

ABSTRAK

Potensi Fraud Klaim Non Kapitasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di BPJS Kesehatan KC Malang. Hani Latifah (2022) Laporan Tugas Akhir Kualitatif Studi Kasus. Program Studi D3 Asuransi Kesehatan Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, Pembimbing Eko Rahman Setiawan, SKM.,MKM, Penguji Anggi Ardhiasti, SKM, MPH.

Kata Kunci : Fraud, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, BPJS Kesehatan

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 16 tahun 2019 menjelaskan laporan RTTN di ACFE 2018 kerugian akibat Kecurangan (fraud) pada pelayanan kesehatan mencapai 5% dari total biaya pelayanan kesehatan. Di Indonesia Pada tahun 2015 terdapat sekitar 175 ribu klaim dari pelayanan kesehatan ke BPJS dengan nilai Rp 400 miliar yang terdeteksi ada kecurangan yang dapat berdampak terhadap dana kesehatan, terhadap mutu dan berdampak terhadap citra dan nama baik pelaku fraud. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui jenis dan jumlah potensi fraud klaim non kapitasi fasilitas kesehatan tingkat pertama di BPJS Kesehatan KC Malang, dan tindak lanjut yang dilakukan BPJS Kesehatan KC Malang kepada fasilitas Kesehatan yang telah terdeteksi fraud. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus, dengan metode pengumpulan data yaitu wawancara mendalam kepada bidang Penjaminan Manfaat Primer (PMP) BPJS Kesehatan KC Malang. Kesimpulan dari penelitian ini adalah ditemukan beberapa jenis fraud yang ditemukan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu klaim fiktif, prolonged length of stay, iur biaya, repeat billing, double klaim, dan pemisahan tindakan atau fragmentasi. Serta adanya tindaklanjut dari BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu kunjungan langsung, dan pemberian sanksi sesuai fraud yang telah dilakukan. Saran bagi peneliti selanjutnya dapat mengkaji lebih dalam tentang potensi fraud yang ada di bidang pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan.