplementasikan         |
| Skor 2      | Jika 20% sd < 40% dokumen terpenuhi dan sudah diimplementasikan  |
| Skor 3      | Jika 40% sd < 60 % dokumen dipenuhi dan sudah diimplementasikan  |
| Skor 4      | Jika 60% sd < 80 % dokumen terpenuhi dan sudah diimplementasikan |
| Skor 5      | Jika $\geq$ 80% dokumen terpenuhi dan sudah diimplementasikan    |



2. Perhitungan skor tersebut diatas menggunakan formula sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah dokumen terpenuhi dan sudah diimplementasikan}}{\text{Total dokumen terpenuhi dan sudah diimplementasikan}} \times 100$$

3. Total skor yang diperoleh adalah agregat dari seluruh skor yang dinilai dan menunjukkan tingkat maturitas sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*).

#### E. Kompetensi Tim Pelaksana Monitoring Dan Evaluasi

Sangat penting untuk melibatkan pemangku kepentingan terkait dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi. Para pemangku kepentingan ini dapat dilibatkan mulai dari persiapan, pelaksanaan, analisis data, hingga mengkomunikasikan temuan. Pihak-pihak yang dapat terlibat dalam pelaksanaan Monev diantaranya: (a) pihak yang terlibat dalam pengembangan program; (b) pemangku kepentingan dalam lingkup yang lebih luas seperti organisasi profesi, asosiasi, atau kelompok peminatan tertentu; (c) pemangku kepentingan di luar pengembang program, namun memiliki wewenang yang luas, seperti pembuat kebijakan, lembaga/organisasi sosial. Dalam pelaksanaan Monitoring dan evaluasi, dapat juga melibatkan atau bekerja sama dengan lembaga penelitian maupun universitas.

Pihak yang melakukan monitoring dan evaluasi juga harus memiliki kompetensi yang memadai. Kompetensi ini dapat membantu menjamin pelaksanaan Monitoring dan evaluasi berjalan sesuai kaidah yang seharusnya dan memberi output yang diharapkan. Kompetensi-kompetensi yang perlu dimiliki oleh evaluator diantaranya:

1. Keterampilan dalam metode analisis kualitatif dan kuantitatif.  
Monev umumnya menggali informasi dalam bentuk kualitatif dan kuantitatif. Kedua jenis informasi ini memiliki karakteristik berbeda dalam proses analisisnya. Keterampilan analisis data kualitatif dan kuantitatif membantu untuk menghasilkan rumusan temuan dan berujung pada rekomendasi yang tepat.
2. Keterampilan menulis laporan.  
Kemampuan menulis yang runut dan jernih menggambarkan kemampuan pikir yang jernih. Laporan yang ditulis dengan dengan sistematika yang jelas dan runut membantu pembaca mendapat informasi yang akurat dan membantu mengarahkan mereka untuk menindaklanjuti rekomendasi yang disampaikan.
3. Keterampilan interpersonal.  
Keterampilan interpersonal didefinisikan sebagai keterampilan yang melekat pada individu untuk membantu pelaksanaan Monev seperti keterampilan

- komunikasi, negosiasi, pengelolaan konflik, kolaborasi, dan keterampilan lintas budaya.
4. Keterampilan konten area monev.  
Evaluator harus memiliki pemahaman dan keterampilan yang memadai dalam bidang atau program yang akan di Monev. Keterampilan ini membantu tim evaluator untuk memiliki persepsi yang sama terhadap instrumen dan jawaban responden.
  5. Keterampilan manajemen kegiatan dan manajemen tim.  
Keterampilan ini mencakup mengidentifikasi dan mengejar peluang evaluasi, merancang evaluasi, evaluasi penganggaran, dan evaluasi kontrak, pengumpulan data, analisis, dan pelaporan.
  6. Keterampilan manajemen data.  
Keterampilan ini mencakup keterampilan pengumpulan data, menjaga kerahasiaan data, penyimpanan data, pengolahan data, hingga pemusnahan data.
  7. Pemahaman metode dan teori evaluasi.  
Tim evaluator harus memahami konsep Monev dan berbagai macam metode dan teknis pelaksanaan Monev.
  8. Kompetensi terkait budaya.  
Tim evaluator harus memahami bagaimana bekerja dan berperilaku dalam situasi budaya yang berbeda bersama dalam tim dengan latar belakang budaya beda.

#### F. Etika Pelaksanaan

Monitoring dan evaluasi (Monev) merupakan bagian penting dalam pelaksanaan program kesehatan publik. Karena Monev merupakan tulang punggung dalam pelaksanaan program, maka diperlukan pertimbangan etik dalam proses pelaksanaannya. Beberapa kunci pertimbangan etik dalam pelaksanaan Monev ini diantaranya adalah mencegah *conflict of interest*, menjaga independensi dalam membuat hasil penilaian, keadilan, transparansi, keterbukaan, menghargai, tanggung jawab, akuntabilitas, pemberdayaan, dan keberlanjutan.

