

KAJIAN IDENTIFIKASI RISIKO KORUPSI PADA PENANGANAN PANDEMI COVID-19 : SUB TOPIK : ALOKASI PEMBAYARAN KLAIM LAYANAN COVID-19



**KAJIAN IDENTIFIKASI RISIKO KORUPSI PADA
PENANGANAN PANDEMI COVID-19:
SUB TOPIK: ALOKASI PEMBAYARAN KLAIM LAYANAN
COVID-19**

PENYUSUN

KUNTO ARIAWAN
ALDILA SURYA HUTAMI
BARIROH BARID
ERLANGGA DWISAPUTRO
HUMAM FAIQ
MOHAMAD IBNUSSOIM
RAISA ANNISA
WIDYANTO EKO NUGROHO

TIM PENEGAKAN HUKUM DAN KESEHATAN
DIREKTORAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
KEDEPUTIAN BIDANG PENCEGAHAN
KOMISI PEMBERANTASAN KORUPSI
2020

DISCLAIMER

Laporan ini merupakan produk Direktorat Penelitian dan Pengembangan – Kedeputian Bidang Pencegahan Komisi Pencegahan Korupsi (KPK). Sifat distribusi dan pemanfaatan laporan terbatas pada internak KPK. Dilarang menggandakan dan mengedarkan laporan ini tanpa izin KPK.

Direktur	Kasatgas

Salinan	/20

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena hanya dengan rahmat-Nya Kajian Identifikasi Risiko Korupsi Pada Penanganan Pandemi COVID-19 Sub Topik: Alokasi Pembayaran Klaim Layanan COVID-19 ini dapat diselesaikan. Kajian ini dilakukan sebagai respon atas penanganan pandemi COVID-19 di Indonesia, yang memerlukan alokasi sumberdaya dalam mengatasi persoalan-persoalan di berbagai sektor terdampak.

Di sektor kesehatan, Pemerintah mengalokasikan anggaran kurang lebih Rp75 Triliun, dan di sebagian besar dialokasikan untuk pembayaran klaim layanan COVID-19. Kajian ini difokuskan pada mekanisme pembayaran klaim layanan COVID-19, mulai dari pengajuan, verifikasi dan pembayaran. Selain itu, kajian ini ditujukan sebagai upaya pencegahan korupsi melalui pemberian saran bagi pembuat kebijakan untuk menutup celah korupsi dalam pembayaran klaim layanan COVID-19.

Penyusun juga menyampaikan terima kasih kepada para narasumber yang telah membantu dalam proses penyusunan kajian, di antaranya Kementerian Kesehatan, Badan Nasional Penanggulangan Bencana, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten/ Kota, Rumah Sakit milik Pemerintah dan Swasta, Puskesmas, serta Pasien penyintas COVID-19.

Akhir kata, Penyusun mengharapkan saran serta masukan demi kualitas kajian yang lebih baik. Semoga kajian ini bermanfaat dalam mewujudkan tata kelola pemerintahan yang bersih dari korupsi.

DAFTAR ISI

PENYUSUN	i
<i>DISCLAIMER</i>	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR ISTILAH	vii
RINGKASAN EKSEKUTIF	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Permasalahan Penelitian	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Metode Penelitian	4
1.5 Pelaksanaan Penelitian	5
BAB 2 KERANGKA TEORI	7
2.1 Dasar Pembiayaan Kesehatan Masa Pandemi	7
2.2 Gambaran Program Penggantian Biaya Pasien COVID-19	8
2.3 Potensi Korupsi Saat Pandemi	11
BAB 3 PERMASALAHAN DAN SARAN PERBAIKAN	14
3.1 Rendahnya Realisasi Pembayaran Klaim Karena Proses Pencairan Klaim yang Terhambat Syarat Administratif	14
3.2 Inefisiensi Pembayaran Klaim	15
3.3 Kurangnya Pengendalian <i>Fraud</i>	15
3.4 Rekomendasi Perbaikan	16
BAB 4 KESIMPULAN DAN SARAN	18
DAFTAR PUSTAKA	20
Lampiran	21

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Tambahan Belanja Sektor Kesehatan.....	3
---	---

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Perjalanan Status Seseorang Terduga Terinfeksi COVID-19 dan Pertanggung Biayanya Oleh Negara.....	8
Gambar 2. Alur Pengajuan Klaim COVID-19.....	11
Gambar 3. Jenis-Jenis Perilaku Kecurangan Menurut Pelakunya	13

DAFTAR ISTILAH

APD (alat pelindung diri)	:	Merupakan seperangkat peralatan untuk melindungi diri dan biasanya dipakai oleh tenaga kesehatan.
BNPB	:	Badan nasional penanggulangan bencana
BPJS Kesehatan	:	Badan penyelenggara jaminan sosial (bpjs) kesehatan,
BPKP	:	Badan pengawasan keuangan dan pembangunan
COVID-19	:	<i>Corona virus disease</i> (penyakit yang disebabkan virus korona) yang awalnya terjadi di tahun 2019
Dinkes	:	Dinas kesehatan di provinsi ataupun kabupaten/kota
Dispute	:	Perselisihan atau perbedaan antara dua hal.
Eksternalitas (<i>externality</i>)	:	Biaya/kerugian yang harus ditanggung maupun manfaat tidak langsung yang diberikan dari suatu pihak akibat aktivitas ekonomi.
Fasilitas kesehatan (<i>faskes</i>)	:	Merupakan fasilitas untuk merawat kesehatan penduduk, seperti rumah sakit, klinik, dan puskesmas.
<i>Fee for service</i>	:	Merupakan pembayaran biaya sesuai dengan biaya riil.
<i>First in first out (fifo)</i>	:	Merupakan sistem pelayanan yang melayani sesuatu yang masuk terlebih dahulu.
INA-CBGs (<i>indonesia case base groups</i>)	:	Merupakan pengelompokan diagnosa penyakit di indonesia sesuai dengan pmk no. 69 tahun 2013.
<i>Kick back</i>	:	Pembayaran kembali oleh penerima pembayaran ke pembayar yang seharusnya tidak ada kewajiban untuk melakukan pembayaran. Biasanya, hal ini dilakukan sebagai balas jasa ke pembayar.
Klaim	:	Dokumen keuangan dan pelayanan sebagai tuntutan untuk dibayarkan.
Komorbid/penyakit penyerta	:	Merupakan penyakit penyerta yang memperparah penyakit utama (dalam hal ini corona).
ODP (orang dalam pemantauan)	:	Merupakan istilah individu yang terkena penyakit dengan gejala seperti demam atau gangguan pernapasan.
OTG (orang tanpa gejala)	:	Merupakan individu yang terinfeksi virus corona tetapi tidak menunjukkan gejala (sakit).
<i>Package system</i>	:	Sistem pemaketan biaya penanganan penyakit sesuai dengan ina-cbgs
Pandemi	:	Epidemi (peningkatan kasus penyakit secara tiba-tiba) yang terjadi pada skala antar negara bahkan melintasi batas benua maupun secara internasional,
PCR (<i>polymerase chain reaction</i>)	:	<i>Polymerase chain reaction</i> adalah pemeriksaan laboratorium untuk mendeteksi keberadaan material genetik dari sel, bakteri, atau virus
PDP (pasien dalam pengawasan)	:	Merupakan individu yang memenuhi kriteria pdp dan memburuk atau hasil pemeriksaannya / laboratoriumnya terbukti positif terinfeksi virus corona.
Penyakit infeksi <i>emerging/emerging infectious disease (eids)</i>	:	Penyakit yang muncul dan menyerang suatu populasi untuk pertama kalinya, atau telah ada sebelumnya namun meningkat dengan sangat cepat, baik dalam hal jumlah kasus baru didalam suatu populasi, atau penyebarannya ke daerah geografis yang baru.

