

EFFECTIVENESS OF THE MEDICAL AUDIT BY THE QUALITY CONTROL TEAM COST CONTROL IN PREVENTION PREVENTION ON MANAGEMENT OF GUARANTEE NATIONAL HEALTH IN BPJS KESEHATAN CABANG PADANG

Antoni Rahmat¹, Uning Pratimaratri¹ Zaitul²

¹Law Departement Study, Postgraduate Program Bung Hatta University

²Management Departement Study, Postgraduate Program Bung Hatta University

E-mail: antonirahmat80@gmail.com

ABSTRACT

In the organizing program, a National Health Insurance is needed to ensure safety and efficiency. Fraud in implementing JKN is a deliberate action to benefit from the JKN program in the SJSN. In Presidential Regulation No. 12 of 2013 concerning Article 42 requesting "health services for JKN participants must pay attention to service quality, be oriented to patient safety, task effectiveness, suitability to patient needs, and cost efficiency. In Minister of Health Regulation 71 of 2013, BPJS Kesehatan formed a KMKB team that was the spearhead in efforts to meet the requirements and regulate the JKN program. Problem formulation: (1). What are the medical audit findings by the KMKB team and what are the factors causing medical fraud (2). How the completion of the medical audit findings by the KMKB team (3). What is the model of medical audit and medical fraud in the context of JKN. This research is a qualitative and quantitative research using a socio legal approach. Primary data sources were obtained from interviews, surveys and questionnaires, while secondary data are obtained from claims audit reports and document studies. The collected data was analyzed descriptively and SPSS analysis. It can be concluded that: (1). The coding discrepancies are still found in claim billing (2). The KMKB team will mediate if there is a dispute between BPJS Kesehatan and Health Facilities (3). Reducing Medical Fraud.

Keywords: Effectiveness, team KMKB, fraud, insurance

**EFEKTIVITAS AUDIT MEDIS OLEH TIM KENDALI MUTU
KENDALI BIAYA DALAM PENCEGAHAN KECURANGAN
PADA PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN
NASIONAL DI BPJS KESEHATAN CABANG PADANG**

Antoni Rahmat¹, Uning Pratimaratri¹ Zaitul²

¹**Program Studi Ilmu Hukum Pascasarjana Universitas Bung Hatta**

²**Program Studi Manajemen Pascasarjana Universitas Bung Hatta**

E- mail: antonirahmat80@gmail.com

ABSTRAK

Dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional diperlukan upaya kendali mutu dan kendali biaya agar pelayan yang diberikan efektif dan efisien. *Fraud* dalam pelaksanaan JKN adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja untuk mendapatkan keuntungan dari program JKN dalam SJSN. Dalam Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 pada Pasal 42 dikatakan “pelayanan kesehatan kepada peserta JKN harus memerhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada keamanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya. Dalam Permenkes 71 Tahun 2013, BPJS Kesehatan membentuk tim KMKB yang merupakan ujung tombak dalam upaya kendali mutu dan kendali biaya program JKN. Rumusan masalah: (1). Apa temuan audit medis oleh tim KMKB dan apa faktor penyebab kecurangan medis (2). Bagaimana penyelesaian temuan audit medis oleh tim KMKB (3). Bagaimana model audit medis dan kecurangan medis dalam konteks JKN. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dan kuantitatif menggunakan pendekatan *juridis sosiologis*. Sumber data primer diperoleh dari wawancara, survey dan kuisioner, sedangkan data sekunder diperoleh dari laporan hasil audit klaim dan studi dokumen. Data yang terkumpul dianalisis secara deskriptif dan analisis SPSS. Dapat disimpulkan bahwa: (1). Masih ditemukan ketidaksesuaian pengkodean dalam penagihan klaim (2). Tim KMKB akan melakukan mediasi jika terdapat perselisihan BPJS Kesehatan dengan Faskes (3). Terdapat secara signifikan tindakan pencegahan kecurangan medis mampu menurunkan perilaku kecurangan medis.

Kata Kunci: Efektivitas, tim KMKB, fraud, JKN