Penerapan Etika dalam pelaksanaan Monev dapat juga menggunakan kerangka "Evaluator" yang terdiri dari:

1. *Evidence* (Bukti)  
Kegiatan Monev harus dimulai dari perencanaan yang berasal dari bukti ilmiah. Instrumen Monev yang dikembangkan serta sasaran yang akan dicapai harus didasarkan dari regulasi dan bukti ilmiah yang sesuai. Metode penilaian hingga penyusunan rekomendasi pun harus berdasar teori terbaik dan regulasi terkait.
2. *Validity* (Validitas)  
Validitas mengacu kepada kondisi bahwa sebuah konsep, kesimpulan maupun pengukuran disusun dengan baik dan sesuai untuk menangkap fenomena yang sesuai di lapangan. Instrumen Monev harus valid sehingga dapat menangkap fenomena yang sesungguhnya di lapangan. Rekomendasi hasil Monev juga



harus valid, sehingga dapat digeneralisasi dan berdampak.

3. *Accuracy* (Akurasi)

Dalam kegiatan Monev, tim evaluator harus memastikan bahwa data yang dikumpulkan, diolah, dan dilaporkan akurat dan lengkap. Mulai dari persiapan, pelaksanaan Monev, analisis data, hingga penyusunan rekomendasi dan pelaporan, evaluator harus menjamin bahwa teknik dan metode yang digunakan hingga proses perumusan hasil semuanya akurat dan jelas.

4. *Learn* (Pembelajaran)

Kebutuhan utama pelaksanaan Monev adalah adanya umpan balik hasil evaluasi. Umpan balik ini menjadi bahan yang baik untuk sumber pembelajaran. Pembelajaran yang baik sangat penting untuk membantu optimalisasi kinerja dan efektivitas program yang sedang berjalan.

5. *Unbias* (Tidak Menimbulkan Bias)

Instrumen Monev yang disusun harus jelas dan tidak menimbulkan pemahaman ganda. Demikian juga hasil dan rekomendasi yang diusulkan, harus jelas, tepat sasaran, dan dipahami sama oleh semua pihak.

6. *Accountability* (Akuntabilitas)

Tim evaluator Monev harus memiliki akuntabilitas tinggi dalam proses Monev dan produk yang dihasilkan. Evaluator harus bertanggungjawab terhadap pilihan kriteria Monev, metode pelaksanaan Monev, maupun rumusan rekomendasi. Evaluator juga harus mampu memberi informasi yang jelas, terbuka, dan apa adanya tentang hasil temuan. Waktu pelaksanaan Monev juga harus masuk akal dan dapat diterima oleh klien.

7. *Transparency* (Transparansi)

Transparansi dan diskusi berkelanjutan dengan pemangku kebijakan terkait merupakan komponen penting dalam semua tahapan Monev, mulai dari penyusunan instrumen, pengambilan data, penyusunan rekomendasi, hingga sosialisasi. Laporan hasil temuan juga harus terkait antara bukti ilmiah, temuan, kesimpulan hingga rekomendasi.

8. *Omissions and Wrongdoing* (Tidak Sesuai)

Setiap temuan yang tidak sesuai dengan peraturan yang berlaku harus disampaikan kepada ketua tim Monev. Detil kejadian dan pihak yang terlibat dalam kejadian hanya dilaporkan kepada pihak tertentu yang bekepentingan.

9. *Rights* (Hak)

Evaluator harus menjamin pelaksanaan Monev dengan menjaga hak-hak semua pihak. Mulai dari teknik pemilihan responden yang adil, menghargai tata cara mewawancara responden dari berbagai kalangan usia, hak atas keterbukaan informasi dan hasil temuan, maupun hak akses terhadap laporan kegiatan.

## G. Hasil Monitoring dan Evaluasi

Hasil monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan akan memberikan gambaran terhadap maturitas sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) yang ada. Maturitas sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) di bagi dalam 5 (lima) kategori yaitu :

1. *Naive* : Organisasi belum membangun infrastruktur sistem pencegahan kecurangan (*fraud*)
2. *Aware* : Pencegahan kecurangan (*fraud*) yang dilakukan belum terkelola sebagai suatu sistem
3. *Define* : Sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) sudah dikomunikasikan kepada seluruh pegawai/karyawan namun pelaksanaannya belum optimal
4. *Manage* : Sistem pencegahan, deteksi dan penanganan kecurangan (*fraud*) sudah dikelola namun belum terintegrasi dengan seluruh area proses bisnis
5. *Enable* : Sistem pencegahan, deteksi dan penanganan kecurangan (*fraud*) sudah berjalan optimal dan terintegrasi dengan seluruh area proses bisnis.

## H. TEKNIK PELAKSANAAN

Monitoring dan evaluasi (Monev) terhadap sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) pada program jaminan kesehatan dilaksanakan secara berkesinambungan oleh tim pencegahan kecurangan (*fraud*) baik ditingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota dan di institusi seperti BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, provider alat kesehatan dan obat, serta pemberi kerja bukan penyelenggara negara. Kegiatan Monitoring dan evaluasi hendaknya dilakukan minimal 1 kali dalam setahun.

Untuk memberikan keseragaman dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi maka tahap-tahap yang dilaksanakan adalah :

### 1. Tahap Persiapan

Tahap persiapan dilakukan sebelum pelaksanaan monitoring dan evaluasi. Pada tahap ini pihak yang akan melakukan monitoring dan evaluasi perlu menetapkan:

- a. Jumlah dan kategori entitas
- b. Sumber pendanaan,
- c. SDM
- d. Instrumen monev

Selain itu koordinasi dengan entitas yang akan dilakukan monitoring dan evaluasi penting dilakukan pada tahap persiapan ini.