<i>Phantom billing</i>	:	Klaim atas layanan yang tidak pernah dilakukan/diberikan kepada pasien
<i>Phantom procedure</i>	:	Menagihkan tindakan yang tidak dilakukan kepada pasien
<i>Rapid test (serologi)</i>	:	Metode untuk mendeteksi corona melalui deteksi di (menggambil) darah seseorang. Hal ini dilakukan karena darah seseorang yang terinfeksi corona memproduksi antibodi igm dan igg.
<i>Sars-cov-2</i>	:	Severe acute respiratory syndrome corona virus 2 merupakan nama lain dari covid / COVID-19
<i>Surat pertanggungjawaban mutlak (SPTJM)</i>	:	Surat pernyataan tanggung-jawab secara mutlak yang dibuat dan ditandatangani oleh pimpinan fasilitas kesehatan serta siap untuk mempertanggungjawabkan secara formil dan materil.
<i>Swab test</i>	:	Metode untuk mendeteksi corona melalui deteksi di (menggambil) sampel cairan dari saluran pernapasan bawah sebagai bahan pemeriksaan dengan menyeka bagian belakang tenggorokan.
<i>Tarif INA-CBGs</i>	:	Tarif yang telah ditentukan oleh kementerian kesehatan dan dipergunakan oleh pelayanan kesehatan untuk mengajukan klaim ke bpjs kesehatan dalam program jaminan kesehatan.
<i>Top up perawatan</i>	:	Pemberian biaya perawatan secara langsung
<i>Trade-off</i>	:	Merupakan situasi yang mengharuskan seseorang untuk memilih yang berakibat pada pengurangan atau kehilangan satu kualitas ataupun kuantitas sebagai imbalan atas keuntungan dalam aspek-aspek lain.
<i>Transparency International</i>	:	Organisasi internasional non pemerintahan yang mempromosikan transparansi dan akuntabilitas kepada lembaga-lembaga negara, partai politik, bisnis, dan masyarakat sipil.
<i>UN Office Drugs and Crime</i>	:	Merupakan kantor perserikatan bangsa-bangsa (pbb) yang dibentuk pada tahun 1997 sebagai kantor yang mengurus kontrol obat-obatan (terutama narkoba) dan pencegahan kejahatan, yang mengkombinasikan program pengendalian obat-obatan internasional perserikatan bangsa-bangsa (undcp) dan divisi keadilan kriminal dan pencegahan kejahatan. Kantor ini adalah anggota dari kelompok pembangunan perserikatan bangsa-bangsa dan diberikan nama kantor pbb urusan obat-obatan dan kejahatan pada tahun 2002.[1]
<i>Unnecessary treatment</i>	:	Tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis
<i>Upcoding</i>	:	Tindakan meningkatkan besaran klaim dengan cara memanipulasi tindakan medis
<i>Verifikasi</i>	:	Merupakan tindakan pencocokan dan penelitian dokumen berdasarkan syarat dan ketentuan tertentu

RINGKASAN EKSEKUTIF

Salah satu program pemerintah untuk penanggulangan pandemi COVID-19 adalah menanggung biaya perawatan pasien COVID-19 yang dilakukan oleh rumah sakit dengan mekanisme mengajukan klaim ke Kementerian Kesehatan. Kajian ini bertujuan untuk mengidentifikasi risiko korupsi atau *fraud* dalam kondisi krisis kesehatan, serta inefisiensi proses pembayaran klaim pasien COVID-19 dan memformulasikan langkah-langkah mitigasi untuk meminimalkan risiko tersebut.

Pemenuhan data dan informasi dilakukan dengan mengumpulkan dokumen terkait, menelaah regulasi yang berkaitan, serta mewancarai pihak terkait diantaranya: Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan, Direktorat Pelayanan Rujukan Kementerian Kesehatan, Inspektorat Badan Nasional Penanggulangan Bencana, Pejabat Pembuat Komitmen di Lingkungan Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, kunjungan lapangan ke Rumah Sakit Premiere Bintaro dan Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan, diskusi jarak jauh dengan RSCM-Jakarta, RSUD Syekh Yusuf - Gowa, RSUD Tjitrowardojo - Purworejo, RS Restu Ibu - Balikpapan, dan beberapa Dinas Kesehatan (Prov DKI Jakarta, Prov Bali, Kota Makassar, Kab. Purworejo). Selain itu penggalian informasi juga dilakukan pada penerima layanan (Pasien dan Keluarga Pasien Positif COVID-19). Kajian juga melakukan analisis terhadap potensi kerawanan kebijakan dengan metode CRA (*Corruption Risk Assessment*).

Berdasarkan analisis terhadap data dan informasi yang relevan, berikut adalah permasalahan yang berhasil diidentifikasi:

1. Rendahnya realisasi pembayaran klaim karena proses pencairan klaim yang terhambat syarat administratif.

Data BPJS Kesehatan per 16 Juni 2020, sebanyak 733 rumah sakit dengan jumlah klaim sebesar Rp. 715.057.860.487, namun klaim yang telah selesai diverifikasi baru 427 rumah sakit dengan biaya hasil verifikasi sebesar Rp. 238.420.066.160 (33%).

Hal tersebut terjadi misalnya karena tidak tersedianya identitas pasien, *swab test* dilakukan di luar kota dan bukti tertulisnya tidak diberikan, standar pelayanan yang berbeda karena kekurangan sarana rumah sakit. Pada kasus lain juga ditemukan *dispute* akibat adanya perbedaan cara perhitungan hari perawatan antara aplikasi Kemenkes dengan sistem billing rumah sakit. Hal ini membuat Kementerian Kesehatan untuk mengeluarkan SE 295/2020 dan notulensi Rapat Evaluasi dan Ketetapan Identifikasi Permasalahan Klaim di Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan untuk dijadikan acuan dalam melakukan verifikasi klaim. Namun hal ini dirasa tidak cukup kuat sebagai dasar hukum verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan yang menyebabkan 70% pengajuan klaim belum disetujui.

Selain itu, hasil diskusi dan observasi pada rumah sakit yang mengajukan klaim, masih ditemukan RS yang tidak mendapatkan pembayaran uang muka 50% seperti dalam ketentuan. Hal ini juga menjadi penyebab rendahnya realisasi anggaran untuk pembayaran klaim. Padahal jika Kementerian Kesehatan hendak meningkatkan persentase uang muka hingga 100% pun tidak menyalahi prinsip keuangan negara karena rumah sakit telah menyelesaikan kewajibannya memberikan layanan kepada pasien saat klaim diajukan.

Rekomendasi:

- a. Menaikan persentase pembayaran uang muka ke rumah sakit yang mengajukan klaim hingga 100%.
- b. Merevisi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/238/2020 dengan memasukkan substansi perubahan syarat pengajuan klaim untuk mengakomodasi dinamika operasional di lapangan.
- c. Perbaiki proses e-klaim untuk mengakomodir dinamika di lapangan, serta membuat tahapan *claim pending* seperti pada pembayaran JKN, sehingga tidak semua klaim yang kurang syarat administratifnya langsung bersifat *dispute* dan dieskalasi ke pembahasan yang lebih tinggi.
- d. Membentuk forum atau majelis di tingkat daerah untuk membahas dan menuntaskan *dispute* klaim COVID-19 yang terjadi. Forum atau majelis ini dapat terdiri dari unsur Dinas Kesehatan Daerah, BPJS Kesehatan, serta perwakilan organisasi profesi. Jika kasus *dispute* memang sifatnya kompleks dan membutuhkan pembahasan lebih lanjut, maka dapat dieskalasi ke Kementerian Kesehatan.
- e. Memberikan batas waktu penyelesaian klaim *dispute* demi memberi kepastian bagi rumah sakit.
- f. Mensosialisasikan mekanisme pengajuan klaim serta proses pembayaran kepada para pemangku kepentingan terkait.

2. Inefisiensi pembayaran klaim

Dalam penanganan pasien COVID-19, biaya yang dikeluarkan dapat sangat bervariasi. Dari hasil kunjungan lapangan dan wawancara jarak jauh, total klaim yang ditagihkan per kasus mulai dari 60 juta sampai 250 juta rupiah. Besarnya biaya ini disebabkan oleh tingginya jumlah *top-up* fasilitas perawatan penunjang seperti ruang isolasi, ventilator, dan ICU. Namun, adanya disparitas sarana dan prasarana rumah sakit yang merawat pasien ODP, PDP dan terkonfirmasi COVID-19 tanpa adanya perbedaan tarif membuat klaim yang dibayarkan menjadi tidak efisien. Misalnya tarif ruang isolasi bertekanan negatif sama dengan tarif ruang isolasi tidak bertekanan negatif dan tarif ruang isolasi untuk 1 (satu) pasien per ruangan sama dengan dengan ruang isolasi 2 (dua) pasien per ruangan (kohort). Padahal, sumber daya yang dikeluarkan rumah sakit juga berbeda. Misalnya untuk biaya untuk menciptakan ruangan bertekanan negatif membutuhkan biaya hingga Rp400 juta.