### 2. Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini pihak yang akan melakukan monitor dan evaluasi perlu melakukan hal-hal sebagai berikut :

- a. Melakukan pertemuan awal (*entry meeting*) dengan pimpinan entitas
- b. Menjelaskan maksud, tujuan, ruang lingkup, metode, etika saat monitoring dan evaluasi dilaksanakan.



- c. Jika memungkinkan dapat dilakukan pertemuan besar untuk dengan melibatkan unsur manajemen lainnya yang terkait dengan sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) misalnya komite medis, SPI, pejabat struktural/ fungsional yang memiliki afiliasi dengan pencegahan kecurangan (*fraud*).

Metode yang digunakan dalam tahap pelaksanaan adalah studi dokumen, wawancara, pengujian dan pengisian instrumen monitoring dan evaluasi sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*).

Hasil dari tahap pelaksanaan adalah :

- a. Tingkat maturitas sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*)
- b. Rekomendasi korektif untuk perbaikan sistem pencegahan pencegahan, deteksi dan penanganan kecurangan (*fraud*).
- c. Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan oleh entitas. Rencana tindak lanjut minimal berisi kegiatan, waktu pelaksanaan, dan penanggung jawab.

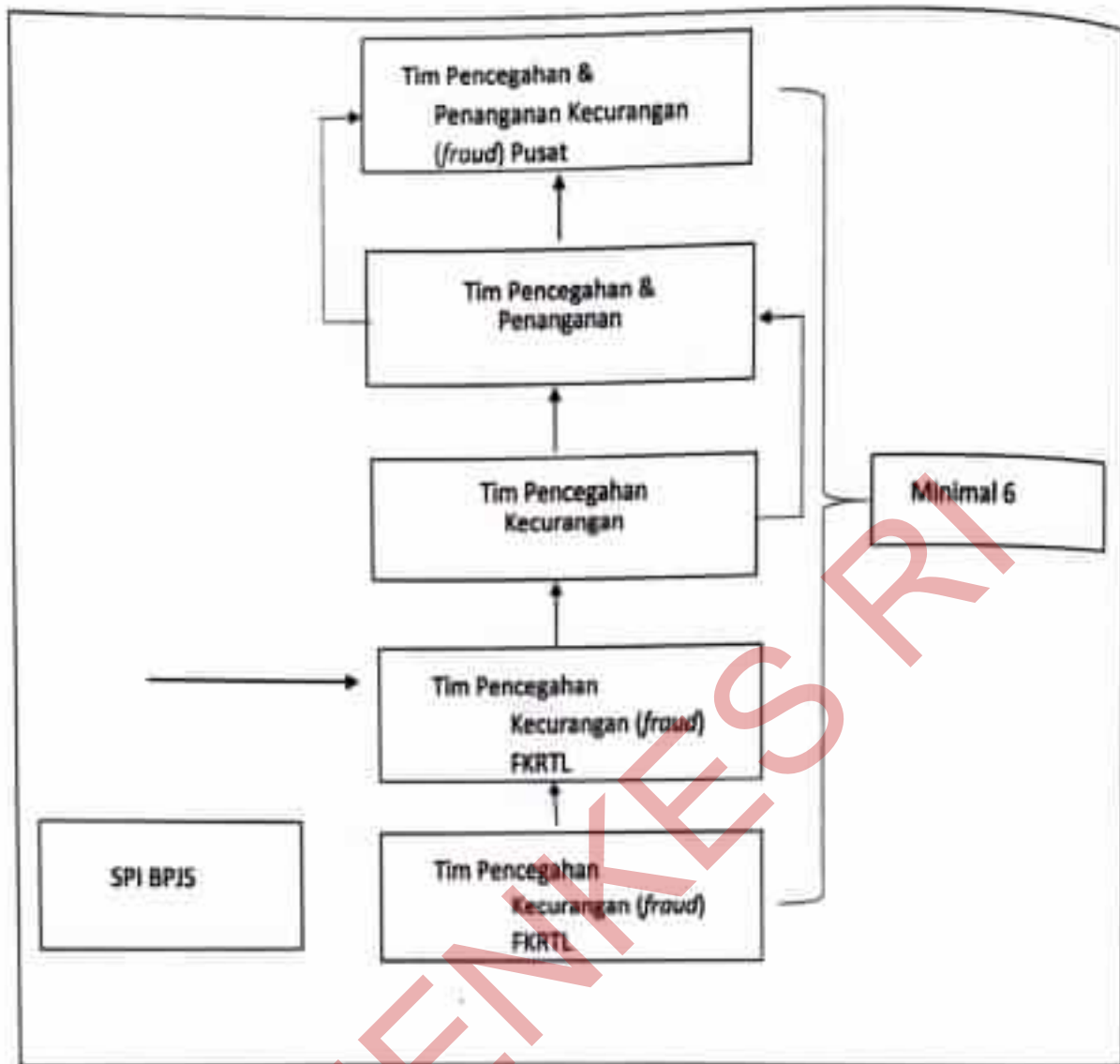
### 3. Tahap Pelaporan

Tahap ini adalah tahap akhir dari pelaksanaan monitoring dan evaluasi sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*). Pada tahap ini setiap pihak yang melakukan monitoring dan evaluasi harus membuat laporan tentang pelaksanaan monitoring dan evaluasi sistem pencegahan dan penanganan kecurangan. Isi laporan minimal memuat :

- a. Identitas entitas
- b. Tingkat maturitas sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*)
- c. Kecukupan sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*)
- d. Kendala dalam implementasi dan keberfungsian infrastruktur sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*)
- e. Rekomendasi korektif yang harus dilakukan oleh entitas
- f. Rencana tindak lanjut untuk meningkatkan maturitas sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*)

Laporan hasil monitoring dan evaluasi disusun mengikuti standar pelaporan sebagaimana terlampir dalam petunjuk pelaksanaan ini.

Laporan hasil monitoring dan evaluasi sistem pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) disampaikan kepada pimpinan entitas yang dilakukan monitoring dan evaluasi dan ditembuskan secara berjenjang kepada tim pencegahan kecurangan (*fraud*) tingkat kabupaten/kota, tingkat provinsi dan tingkat pusat untuk dijadikan sebagai *database* tim pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*). Alur penyampaian laporan hasil monitoring dan evaluasi dapat dilihat dalam Gambar 8



Gambar 8. Alur penyampaian laporan hasil monitoring dan evaluasi



## BAB VIII

### PENUTUP

Petunjuk pelaksanaan pembangunan sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan Nasional merupakan panduan bagi fasilitas kesehatan dan *stakeholder* terkait dalam melaksanakan Permenkes No. 16 tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.

Hal hal yang belum tercantum dalam petunjuk pelaksanaan ini dapat mengacu kepada ketentuan dan peraturan terkait yang berlaku.

Pelaksanaan pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam program JKN merupakan kegiatan yang bersifat dinamis, karena itu saran dan masukan diharapkan demi sempurnanya petunjuk pelaksanaan ini.

## Lampiran 1. Contoh Fakta Integritas (Deklarasi Pernyataan Anti *Fraud*)

### Contoh 1

Dalam rangka mengembangkan budaya dan kepedulian anti *Fraud* di seluruh jenjang organisasi dan sebagai bentuk pernyataan anti terhadap *Fraud*, maka seluruh Pimpinan dan Karyawan RS/Puskesmas/Klinik.....menandatangani fakta integritas atau Deklarasi Pernyataan Anti *Fraud* (*Anti Fraud Statement*), yang memuat, namun tidak terbatas pada pernyataan sebagai berikut :

1. Seluruh Pimpinan dan Karyawan RS/Puskesmas/Klinik.....menyadari, bahwa sesungguhnya tindakan *Fraud* adalah tindakan yang menyalahi norma-norma agama serta melanggar aturan perundangan-undangan, termasuk peraturan Organisasi;
2. Seluruh Pimpinan dan Karyawan RS/Puskesmas/Klinik.....menyadari, bahwa melakukan tindakan *Fraud* berarti mengkhianati kepercayaan atau amanah yang diberikan oleh Organisasi dan Pemegang Saham;
3. Seluruh Pimpinan dan Karyawan RS/Puskesmas/Klinik.....menyadari, bahwa akibat tindakan *Fraud* tidak hanya merugikan Organisasi, namun juga diri sendiri dan keluarga;
4. Seluruh Pimpinan dan Karyawan RS/Puskesmas/Klinik.....berkomitmen untuk tidak akan melakukan atau terlibat dalam segala tindak *Fraud*, serta menghindarkan diri dari perbuatan yang dapat mempermudah atau memberikan kesempatan kepada orang lain atau pihak ketiga untuk melakukan tindak *Fraud*;
5. Seluruh Pimpinan dan Karyawan RS/Puskesmas/Klinik.....berkomitmen untuk melaksanakan dan mendukung kebijakan penerapan strategi anti *Fraud* yang ditetapkan secara menyeluruh dan konsisten;

### Contoh 2

Dalam rangka mengembangkan budaya dan kepedulian anti *Fraud* di seluruh jenjang organisasi dan sebagai bentuk pernyataan anti terhadap *Fraud*, maka seluruh Pimpinan dan Karyawan RS/Puskesmas/Klinik ..... menyatakan Deklarasi Pernyataan Anti *Fraud* (*Anti Fraud Statement*), yang memuat, pernyataan sebagai berikut :

1. Selalu mematuhi semua ketentuan Peraturan Organisasi dan ketentuan yang mengatur hubungan kerja mengenai tata tertib dan disiplin kerja yang berlaku di dalam lingkungan Organisasi.
2. Tidak akan melakukan segala bentuk perbuatan *fraud* dan menyadari, bahwa akibat tindakan *Fraud* tidak hanya merugikan Organisasi, namun juga diri sendiri dan keluarga.
3. Menghindarkan diri dari perbuatan yang mempermudah atau memberikan kesempatan kepada orang lain untuk melakukan tindak *fraud*.
4. Melaksanakan dan mendukung Kebijakan dan prosedur penerapan strategi anti *Fraud* secara menyeluruh dan konsisten.



## Lampiran 2 Contoh Formulir Pelaporan Kecurangan Berbasis Web

**FORMULIR PELAPORAN**  
**Pengisian Pelaporan Masalah**

Apakah anda bersedia mengungkapkan identitas anda?

☐ YA ☐ TIDAK

Apakah laporan ini pernah dilaporkan sebelumnya?

☐ YA ☐ TIDAK

Sebutkan email yang akan anda gunakan untuk berkorespondensi dengan kami!