Selain itu, pada awal masa pandemi kecepatan proses *swab test* juga mempengaruhi efisiensi besaran nilai klaim pasien ODP dan PDP yang harus dibayarkan oleh Pemerintah. Saat ini waktu tunggu keluarnya hasil *swab* masih sangat bervariasi, 5-14 hari.

Rekomendasi:

- a. Merevisi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/238/2020 dengan memasukkan substansi perubahan tarif sesuai dengan pelayanan dan fasilitas yang dimiliki oleh rumah sakit, terutama untuk komponen *top-up*.
- b. Mensosialisasikan mekanisme pengajuan klaim serta proses pembayaran kepada para pemangku kepentingan terkait.

3. Kurangnya Pengendalian *Fraud*

Dari analisis *Corruption Risk Assessment (CRA)*, ditemukan adanya celah terjadinya korupsi pada proses penggantian biaya pasien COVID-19 karena pengawasan terhadap klaim perawatan hanya dititikberatkan pada verifikasi dokumen yang dibuat oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan, namun tidak disertai dengan teknik pengawasan lain seperti proses kredensial sarana prasarana atau observasi fisik. Pasien atau keluarga pasien sendiri tidak diminta persetujuan atau konfirmasi setelah menerima layanan oleh rumah sakit. Hal ini menyebabkan adanya informasi asimetrik yang perlu ditindaklanjuti dengan proses pengujian lain untuk memastikan kebenaran informasi tersebut.

Rekomendasi :

- a. Melakukan pemetaan terhadap sistem pengendalian internal rumah sakit yang mengajukan klaim, baik di tahap verifikasi maupun pembayaran.
- b. Melakukan audit klaim (*post-audit*) terhadap pembayaran klaim dengan memperhatikan kaidah-kaidah relevansi dan materialitas.
- c. Mensosialisasikan kepada masyarakat bahwa biaya perawatan COVID-19 ditanggung oleh Negara.

Atas permasalahan tersebut, KPK merekomendasikan adanya perbaikan tata kelola dalam proses pengajuan dan pencairan klaim pelayanan COVID-19. Kementerian Kesehatan agar menjalankan rekomendasi perbaikan demi mempercepat proses pengajuan dan pencairan klaim pelayanan COVID-19 dengan tetap memperhatikan prinsip efektivitas, efisiensi dan akuntabilitas.

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pandemi infeksi virus corona 2019 (COVID-19) merupakan masalah yang saat ini tengah dihadapi oleh lebih dari 200 negara di dunia. Indonesia menjadi bagian dari negara yang terdampak atas kejadian global ini, dengan tingkat penyebaran yang cepat dan angka kematian mencapai 6,2% per 28 April 2020. Kejadian pandemi COVID-19 memunculkan kekhawatiran besar pada masyarakat. Dibalik itu, terjadi pula kegamangan para pejabat publik baik di pusat maupun daerah untuk dapat bertindak cepat dan tepat tanpa harus dihantui oleh ancaman sanksi akibat pelanggaran baik administrasi maupun pidana dalam menjalankan tugas dan kewajibannya.

Sejumlah kebijakan telah disusun untuk mengesampingkan prosedur normal sehingga kecepatan tindakan dapat dikedepankan dalam kondisi darurat atau krisis kesehatan. Payung hukum berupa Undang-Undang (UU) Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana menjadi pijakan utama dalam kondisi krisis kesehatan saat ini. Regulasi ini telah membagi 3 (tiga) jenis bencana yaitu Bencana Alam, Bencana Non-Alam dan Bencana Sosial. Krisis kesehatan akibat virus COVID-19 dimasukkan kedalam Bencana Non-Alam. Selain itu, Pemerintah dan DPR juga telah mengeluarkan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2020 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2020 Tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan Untuk Penanganan Pandemi *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) dan/atau Dalam Rangka Menghadapi Ancaman Yang Membahayakan Perekonomian Nasional dan/atau Stabilitas Sistem Keuangan Menjadi Undang-Undang.

Mencermati hal ini, Pemerintah melalui Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) telah menyatakan COVID-19 sebagai jenis penyakit yang menimbulkan kedaruratan kesehatan masyarakat dan menetapkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) di Indonesia yang wajib dilakukan upaya penanggulangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Selain Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 tersebut, Presiden juga telah menetapkan Keputusan Presiden Nomor 12 tahun 2020 tentang Penetapan Bencana Nonalam Penyebaran *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) Sebagai Bencana Nasional, yang menyatakan bahwa penanggulangan bencana nasional yang diakibatkan oleh penyebaran

Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) dilaksanakan oleh Gugus Tugas Percepatan Penanganan *Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)* dan gubernur, bupati, dan walikota sebagai Ketua Gugus Tugas Percepatan Penanganan *Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)* di daerah, dalam menetapkan kebijakan di daerah masing-masing harus memperhatikan kebijakan Pemerintah Pusat. Presiden juga telah mengeluarkan Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 4 Tahun 2020 tentang *Refocussing* Kegiatan, Realokasi Anggaran, Serta Pengadaan Barang Dan Jasa Dalam Rangka Percepatan Penanganan *Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)* untuk menjadi pegangan para pengambil kebijakan di level kementerian maupun pemerintah daerah untuk mengubah fokus anggaran demi mengatasi krisis kesehatan akibat virus COVID-19. Semua regulasi dan kebijakan tersebut diharapkan membuat para pejabat publik dapat mengambil kebijakan secara tepat dan cepat dalam kondisi krisis kesehatan akibat virus COVID-19.

Saat terjadi wabah atau pandemi, terjadi peningkatan permintaan alat kesehatan dan obat-obatan di pasar. Hal ini mengakibatkan terjadinya kelangkaan/barang tidak tersedia di pasar serta harga alat kesehatan dan obat-obatan yang melonjak tinggi. Untuk itu, pemerintah mengalokasikan secara khusus tambahan anggaran sebesar Rp75 Triliun terkait bidang kesehatan, terutama untuk layanan kesehatan, pengadaan dan insentif tenaga medis dengan total sebesar Rp56,8 Triliun. Adapun rincian anggaran tersebut terdapat pada Tabel 1. berikut.

Tabel 1. Tambahan Belanja Sektor Kesehatan

No	Peruntukan Anggaran Penanganan COVID-19	Anggaran (Triliun)
Total Anggaran		145,9
1	Subsidi iuran untuk penyesuaian tarif Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja sesuai Perpres 75 tahun 2019	3.8
2	Santunan kematian untuk tenaga kesehatan	0.3
3	Belanja penanganan kesehatan untuk COVID-19	70.9
	a. Kementerian Kesehatan	56.8
	Dukungan isolasi non RS; penyediaan sarpras dan alkes RS (tempat tidur, ruang isolasi, ventilator, alat pengolah limbah medis, dan alat kesehatan lainnya), penyediaan kebutuhan perluasan tes COVID-19 (PCR machine dan reagen, alat Tes Cepat Molekuler/TCM dan cartridge), klaim biaya pelayanan kesehatan, penyediaan APD dan bahan medis habis pakai, penyediaan obat, dan insentif tenaga medis pusat dan daerah.	
	b. Kementerian Pertahanan	13.1
	Penyediaan alat kesehatan dan APD di RS Kemhan/TNI	
	c. Kepolisian Negara RI	0.6
	d. Penyediaan sarana isolasi tambahan non-RS	0.4

Sumber: Kementerian Keuangan, 2020

Namun demikian, melihat pengalaman masa lalu, dalam kondisi krisis, masih terdapat oknum-oknum yang mencari keuntungan dengan memanfaatkan situasi krisis yang mengesampingkan prosedur normal dalam pengambilan tindakan. Kejadian di sejumlah negara juga memperlihatkan banyaknya kejadian *fraud* dalam keadaan krisis. Kajian ini berupaya untuk mengidentifikasi risiko korupsi atau *fraud* yang berpotensi muncul khususnya pada skema pembayaran klaim layanan COVID-19 dan memberikan saran untuk memitigasi risiko korupsi/*fraud* tersebut dengan menganalisis sejumlah regulasi yang ada, terutama Kepmenkes No. HK.01.07/MENKES/238/2020 tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Perawatan Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu bagi RS yang menyelenggarakan pelayanan COVID-19 dan SE No. HK.02.01/MENKES/295/2020 tentang klaim penggantian biaya perawatan pasien penyakit infeksi emerging tertentu bagi rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19). Selain itu, untuk memperkaya analisis, dilakukan pula studi banding dengan kejadian-kejadian *fraud* dalam klaim jaminan kesehatan yang umum terjadi.

1.2 Permasalahan Penelitian

Tujuan kajian penanganan pandemi COVID-19 dengan sub-topik alokasi pembayaran klaim layanan COVID-19 adalah untuk menjawab pertanyaan berikut:

1. Bagaimana mekanisme pembayaran klaim atas pasien penyakit infeksi emerging tertentu bagi Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan COVID-19?
2. Adakah titik rawan korupsi dari pengelolaan pembayaran klaim pasien infeksi emerging tertentu?
3. Apakah mekanisme pengendalian internal yang ada cukup untuk menghindari *fraud*/kecurangan?
4. Seberapa besar keuangan negara yang bisa diselamatkan atas perbaikan pengelolaan pembayaran klaim pasien infeksi emerging tertentu?

1.3 Tujuan Penelitian

Kajian ini bertujuan:

1. Mengidentifikasi risiko korupsi atau *fraud* dalam kondisi krisis kesehatan, terutama pada proses pembayaran klaim pasien COVID-19.
2. Memformulasikan langkah-langkah mitigasi untuk meminimalkan risiko korupsi atau *fraud* yang ada pada proses pembayaran klaim pasien COVID-19.

Adapun penerima manfaat dari kajian ini adalah Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan, pemangku kepentingan di sektor kesehatan, serta tentunya masyarakat luas.

1.4 Metode Penelitian

Kajian menganalisis pengelolaan pembayaran klaim pada pasien infeksi emerging tertentu COVID-19 meliputi aspek regulasi, tata laksana, serta pengendalian internalnya. Metode pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan melalui telaah regulasi, telaah data, studi pustaka, serta wawancara jarak jauh. Pemenuhan data primer didapatkan melalui pengumpulan dokumen, telaah regulasi, serta wawancara dengan pihak terkait. Data sekunder didapatkan melalui sumber pendukung seperti rekap data serta institusi situs terkait. Instansi yang menjadi objek kajian ini adalah:

1. Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan

2. Inspektorat Badan Nasional Penanggulangan Bencana
3. Pejabat Pembuat Komitmen di Lingkungan Kementerian Kesehatan
4. BPJS Kesehatan
5. Rumah Sakit (RSCM - Jakarta, RSUD Syekh Yusuf – Gowa, RSUD Tjitrowardojo – Purworejo, RS Restu Ibu – Balikpapan)
6. Dinas Kesehatan (Prov DKI Jakarta, Prov Bali, Kota Makassar, Kab. Purworejo)
7. Penerima layanan (Pasien dan Keluarga Pasien Positif COVID-19)
8. Kunjungan lapangan ke Rumah Sakit Premiere Bintaro dan Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan

Selanjutnya, untuk mendeteksi adanya kerawanan korupsi dalam kebijakan yang diambil pada saat pandemi ini dilakukan dengan instrumen *Corruption Risk Assessment (CRA)*¹. CRA merupakan sistem analisis dalam mengidentifikasi faktor penyebab korupsi tidak hanya dalam lingkup suatu peraturan perundang-undangan tertentu tetapi juga secara luas termasuk kerangka hukum dalam suatu kebijakan. Pada metode CRA regulasi akan dibedah berdasarkan kepatuhan (*compliance*), eksekusi (*execution*), prosedur administratif (*administrative procedure*), serta pengendalian korupsinya (*corruption control*). Diharapkan melalui penggunaan CRA ini, dapat dipetakan potensi korupsi yang terjadi dari kebijakan selama masa pandemi ini untuk kemudian dipersiapkan upaya mitigasinya.

1.5 Pelaksanaan Penelitian

Pelaksanaan kegiatan kajian dilaksanakan pada tahun 2020 dengan uraian kegiatan sebagai berikut:

No	Aktivitas	Waktu Pelaksanaan
1	Studi Pendahuluan	April 2020
2	Pengumpulan data	April - Mei 2020
	- Diskusi dengan Itjen Kemenkes dan Jajaran	- 5 Mei 2020

¹ Corruption Impact Assessment diterapkan pertama oleh Korea Selatan melalui Korea Independent Commission Against Corruption (KICAC) padanan tahun 2006, yang sekarang dilanjutkan oleh Anti Corruption and Civil Rights Commission (ACRC). Dasar hukum CIA di Korea Selatan adalah pasal 28.1 dari Act on Anti-Corruption and Establishment and Operation of the Anti-Corruption & Civil Rights Commission, yang kurang lebih berbunyi: “The ACRC assesses all forms of legislation ranging from acts, presidential decrees, ordinances, directives, regulations, public notifications & administrative rules.”. CIA kini disempunakan menjadi Corruption Risk Assessment (CRA).

	- Diskusi dengan PPK Kemenkes	- 11 Mei 2020
	- Diskusi dengan Keluarga Pasien dan Pasien Positif COVID-19	- 12 Mei 2020
	- Diskusi dengan BPJS Kesehatan	- 15 Mei 2020
	- Diskusi dengan RSCM	- 15 Mei 2020
	- Diskusi dengan Dinkes DKI Jakarta	- 18 Mei 2020
	- Diskusi dengan Dinkes Makassar	- 18 Mei 2020
	- Diskusi dengan RS Syekh Yusuf, RS Rujukan COVID-19 di Kabupaten Gowa	- 19 Mei 2020
	- Diskusi dengan Dinkes Kabupaten Purworejo	- 19 Mei 2020
	- Diskusi dengan RS Restu Ibu di Balikpapan	- 20 Mei 2020
	- Diskusi dengan Dinkes dan Faskes di Bali	- 22 Mei 2020
	- Kunjungan lapangan ke Rumah Sakit Premiere Bintaro dan Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan	- 3 Juli 2020
3	Pelaporan	Juli 2020

BAB 2 KERANGKA TEORI

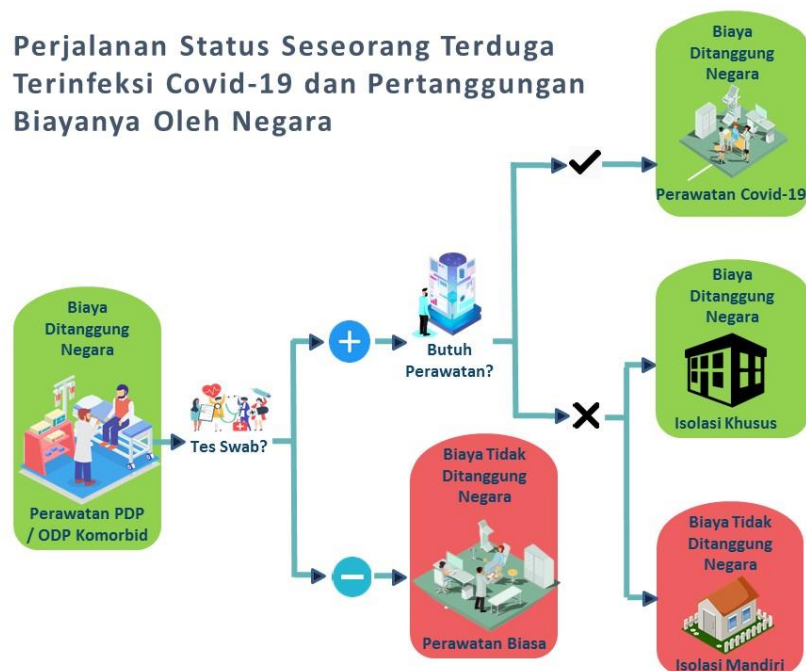
2.1 Dasar Pembiayaan Kesehatan Masa Pandemi.