Masalah yang dialami

--Pilih Masalah--

Jumlah Kerugian

Revisi yang terlibat

Lokasi Kejadian

Kronologi

Waktu Kejadian

Keterangan Tambahan

Unggah Dokumen

INSTALASI TEKNOLOGI INFORMASI Dr. SARJITO © 2020

Sumber: website RSUP Dr. Sardjito

## KODE ETIKA ORGANISASI

### Etika Organisasi dengan Karyawan

RS/Puskesmas/Klinik.....memperlakukan karyawan secara setara (*fair*) dan tidak membedakan suku, agama, ras dan antar golongan dalam segala aspek. RS/Puskesmas/Klinik.....menyadari bahwa karyawan mempunyai peranan dan kedudukan yang sangat penting sebagai pelaku dan tujuan Perusahaan. Oleh karena itu setiap karyawan dituntut dapat berpartisipasi dan berperan aktif dengan jalan meningkatkan produksi dan produktivitas kerja melalui hubungan yang dinamis, harmonis, selaras, serasi dan seimbang antara Perusahaan dan karyawan.

### Etika Organisasi dengan Pelanggan

RS/Puskesmas/Klinik.....mengutamakan kepuasan dan kepercayaan pelanggan dengan:

- Menjual produk sesuai dengan standar mutu yang telah ditetapkan.
- Membuka layanan pelanggan dan menindaklanjuti keluhan pelanggan tanpa melakukan diskriminasi terhadap pelanggan.
- Melakukan promosi yang berkesinambungan secara sehat, jujur, adil, tidak menyesatkan serta diterima oleh norma-norma masyarakat.

### Etika Organisasi dengan Pesaing

RS/Puskesmas/Klinik.....menempatkan pesaing sebagai pemacu peningkatan diri dan introspeksi dengan cara:

- Melakukan *market research* dan *market intelligent* untuk mengetahui posisi pesaing.
- Melakukan persaingan yang sehat dengan mengedepankan keunggulan produk dan layanan yang bermutu.

### Etika Organisasi dengan Pemasok

RS/Puskesmas/Klinik.....meningkatkan iklim saling percaya, menghargai, dan memupuk kebersamaan dengan pemasok sesuai dengan kaidah-kaidah bisnis yang berlaku dengan cara :

- Menetapkan penyedia barang dan jasa berdasarkan kepada kemampuan dan prestasi.
- Melaksanakan pembayaran kepada penyedia barang dan jasa dengan tepat waktu dan tepat jumlah.
- Menjatuhkan sanksi yang tegas terhadap penyedia barang dan jasa yang melakukan pelanggaran.



- Memelihara komunikasi yang baik dengan penyedia barang dan jasa termasuk menindaklanjuti keluhan dan keberatan.
- Menerapkan teknologi pengadaan barang dan jasa terkini (misalnya e-procurement).

### **Etika Organisasi dengan Mitra Kerja**

RS/Puskesmas/Klinik.....meningkatkan iklim saling percaya, menghargai, dan memupuk kebersamaan dengan mitra kerja sesuai dengan kaidah-kaidah bisnis yang berlaku dengan cara:

- Membuat perjanjian kerja yang berimbang dan saling menguntungkan dengan mitra kerja dan tidak melanggar aturan dan prosedur.
- Mengutamakan pencapaian hasil optimal sesuai standar yang berlaku dan terbaik.
- Membangun komunikasi secara intensif dengan mitra kerja untuk mencari solusi yang terbaik dalam rangka peningkatan kinerja.

### **Etika Organisasi dengan Pemerintah**

RS/Puskesmas/Klinik..... berkomitmen untuk mematuhi peraturan perundang-undangan yang berlaku dengan cara:

- Membina hubungan dan komunikasi yang baik dengan Pemerintah Pusat dan Daerah.
- Menerapkan standar terbaik (best practices) dengan memperhatikan peraturan yang berlaku mengenai kualitas produk, kesehatan, keselamatan, lingkungan dan pelayanan.

### **Etika Organisasi dengan Masyarakat**

RS/Puskesmas/Klinik.....melaksanakan program tanggung jawab sosial dan dapat bersinergi dengan program-program Pemerintah terkait, dengan cara:

- Memberi kesempatan kepada masyarakat yang ingin mengetahui kegiatan kegiatan Perusahaan dalam batas tertentu.
- Mengoptimalkan penyaluran program-program bantuan Perusahaan kepada masyarakat.
- Melarang karyawan memberikan janji-janji kepada masyarakat di luar kewenangannya.
- Tidak melakukan tindakan-tindakan yang mengarah kepada diskriminasi masyarakat berdasar suku, agama, ras dan antar golongan.

### **Etika Organisasi mengenal keterbukaan dan kerahasiaan Informasi**

RS/Puskesmas/Klinik..... berkomitmen untuk mengungkapkan informasi bersifat material yang penting dalam pengambilan keputusan kepada pihak berkepentingan.

Pengungkapan informasi material dan relevan tentang perusahaan kepada *stakeholders* perusahaan merupakan hal penting untuk penerapan transparansi dan pembentukan citra yang baik bagi perusahaan. Namun informasi yang berakibat menurunkan daya saing perusahaan tidak diperkenankan untuk diungkapkan.