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2019 terkait Jaminan Kesehatan Nasional, pasal 52 menyatakan bahwa pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah merupakan komponen yang tidak dijamin oleh Program Jaminan Kesehatan Nasional. Untuk itu, penggantian biaya pada pasien infeksi emerging tertentu tidak bisa menggunakan dana jaminan sosial kesehatan. Adapun dasar penanggungungan biaya bagi pasien COVID-19 masuk ke dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2016 tentang Pembebasan Biaya Pasien Penyakit Infeksi Tertentu, dimana klaim diajukan ke Kementerian Kesehatan melalui Dirjen Pelayanan Kesehatan. Selanjutnya, pengaturan mengenai COVID-19 sebagai penyakit yang menimbulkan kedaruratan kesehatan masyarakat ditetapkan oleh Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020, pada tanggal 31 Maret 2020. Selain Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 tersebut, Presiden juga telah menetapkan Keputusan Presiden Nomor 12 tahun 2020 tentang Penetapan Bencana Nonalam Penyebaran *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19) sebagai Bencana Nasional.

Infeksi *Novel Corona Virus* (COVID-19) yang dapat menyebabkan *Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2* (SARS-CoV-2) ditetapkan sebagai penyakit yang dapat menimbulkan wabah, tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/104/2020 pada 4 Februari 2020. Segala bentuk pembiayaan dalam rangka upaya penanggulangan dibebankan pada anggaran Kementerian Kesehatan, pemerintah daerah, dan/atau sumber dana lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Untuk mengatur lebih rinci pembiayaan pasien infeksi COVID-19, maka diterbitkanlah Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/238/2020 tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Perawatan Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu Bagi Rumah Sakit Yang Menyelenggarakan Pelayanan *Coronavirus Disease* 2019 (COVID-19). Juknis ini kemudian menjadi acuan bagi Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi maupun Kabupaten/Kota, BPJS Kesehatan, serta rumah sakit penyelenggara pelayanan COVID-19 dalam pengajuan pembebasan biaya bagi pasien COVID-19.

2.2 Gambaran Program Penggantian Biaya Pasien COVID-19

Alokasi anggaran ini ditujukan untuk mempercepat proses penggantian biaya penanggulangan penyakit COVID-19 agar menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan COVID-19. Menteri Kesehatan telah membuat keputusan bahwa pemerintah mengganti biaya pelayanan kesehatan bagi pasien konfirmasi COVID-19, pasien dalam pemantauan (PDP) dan orang dalam pemantauan (ODP), baik itu Warga Negara Indonesia (WNI) maupun Warga Negara Asing (WNA) yang dirawat pada rumah sakit yang telah ditunjuk untuk menangani penyakit COVID-19 di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia. Hal itu tertuang dalam Kepmenkes No. HK.01.07/MENKES/238/2020 tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Perawatan Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu Bagi Rumah Sakit Yang Menyelenggarakan Pelayanan *Coronavirus Disease* 2019. Petunjuk teknis (Juknis) ini juga dijadikan acuan bagi Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, BPJS Kesehatan, dan rumah sakit penyelenggara pelayanan COVID-19 dalam pengajuan pembebasan biaya pasien. Biaya penanganan pasien yang dapat ditanggung Pemerintah dimulai sejak tanggal 28 Januari 2020.



Gambar 1. Perjalanan Status Seseorang Terduga Terinfeksi COVID-19 dan Pertanggunggunaan Biayanya Oleh Negara

Besaran tarif INA-CBG untuk pelayanan COVID-19 untuk rawat jalan menggunakan tarif rumah sakit tipe A regional 1. Sedangkan untuk rawat inap menggunakan tarif rumah sakit tipe A regional 1 dan kelas perawatan kelas 3. Untuk rumah sakit yang melakukan rujukan untuk COVID-19 ke rumah sakit lain diatur pula norma pembayarannya dalam Keputusan Menteri Kesehatan ini. Lebih lanjut pelayanan yang dapat diganti adalah pembiayaan pelayanan pada rawat jalan dan rawat inap yang meliputi:

1. administrasi pelayanan,
2. akomodasi (kamar dan pelayanan di ruang gawat darurat, ruang rawat inap, ruang perawatan intensif, dan ruang isolasi),
3. jasa dokter,
4. tindakan di ruangan,
5. pemakaian ventilator,
6. pemakaian bahan medis habis pakai,
7. pemeriksaan penunjang diagnostik (laboratorium dan radiologi sesuai dengan indikasi medis),
8. obat-obatan,
9. alat kesehatan termasuk penggunaan APD di ruangan, rujukan, pemulasaran jenazah, dan
10. pelayanan kesehatan lain sesuai indikasi medis.

Selain komponen di atas, Surat Edaran Menteri Kesehatan nomor 295 juga menyertakan ketentuan tentang komorbid/penyakit penyerta, dimana pasien telah memiliki penyakit yang sudah diderita sebelumnya, bersifat kronik, serta memperberat perjalanan penyakit COVID-19-nya. Komorbid ini memerlukan penambahan sumber daya rumah sakit dan penambahan biaya di luar penyakit COVID-19. Penting bagi fasilitas kesehatan untuk menginput data awal apabila terdapat komorbid sesuai dengan kode ICD-10 dan ICD-9 CM.

Seluruh pelayanan tersebut akan dibayarkan dengan menggunakan metode pembayaran kombinasi *package system* dan *fee for service*. Pelayanan yang diberikan dan maksimal lama perawatan, ditentukan dengan menggunakan tarif INA-CBG dan *top up* perawatan dihitung sebagai *cost per day* yang efektif dan efisien. Dalam Juknis juga telah diatur pihak-pihak yang terlibat dengan peran dan fungsi masing-masing, yaitu:

A. Kementerian Kesehatan

- 1) Menteri Kesehatan melalui Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan akan melakukan penggantian biaya perawatan pasien COVID-19.
- 2) Melakukan pembayaran kepada rumah sakit yang melakukan pelayanan COVID-19.

B. BPJS Kesehatan

- 1) Melakukan pengelolaan administrasi klaim dengan menyelenggarakan tata kelola data dan berkas klaim atau tagihan dari rumah sakit yang melakukan pelayanan COVID-19 secara transparan dan akuntabel.
- 2) Melakukan verifikasi tagihan pelayanan kesehatan dari rumah sakit yang melakukan pelayanan COVID-19.
- 3) Melakukan koordinasi dengan Kementerian Kesehatan dalam rangka proses pembayaran tagihan klaim kepada rumah sakit yang telah dilakukan proses verifikasi.
- 4) Menyerahkan hasil proses verifikasi berupa Berita Acara kepada Kementerian Kesehatan.

C. Rumah Sakit

- 1) Melakukan rekapitulasi data pasien COVID-19 yang dilayani.
- 2) Melakukan pengajuan klaim biaya perawatan pasien COVID-19 secara berkala.
- 3) Menandatangani Surat Perintah Kerja pembayaran klaim.
- 4) Melengkapi berkas-berkas klaim sesuai dengan pelayanan yang diberikan, meliputi: resume medis, jenis ruang perawatan, bukti pelayanan (hasil laboratorium, rontgen dan lainnya), kartu identitas, TXT encrypted hasil keluaran aplikasi E-Klaim INACBGv5.
- 5) Menerima pembayaran klaim.

Alur tata cara pembayaran klaim dapat dilihat pada Gambar 2. berikut :



Gambar 2. Alur Pengajuan Klaim COVID-19

Secara umum terdapat tiga tahapan besar dalam pengajuan klaim yaitu

- 1) Pengajuan klaim dari faskes kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan,
- 2) Proses verifikasi (oleh BPJS Kesehatan),
- 3) Pembayaran klaim oleh Kementerian Kesehatan.

Selanjutnya, dalam hal pengawasan dan pembinaan, Menteri Kesehatan meminta Kementerian Kesehatan, Badan Nasional Penanggulangan Bencana, Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan, Dinas Kesehatan Daerah Provinsi, dan Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota untuk melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan juknis sesuai dengan kewenangan masing-masing.

2.3 Potensi Korupsi Saat Pandemi

Dalam sejarah, berbagai penanganan wabah masih memberikan korupsi bagi oknum yang tidak bertanggung jawab. Korupsi dalam bidang kesehatan, pada masa normal (tanpa wabah) diperkirakan telah menimbulkan kerugian hingga 500 miliar dollar setiap tahunnya (*Transparency International*, 2019). Terdapat berbagai modus terjadinya korupsi pada bidang kesehatan, mulai dari absennya para tenaga kesehatan hingga penyelewengan pengadaan obat dan alat kesehatan

yang penting dalam proses penanganan wabah. Berdasarkan estimasi UN *Office Drugs and Crime* sebesar 10-25 persen kasus korupsi di bidang kesehatan adalah terkait dengan pengadaan obat dan alat kesehatan (2017).

Kondisi yang panik saat terjadinya wabah, membuat masyarakat rentan untuk bersikap irasional. Selain itu, kondisi di fasilitas kesehatan juga memiliki keterbatasan fasilitas dan tenaga. Untuk itu tentu akan diperlukan adanya *trade-off* dari tenaga kesehatan dan manajemen fasilitas kesehatan dalam menentukan prioritas penanganan pasien. Disinilah potensi terjadi penyuaipan untuk mendapatkan layanan kesehatan. Tingkat penyuaipan dari masyarakat untuk mendapatkan layanan kesehatan berkisar antara 10% di Amerika Latin, 14% di Timur Tengah dan Afrika Utara, 19% di Uni Eropa, bahkan 29% di Jerman, Perancis, dan Spanyol (*Transparency International* 2017 dan 2019). Pada saat pandemi, penyuaipan ini semakin rentan terjadi karena masyarakat ingin mendapatkan layanan secepat mungkin ditengah situasi yang krisis. Berkaca pada kasus Ebola, Palang Merah Internasional menghitung dalam penanganan wabah ini kasus korupsinya mencapai sekitar 6 Juta Dollar Amerika. Korupsi ini meliputi penyelewengan dana, manipulasi laporan keuangan, pembayaran ganda untuk *supply* serta penyuaipan.

Sektor kesehatan secara umum memang sangat rentan terhadap korupsi karena sifatnya yang banyak memiliki ketidakpastian (*uncertainty*), banyaknya informasi yang asimetris (*assymetric information*) serta eksternalitas (*externality*)² antar pemangku kepentingan di dalamnya. Kecurangan dan korupsi yang terjadi di sektor kesehatan dapat berasal dari masing-masing aktor baik itu penyedia layanan, pembuat regulasi, produsen alat kesehatan dan obat, pasien, serta kemungkinan adanya persekongkolan di antara mereka.

Implementasi penggantian biaya pasien saat pandemi ini juga termasuk dalam komponen yang rentan terjadi kecurangan atau korupsi terutama seperti *unnecessary treatments, double claim*, dan sebagainya. Karena mekanisme penggantian biaya yang juga tidak terlalu berbeda dengan prosedur penggantian klaim jaminan kesehatan nasional, maka risiko kecurangan yang ada juga tidak terlalu berbeda. Untuk itu defisini potensi korupsi pada pandemi ini mengacu pada dua aturan. Pertama, pada jenis tindak pidana korupsi yang dirumuskan dalam UU Nomor 31 tahun 1999 jo. UU Nomor 20 tahun 2001, terutama pada jenis korupsi:

² Hazbullah Thabrany (2011) dan Evans (1984), dalam Roberia (2019).

1. Kerugian keuangan negara
2. Suap-menyuap
3. Penggelapan dalam jabatan
4. Pemerasan
5. Perbuatan curang
6. Benturan kepentingan dalam pengadaan
7. Gratifikasi

Kedua, mengacu pada 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. Definisi kecurangan pada peraturan ini dijelaskan pada Bab II bagian penjelasan, dimana jenis kecurangan dapat dilakukan oleh peserta, BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan atau pemberi layanan kesehatan, penyedia obat dan alkes, serta pemangku kepentingan lainnya. Pengelompokkan jenis-jenis perilaku kecurangan menurut pelakunya terangkum pada Gambar 3 berikut.

Contoh *Fraud* Kesehatan (Permenkes 16/2019)



Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan nomor 16 Tahun 2019

Gambar 3. Jenis-Jenis Perilaku Kecurangan Menurut Pelakunya

BAB 3 PERMASALAHAN DAN SARAN PERBAIKAN

Analisis potensi korupsi/*fraud* pada layanan pembayaran klaim layanan COVID-19 menggunakan *Corruption Risk Assessment* (CRA) terhadap regulasi yang ada dan juga mengacu pada definisi *fraud* dalam Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) Serta Peneanaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Sedangkan metode *Corruption Risk Assessment* (CRA) dilakukan terhadap Kepmenkes No. HK.01.07/MENKES/238/2020 termasuk didalamnya analisis terhadap kecukupan pengendalian internal oleh para pihak yang terlibat dalam skema klaim layanan COVID-19.

Berdasarkan analisis terhadap data dan informasi yang relevan, berikut adalah permasalahan yang berhasil diidentifikasi:

3.1 Rendahnya Realisasi Pembayaran Klaim Karena Proses Pencairan Klaim yang Terhambat Syarat Administratif

Data BPJS Kesehatan per 16 Juni 2020, sebanyak 733 rumah sakit dengan jumlah klaim sebesar Rp. 715.057.860.487, namun klaim yang telah selesai diverifikasi baru 427 rumah sakit dengan biaya hasil verifikasi sebesar Rp. 238.420.066.160 (33%).

Hal tersebut terjadi misalnya karena tidak tersedianya identitas pasien, *swab test* dilakukan di luar kota dan bukti tertulisnya tidak diberikan, standar pelayanan yang berbeda karena kekurangan sarana rumah sakit. Pada kasus lain juga ditemukan *dispute* akibat adanya perbedaan cara perhitungan hari perawatan antara aplikasi Kemenkes dengan sistem billing rumah sakit. Hal ini membuat Kementerian Kesehatan untuk mengeluarkan SE 295/2020 dan notulensi Rapat Evaluasi dan Ketetapan Identifikasi Permasalahan Klaim di Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan untuk dijadikan acuan dalam melakukan verifikasi klaim. Namun hal ini dirasa tidak cukup kuat sebagai dasar hukum verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan yang menyebabkan 70% pengajuan klaim belum disetujui.

Selain itu, hasil diskusi dan observasi pada rumah sakit yang mengajukan klaim, masih ditemukan RS yang tidak mendapatkan pembayaran uang muka 50% seperti dalam ketentuan. Hal ini juga menjadi penyebab rendahnya realisasi anggaran untuk pembayaran klaim. Padahal jika Kementerian Kesehatan hendak meningkatkan persentase uang muka hingga 100% pun tidak

menyalahi prinsip keuangan negara karena rumah sakit telah menyelesaikan kewajibannya memberikan layanan kepada pasien saat klaim diajukan.

3.2 Inefisiensi Pembayaran Klaim

Dalam penanganan pasien COVID-19, biaya yang dikeluarkan dapat sangat bervariasi. Dari hasil kunjungan lapangan dan wawancara jarak jauh, total klaim yang ditagihkan per kasus mulai dari 60 juta sampai 250 juta rupiah. Besarnya biaya ini disebabkan oleh tingginya jumlah *top-up* fasilitas perawatan penunjang seperti ruang isolasi, ventilator, dan ICU. Namun, adanya disparitas sarana dan prasarana rumah sakit yang merawat pasien ODP, PDP dan terkonfirmasi COVID-19 tanpa adanya perbedaan tarif membuat klaim yang dibayarkan menjadi tidak efisien. Misalnya tarif ruang isolasi bertekanan negatif sama dengan tarif ruang isolasi tidak bertekanan negatif dan tarif ruang isolasi untuk 1 (satu) pasien per ruangan sama dengan dengan ruang isolasi 2 (dua) pasien per ruangan (kohort). Padahal, sumber daya yang dikeluarkan rumah sakit juga berbeda. Misalnya untuk biaya untuk menciptakan ruangan bertekanan negatif membutuhkan biaya hingga Rp400 juta.