## **Etika Organisasi dengan Organisasi Profesi**

RS/Puskesmas/Klinik.....menjalin kerjasama yang baik dan berkelanjutan dengan organisasi profesi untuk memperoleh informasi perkembangan bisnis, mendapatkan peluang bisnis dan menyelesaikan permasalahan yang terjadi dengan:

- Menerapkan standar-standar yang ditetapkan organisasi profesi.
- Memberikan perlakuan yang setara terhadap organisasi profesi.

## **STANDAR TATA PERILAKU**

### **Etika Kerja Sesama Insan Organisasi**

Etika kerja antar sesama Insan RS/Puskesmas/Klinik.....dilandasi dengan:

1. Bekerja profesional dan sadar biaya untuk menghasilkan kinerja yang optimal.
2. Jujur, sopan dan tertib.
3. Saling menghargai, terbuka menerima kritik dan saran serta menyelesaikan masalah dengan musyawarah mufakat.
4. Saling membantu, memotivasi dan bekerja sama dalam menyelesaikan tugas.
5. Mengkomunikasikan setiap ide baru dan saling mentransfer pengetahuan dan kemampuan.
6. Mengambil inisiatif dan mengembangkan kompetensi dalam melaksanakan tugas.
7. Berani mendiskusikan kebijakan yang kurang tepat untuk melakukan koreksi yang konstruktif secara santun.
8. Menghargai perbedaan suku, agama, ras dan antar golongan.

### **Menjaga Kerahasiaan Data dan Informasi Perusahaan**

Insan RS/Puskesmas/Klinik.....memanfaatkan data dan informasi perusahaan untuk meningkatkan nilai tambah perusahaan dan pengambilan keputusan dengan cara:

1. Menggunakan sistem keamanan data yang memadai.
2. Memberikan informasi yang relevan dan proporsional kepada *stakeholders* dengan tetap mempertimbangkan kepentingan perusahaan.
3. Menghindari penyebaran data dan informasi kepada pihak lain yang tidak berkepentingan baik selama bekerja maupun setelah berhenti bekerja.
4. Menyerahkan semua data yang berhubungan dengan perusahaan pada saat berhenti bekerja.
5. Menjaga kerahasiaan informasi tentang pelanggan.

### **Menjaga Aset Organisasi**

Insan RS/Puskesmas/Klinik.....mengoptimalkan penggunaan Aset perusahaan dengan cara:

1. Bertanggung jawab atas pengelolaan aset perusahaan dan menghindarkan penggunaannya diluar kepentingan perusahaan.
2. Mengamankan harta perusahaan dari kerusakan dan kehilangan.



3. Melakukan penghematan pemakaian energi.

### **Menjaga Keamanan dan Keselamatan, Kesehatan Kerja dan Lingkungan**

Insan RS/Puskesmas/Klinik..... menjadikan keamanan dan K3L sebagai bagian dari budaya kerja untuk menciptakan suasana kerja yang tertib, aman, handal, nyaman dan berwawasan lingkungan dengan cara:

1. RS/Puskesmas/Klinik.....berkomitmen untuk mencapai standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja serta Lingkungan Perseroan (K3LH) yang tinggi;
2. Pencapaian standar yang tinggi atas implementasi Keselamatan dan Kesehatan Kerja serta Lingkungan Perseroan tersebut merupakan tanggung jawab bersama seluruh Insan Organisasi ABC.

### **Mencatat Data dan Pelaporan**

Insan RS/Puskesmas/Klinik..... mengelola data secara rapi, tertib, teliti, akurat dan tepat waktu dengan cara:

1. Mencatat data dan menyusun laporan berdasarkan sumber yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan.
2. Menyajikan laporan secara singkat, jelas, tepat, komunikatif untuk dipergunakan dalam pengambilan keputusan dan sebagai umpan balik guna perbaikan kinerja.
3. Tidak menyembunyikan data dan laporan yang seharusnya disampaikan.

### **Benturan Kepentingan**

Benturan kepentingan adalah situasi di mana Insan RS/ Puskesmas/ Klinik.....karena kedudukan dan wewenang yang dimilikinya dalam Perseroan, mempunyai kepentingan pribadi yang dapat mempengaruhi pelaksanaan tugas yang diamanatkan oleh Perseroan secara obyektif. Benturan kepentingan timbul karena adanya perbedaan antara kepentingan ekonomis pribadi atau keluarga dengan kepentingan ekonomis Perseroan,

Setiap Insan RS/Puskesmas/Klinik..... harus menghindarkan diri dari tindakan-tindakan yang dapat menimbulkan benturan kepentingan dengan Perseroan, seperti menerima hadiah atau manfaat (termasuk segala bentuk penyuapan dan kick back), menyalahgunakan sumber daya atau pengaruh RS/Puskesmas/Klinik..... sehingga dapat mendiskreditkan nama baik dan reputasi RS/Puskesmas/Klinik....., memanfaatkan aset Persero untuk kepentingan pribadi, melakukan pekerjaan dimana Insan RS/Puskesmas/Klinik.....dapat terdorong untuk melakukan pekerjaan tersebut selama jam kerja aktif RS/Puskesmas/Klinik..... atau menggunakan peralatan atau material dari RS/Puskesmas/Klinik.....terlibat dalam pengelolaan perseroan pesaing danlain-lain; RS/Puskesmas/Klinik..... menghormati hak dari setiap Insan RS/Puskesmas/Klinik..... untuk ikut ambil bagian dalam kegiatan keuangan, usaha maupun kegiatan lain yang sah diluar pekerjaan Insan RS/Puskesmas/Klinik dengan syarat bahwa kegiatan tersebut harus sah dan bebas dari benturan kepentingan dengan tanggung jawab mereka sebagai Insan RS/Puskesmas/Klinik.....