Selain itu, pada awal masa pandemi kecepatan proses *swab test* juga mempengaruhi efisiensi besaran nilai klaim pasien ODP dan PDP yang harus dibayarkan oleh Pemerintah. Saat ini waktu tunggu keluarnya hasil swab masih sangat bervariasi, 5-14 hari.

3.3 Kurangnya Pengendalian *Fraud*

Dari analisis *Corruption Risk Assessment* (CRA), ditemukan adanya celah terjadinya korupsi pada proses penggantian biaya pasien COVID-19 karena pengawasan terhadap klaim perawatan hanya dititikberatkan pada verifikasi dokumen yang dibuat oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan, namun tidak disertai dengan teknik pengawasan lain seperti proses kredensial sarana prasarana atau observasi fisik. Pasien atau keluarga pasien sendiri tidak diminta persetujuan atau konfirmasi setelah menerima layanan oleh rumah sakit. Hal ini menyebabkan adanya informasi asimetrik yang perlu ditindaklanjuti dengan proses pengujian lain untuk memastikan kebenaran informasi tersebut.

3.4 Rekomendasi Perbaikan

Sejumlah rekomendasi yang perlu dilakukan untuk menyelesaikan permasalahan-permasalahan tersebut adalah:

1. Rekomendasi untuk Rendahnya Realisasi Pembayaran Klaim Karena Proses Pencairan Klaim yang Terhambat Syarat Administratif

- a. Menaikan persentase pembayaran uang muka ke rumah sakit yang mengajukan klaim hingga 100% dan disertai dengan dilakukannya *post-audit* oleh pihak yang ditunjuk Pemerintah.
- b. Merevisi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/238/2020 dengan memasukkan substansi perubahan syarat pengajuan klaim untuk mengakomodasi dinamika operasional di lapangan.
- c. Perbaiki proses e-klaim untuk mengakomodir dinamika di lapangan, serta membuat tahapan claim pending seperti pada pembayaran JKN, sehingga tidak semua klaim yang kurang syarat administratifnya langsung bersifat *dispute* dan dieskalasi ke pembahasan yang lebih tinggi.
- d. Membentuk forum atau majelis di tingkat daerah untuk membahas dan menuntaskan *dispute* klaim COVID-19 yang terjadi. Forum atau majelis ini dapat terdiri dari unsur Dinas Kesehatan Daerah, BPJS Kesehatan, serta perwakilan organisasi profesi. Jika kasus *dispute* memang sifatnya kompleks dan membutuhkan pembahasan lebih lanjut, maka dapat dieskalasi ke Kementerian Kesehatan.
- e. Memberikan batas waktu penyelesaian klaim *dispute* demi memberi kepastian bagi rumah sakit.
- f. Mensosialisasikan mekanisme pengajuan klaim serta proses pembayaran kepada para pemangku kepentingan terkait.

2. Rekomendasi untuk Inefisiensi Pembayaran Klaim

- a. Merevisi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/238/2020 dengan memasukkan substansi perubahan tarif sesuai dengan pelayanan dan fasilitas yang dimiliki oleh rumah sakit, terutama untuk komponen *top-up*.
- b. Mensosialisasikan mekanisme pengajuan klaim serta proses pembayaran kepada para pemangku kepentingan terkait.

3. Rekomendasi untuk Kurangnya Pengendalian *Fraud*

- a. Melakukan pemetaan terhadap sistem pengendalian internal rumah sakit yang mengajukan klaim, baik di tahap verifikasi maupun pembayaran.
- b. Melakukan audit klaim (*post-audit*) terhadap pembayaran klaim dengan memperhatikan kaidah-kaidah relevansi dan materialitas.
- c. Mensosialisasikan kepada masyarakat bahwa biaya perawatan COVID-19 ditanggung oleh Negara.

BAB 4 KESIMPULAN DAN SARAN

Dari analisis diketahui sejumlah potensi permasalahan *fraud* yang mungkin timbul dalam tahapan proses klaim, yakni :

1. Rendahnya Realisasi Pembayaran Klaim Karena Proses Pencairan Klaim yang Terhambat Syarat Administratif
2. Inefisiensi Pembayaran Klaim
3. Kurangnya Pengendalian *Fraud*

Untuk mengatasi sejumlah potensi *fraud* atau korupsi yang terjadi, sejumlah langkah perbaikan yang perlu dilakukan oleh para pihak yaitu:

1. Rekomendasi untuk Rendahnya Realisasi Pembayaran Klaim Karena Proses Pencairan Klaim yang Terhambat Syarat Administratif
 - a. Menaikan persentase pembayaran uang muka ke rumah sakit yang mengajukan klaim hingga 100% dan disertai dengan kewajiban dilakukannya *post-audit* oleh pihak yang ditunjuk oleh Pemerintah.
 - b. Merevisi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/238/2020 dengan memasukkan substansi perubahan syarat pengajuan klaim untuk mengakomodasi dinamika operasional di lapangan.
 - c. Perbaiki proses e-klaim untuk mengakomodir dinamika di lapangan, serta membuat tahapan claim pending seperti pada pembayaran JKN, sehingga tidak semua klaim yang kurang syarat administratifnya langsung bersifat *dispute* dan dieskalasi ke pembahasan yang lebih tinggi.
 - d. Membentuk forum atau majelis di tingkat daerah untuk membahas dan menuntaskan *dispute* klaim COVID-19 yang terjadi. Forum atau majelis ini dapat terdiri dari unsur Dinas Kesehatan Daerah, BPJS Kesehatan, serta perwakilan organisasi profesi. Jika kasus *dispute* memang sifatnya kompleks dan membutuhkan pembahasan lebih lanjut, maka dapat dieskalasi ke Kementerian Kesehatan.
 - e. Memberikan batas waktu penyelesaian klaim *dispute* demi memberi kepastian bagi rumah sakit.
 - f. Mensosialisasikan mekanisme pengajuan klaim serta proses pembayaran kepada para pemangku kepentingan terkait.

2. Rekomendasi untuk Inefisiensi Pembayaran Klaim

- a. Merevisi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/238/2020 dengan memasukkan substansi perubahan tarif sesuai dengan pelayanan dan fasilitas yang dimiliki oleh rumah sakit, terutama untuk komponen *top-up*.
- b. Mensosialisasikan mekanisme pengajuan klaim serta proses pembayaran kepada para pemangku kepentingan terkait.

3. Rekomendasi untuk Kurangnya Pengendalian *Fraud*

- a. Melakukan pemetaan terhadap sistem pengendalian internal rumah sakit yang mengajukan klaim, baik di tahap verifikasi maupun pembayaran.
- b. Melakukan audit klaim (*post-audit*) terhadap pembayaran klaim dengan memperhatikan kaidah-kaidah relevansi dan materialitas.
- c. Mensosialisasikan kepada masyarakat bahwa biaya perawatan COVID-19 ditanggung oleh Negara.

DAFTAR PUSTAKA

- Anti-Corruption & Civil Right Commission . (2017). *Handbook for Corruption Impact Assessment*. Seoul: Anti-Corruption & Civil Right Commission .
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2016, November). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2016 tentang Pembebasan Biaya Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu. Indonesia: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2019, Juli). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2020, April 6). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/238/2020 tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Perawatan Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu Bagi Rumah Sakit yang Menyelenggarakan Pelayanan COVID-19. Indonesia: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2020, April 20). Surat Edaran Nomor HK.02.01/Menkes/295/2020 tentang Klaim Penggantian Biaya Perawatan Pasien Infeksi Emerging Tertentu Bagi Rumah Sakit yang Menyelenggarakan Pelayanan COVID-19. Indonesia: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Presiden Republik Indonesia. (2001, November). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2001 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 31 Tahun 1999 Tentang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi. Indonesia.
- Presiden Republik Indonesia. (2018). Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesia.
- Roberia. (2019). *Hukum Jaminan Kesehatan: Solusi Konstitusional Mengatasi Defisit Dalam Mewujudkan Negara Kesejahteraan Pancasila*. Jakarta : Gramata Publishing.
- Transparency International. (2019). *The Ignored Pandemic: How Corruption in Healthcare Service Delivery Threatens Universal Health Coverage*. Transparency International.

Lampiran

Lampiran 1 Analisis Potensi *Fraud* dengan Metode CRA (*Corruption Risk Assesment*)

NO	ASPEK / KRITERIA	HASIL ANALISIS	DAMPAK
I.	KEPATUHAN		
1.a.	Rasionalitas beban kepatuhan	<p>1) Belum memadainya pengaturan beban kepatuhan dalam Kepmenkes 238 maupun SK Menkes 295/2020. Kepatuhan masih bergantung pada klausul pengawasan</p> <p>2) Hanya pihak rumah sakit yang diminta membuat Surat Pertanggungjawaban Mutlak (SPTJM) sementara pihak Kemenkes, Dinas Kesehatan, maupun BPJS Kesehatan tidak diatur lebih lanjut tentang beban kepatuhannya.</p> <p>3) Beban verifikasi dititikberatkan pada BPJS Kesehatan tanpa memperhatikan kemungkinan waktu dan jumlah <i>load</i> klaim karena dimasa puncak pandemi kemungkinan <i>load</i> klaim akan meningkat tajam sedangkan waktu verifikasi tetap 7 hari kerja ditambah jika ada <i>dispute</i>. Klaim untuk daerah rawan COVID-19 juga berbeda dengan daerah yang relatif aman.</p>	<p>1) Tidak adanya dorongan atau motivasi dari seluruh pihak terkait untuk patuh terhadap petunjuk teknis ini dengan runut karena beban kepatuhan yang diberikannya masih terlalu ringan dan dibebankan berat pada pihak Rumah sakit saja.</p> <p>2) Dapat terjadi verifikasi yang kurang akurat atau keterlambatan hasil verifikasi khususnya di daerah rawan COVID-19.</p>

NO	ASPEK / KRITERIA	HASIL ANALISIS	DAMPAK
1.b.	Kecukupan peraturan disiplin	1) Tidak ada klausul khusus yang mengatur sanksi atas pelanggaran pengajuan klaim 2) Tidak ada klausul pengaturan denda atas baik itu keterlambatan klaim, keterlambatan bayar, dan kekeliruan hasil verifikasi	Risiko adanya <i>phantom billing</i> , <i>double claim</i> , <i>phantom procedure</i> sangat mungkin terjadi pada klaim yang diajukan.
1.c.	Risiko pemberian perlakuan istimewa	1) Tidak ada klausul yang mengatur klaim mana yang didahulukan pembayarannya. Dalam sistem pembayaran klaim JKN umum diatur tentang First in First Out (FIFO) namun secara khusus dalam pembayaran klaim COVID-19 ini tidak diatur. 2) Tarif lebih tinggi dari tarif INA CBGs yakni dengan ditambahkan top up per hari	1) Risiko <i>kickback</i> untuk rumah sakit tertentu dibayarkan lebih dulu klaimnya dibanding yang lain 2) Kemungkinan <i>favoritism</i> dari pembayar klaim karena faktor kedekatan, subordinat institusi dan sebagainya. 3) Memboroskan keuangan negara
II.	PELAKSANAAN		
2.a.	Dasar pengambilan keputusan yang obyektif	Beban verifikasi hanya dititikberatkan pada BPJS Kesehatan, sedangkan peran Kementerian Kesehatan tidak diatur lebih lanjut untuk melakukan pengecekan kembali atas hasil verifikasi klaim.	Minimnya <i>check and balance</i> serta timpangnya tanggung jawab apabila terjadi konsekuensi hukum dikemudian hari atas pembayaran klaim.
2.b.	Transparansi & akuntabilitas dalam	Tidak diatur lebih lanjut mekanisme <i>dispute</i> klaim, terutama tidak dijelaskan lebih lanjut peran dari	Ketidakjelasan peran siapa dan seperti apa mekanisme jika terjadi <i>dispute</i> ,

NO	ASPEK / KRITERIA	HASIL ANALISIS	DAMPAK
	pemberian tugas pada pihak lain	Kementerian Kesehatan dalam menjembatani apabila terdapat <i>dispute</i> klaim dari hasil verifikasi BPJS Kesehatan.	akan mengganggu alur pembayaran klaim secara umum.
2.c.	Risiko salah alokasi atau penyalahgunaan bantuan pemerintah	<p>1) Klausul pemberian uang muka sebesar paling banyak 50% diberikan tanpa syarat dan ketentuan lebih lanjut.</p> <p>2) Tidak ada pengawasan terhadap bantuan yang telah diterima rumah sakit/hibah</p>	<p>1) Dalam keadaan pandemi dimana kegiatan dituntut serba cepat dengan sumberdaya terbatas, minimnya pengaturan dapat menjadi peluang abuse, moral hazard, dan potensi penggunaan yang tidak seharusnya dari alokasi anggaran untuk klaim pasien COVID-19.</p> <p>2) Terdapat potensi rumah sakit melakukan klaim terhadap kebutuhan yang sebenarnya diperoleh dari bantuan/hibah</p>
III.	PROSEDUR ADMINISTRATIF		
3.a.	Aksesibilitas	Pada proses pembuatan seharusnya melibatkan para stakeholder serta aparat pemeriksa.	<p>1) Muncul potensi kesalahan aturan, minimal penulisan.</p> <p>2) Bisa merugikan berbagai pihak.</p>
3.b.	Keterbukaan	1) Terdapat klausul bahwa klaim yang diajukan belum pernah diklaim pada program apapun (agar tidak ada klaim ganda), termasuk dari pasien. Tidak diatur lebih lanjut tentang mekanisme ini bagaimana pengecekan akan dilakukan, juga bagaimana cara pasien	<p>1) Tidak bisa dilakukan check and balance apakah klaim telah diajukan sebelumnya baik itu kepada pasien maupun asuransi penjamin pasien.</p> <p>2) Potensi adanya kecurangan seperti <i>upcoding</i>, <i>phantom procedure</i>, <i>unnecessary treatment</i>, dan <i>double claim</i>.</p>

NO	ASPEK / KRITERIA	HASIL ANALISIS	DAMPAK
		<p>mengecek apabila pernah ditagihkan dan membayar klaimnya sendiri.</p> <p>2) Tidak ada sosialisasi menyeluruh kepada masyarakat maupun yankes mengenai pembiayaan dan proses penanganan pasien ODP, PDP maupu terkonfirmasi COVID-19 yang ditanggung oleh pemerintah.</p>	
3.c.	Kejelasan informasi dalam penyelenggaraan layanan publik	Dalam praktiknya, pasien maupun keluarga pasien masih tidak seluruhnya dapat mengakses langsung total tagihan atas pelayanan yang didapatkannya. Pasien COVID-19 hingga saat checkout tidak mengetahui total biaya atas dirinya.	Potensi adanya kecurangan seperti <i>upcoding</i> , <i>phantom procedure</i> , <i>unnecessary treatment</i> , dan <i>double claim</i> sangat mungkin terjadi karena pasien tidak mengetahui rekap tindakan serta tagihan dari pelayanan yang ia dapatkan.
IV.	PENGENDALIAN KORUPSI		
4.a.	Risiko konflik kepentingan	Risiko COI muncul bila pembuat kebijakan mempunyai yankes, kerabat pemilik yankes, maupun berkolusi dengan pemilik yankes.	<p>1) Biaya penanganan COVID lebih tinggi dari biaya semestinya.</p> <p>2) Memboroskan keuangan negara.</p> <p>3) Adanya favoritisme dalam pembayaran klaim</p>
4.b.	Kehandalan mekanisme antikorupsi	Peran pembinaan dan pengawasan dari Kementerian Kesehatan, BNPB, BPKP, Dinkes Daerah tertulis sangat general dan tidak ada pengaturan lebih lanjut.	1) Tidak dijalankan dengan maksimalnya peran pengawasan dan pembinaan, serta bersifat sebatas formalitas dalam mengawasi proses pembayaran klaim ini.

NO	ASPEK / KRITERIA	HASIL ANALISIS	DAMPAK
		Keterbukaan pada publik juga belum dimaksimalkan	2) Pengawasan dari publik minim

KPK

Komisi Pemberantasan Korupsi

DIREKTORAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN

Gedung KPK

Jalan Kuningan Persada No.4, RT.1/RW.6,
Guntur, Setia Budi, Jakarta Selatan, Daerah
Khusus Ibukota Jakarta 12950
(021) 25578300

www.KPK.GO.ID