### **Pembayaran Tidak Wajar**

Insan RS/Puskesmas/Klinik..... dilarang untuk menawarkan dan atau memberikan sesuatu yang berharga untuk memperoleh suatu keuntungan yang tidak wajar atau perlakuan istimewa dalam melakukan penjualan atas barang atau pemberian jasa atau melakukan transaksi keuangan kepada pejabat Pemerintah atau pihak-pihak di luar RS/Puskesmas/Klinik... ;

Kebijakan Pembayaran Tidak Wajar mengatur standar etika dan praktek RS/Puskesmas/Klinik..... mengenai pembayaran khusus dan sumbangan politis, baik kepada pejabat Pemerintah maupun pihak-pihak di luar RS/Puskesmas/Klinik.....;

RS/Puskesmas/Klinik..... tidak mentolerir praktek-praktek yang tidak memenuhi kebijakan ini. RS/Puskesmas/Klinik... akan memproses lebih lanjut pelanggaran atas kebijakan ini sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku

### **Hadiah dan Hiburan**

Penerimaan dan pemberian hadiah, hiburan atau bantuan dalam pekerjaan, akan dapat menyebabkan benturan kepentingan serta turunnya kepercayaan publik terhadap integritas RS/Puskesmas/Klinik... ;

Insan RS/Puskesmas/Klinik... dilarang menerima atau memberikan hadiah baik bentuk uang maupun barang atau segala bentuk hiburan dalam kondisi yang dapat menimbulkan pandangan ketidakwajaran;

RS/Puskesmas/Klinik..... menetapkan standar etika yang mengatur secara khusus mengenai penerimaan dan pemberian hadiah atau hiburan dari pihak ketiga di luar RS/Puskesmas/Klinik.....



#### Lampiran 4. Contoh Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran

| PEMBERIAN INFORMASI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|
| Dokter Pelaksana Tindakan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                   |
| Pemberi Informasi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |                   |
| Penerima Informasi / pemberi persetujuan *                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | JENIS INFORMASI     | TANDA (v)         |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Diagnosis (WD & DD) |                   |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Dasar Diagnosis     |                   |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Tindakan Kedokteran |                   |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Indikasi Tindakan   |                   |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Tata Cara           |                   |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Tujuan              |                   |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Risiko              |                   |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Komplikasi          |                   |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Prognosis           |                   |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Alternatif & Risiko |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Lain-lain           |                   |
| Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi                                                                                                                                                                                                                |                     | _____ tandatangan |
| Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tandaparaf di kolom kanannya, dan telah memahaminya                                                                                                                                                                                                                      |                     | _____ tandatangan |
| * Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                   |
| PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                   |
| Yang bertandatangan di bawah ini, saya, nama _____, umur _____ tahun, laki-laki/ perempuan*, alamat _____,                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                   |
| dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukannya tindakan _____ terhadap saya / _____ saya* bernama _____, umur _____ tahun, laki-laki / perempuan*, alamat _____                                                                                                                                                                                                 |                     |                   |
| Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah kepastiaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa. |                     |                   |
| _____ tanggal _____ pukul _____<br>Yang menyatakan *                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     | Saksi: _____      |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                   |

Sumber: Manual Persetujuan Tindakan Kedokteran Konsil Kedokteran Indonesia 2008

Lampiran 5. Format Panduan Praktik Klinis

| Logo Fasyankes        | Judul Panduan Praktik Klinis |
|-----------------------|------------------------------|
| Pengertian            |                              |
| Anamnesis             |                              |
| Pemeriksaan Fisik     |                              |
| Kriteria Diagnosis    |                              |
| Diagnosis Banding     |                              |
| Pemeriksaan Penunjang |                              |
| Terapi                |                              |
| Edukasi               |                              |
| Prognosis             |                              |
| Kepustakaan           |                              |

Sumber: Permenkes 1438/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran



## Lampiran 6. Contoh Formulir FMEA

Nama Prosedur Pelayanan Klinis:

\_\_\_\_\_

Nama Unit:

\_\_\_\_\_

| Detail Prosedur | Bentuk Kegagalan ( <i>Failure mode</i> ) | Dampak ( <i>Effect</i> ) | Nilai Keparahan | Nilai Frekuensi | Nilai Deteksi | Nilai RPN |
|-----------------|------------------------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------|---------------|-----------|
| 1.              |                                          |                          |                 |                 |               |           |
| 2.              |                                          |                          |                 |                 |               |           |
| 3.              |                                          |                          |                 |                 |               |           |
| 4.              |                                          |                          |                 |                 |               |           |
| 5.              |                                          |                          |                 |                 |               |           |
| 6.              |                                          |                          |                 |                 |               |           |
| dst             |                                          |                          |                 |                 |               |           |



| Detail Prosedur | Akar Masalah | Solusi Perbaikan | Nilai Keparahan Setelah Perbaikan | Nilai Frekuensi Setelah Perbaikan | Nilai Deteksi Setelah Perbaikan | Nilai RPN Setelah Perbaikan |
|-----------------|--------------|------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| 1.              |              |                  |                                   |                                   |                                 |                             |
| 2.              |              |                  |                                   |                                   |                                 |                             |
| 3.              |              |                  |                                   |                                   |                                 |                             |
| 4.              |              |                  |                                   |                                   |                                 |                             |
| 5.              |              |                  |                                   |                                   |                                 |                             |
| 6.              |              |                  |                                   |                                   |                                 |                             |
| dst             |              |                  |                                   |                                   |                                 |                             |

Sumber: Pelatihan FMEA, Hanevi Djasri, 2012

Lampiran 7. Formulir Risk Register Kecurangan (*fraud*) Program Jaminan Kesehatan

**REPRINTS**

**PLATE 1**

ROCKWELL INTERNATIONAL HOLDINGS

**PERIOD**

[illegible]

Sumber : Permenkes Nomor 25 tahun 2019 dan Corruption Vulnerable Assessment (CVA) USAID



Lampiran 8. Formulir Risk Register Kecurangan (*fraud*) Program Jaminan Kesehatan

| No | MONITORING DAN EVALUASI PENGENDALIAN<br>RISIKO |            |           |                             |               |                 |                     |                     |           |                                   |
|----|------------------------------------------------|------------|-----------|-----------------------------|---------------|-----------------|---------------------|---------------------|-----------|-----------------------------------|
|    | Risiko<br>(Prioritas)                          | Penanganan |           |                             | Status Risiko |                 | Usulan<br>Perbaikan | Waktu<br>Pemantauan |           | Penanggung<br>jawab<br>Pemantauan |
|    |                                                | Rencana    | Realisasi | Yang<br>Belum<br>Tertangani | Tren          | Level<br>Risiko |                     | Rencana             | Realisasi |                                   |
| 1  | 2                                              | 3          | 4         | 5                           | 6             | 7               | 8                   | 9                   | 10        | 11                                |
|    |                                                |            |           |                             |               |                 |                     |                     |           |                                   |
|    |                                                |            |           |                             |               |                 |                     |                     |           |                                   |
|    |                                                |            |           |                             |               |                 |                     |                     |           |                                   |
|    |                                                |            |           |                             |               |                 |                     |                     |           |                                   |
|    |                                                |            |           |                             |               |                 |                     |                     |           |                                   |

KEMENKES RI

[illegible]



Lampiran 10. Instrumen money FKTP

[illegible]

**Lampiran 11. Instrumen Monev BPJS Kesehatan**

[illegible]



**Lampiran 12. Instrumen money Faskes Lainnya**

[illegible]

## REFERENSI

- Bart Baesens, Veronique Van Vlasselaer, dan Vouter Verbeke, 2015, *Fraud Analytics using Descriptive, Predictive, and Social Network Techniques: A Guide to Data Science for Fraud Detection*, SAS Institute Inc. North Carolina
- Christina, M: 2012, Implementasi kendali biaya dan kendali mutu pelayanan kesehatan program jaminan kesehatan daerah Kutai Kartanegara di RSUD Parikesit Teranggong.
- Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission (COSO), 2016, *Fraud Risk Management Guide*, diunduh melalui [www.coso.org](http://www.coso.org)
- Dewey dkk. *Evaluator Competencies*. American Journal of Evaluation. 2008; 29 (3): 268 – 287. Diunduh dari <http://aje.sagepub.com> pada 15 November 2019.
- Godallage TS. "EVALUATOR" ethics for evaluators. Diunduh di [czech-in.org](http://czech-in.org) pada 15/11/ 2019.
- Gopichandran V, Indira Krishna AK. Monitoring 'monitoring' and evaluating 'evaluation': an ethical framework for monitoring and evaluation in public health. *Journal of Medical Ethics*. 2013; 39: 31 – 35.
- G. Scally and L. J. Donaldson, *Clinical Governance and the Drive for Quality Improvement in the New NHS England*. BMJ (4 July 1998): 61-65
- Hanevi Djasri, Penerapan *Clinical Governance* Melalui ISO 9000: Studi Kasus di Dua RSUD Provinsi Jawa Timur. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* Volume 09 No. 03. September I 2008 Halaman 121 – 128
- Hanevi Djasri, Konsep, Standar, dan Audit Penerapan Tata Kelola Klinis, diakses di [mutupelayanankesehatan.net](http://mutupelayanankesehatan.net), 7 Januari 2020
- Komite Nasional Kebijakan Governance (KNKG), Pedoman Umum Good Corporate Governance Indonesia, 2006
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 496/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis Rumah Sakit.
- Purba, *Fraud dan Korupsi, Pencegahan, Pendeteksian dan Pemberantasannya*, PT. Lestari Kiranatama 2015
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) serta sanksi administrasi pada Program Jaminan Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan.



Peraturan Presiden RI Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya pada Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Peraturan Direktur Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 04 Tahun 2017 tentang Pedoman Pelaksanaan *Utilization review* Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan.

School of Geography and The Environment. *A step by step guide to Monitoring and Evaluation*. 2014.

*Western Australian Clinical Governance Guidelines*, 2005



PERPUSTAKAAN



002020902

KEMENKES RI



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA

KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
INSPEKTORAT JENDRAL  
2021

ISBN 978-623-301-126-6



9 786233 011266