

BAB IV

PENUTUP

A. Simpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Dalam pelaksanaannya Tim KMKB belum secara efektif dalam melakukan tugasnya. Belum optimalnya dukungan dari organisasi profesi, serta fungsi dari Tim KMKB Cabang terutama tim Teknis belum berjalan sebagaimana mestinya. Selain itu upaya pencegahan kecurangan secara internal yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan juga belum optimal sehingga ini yang menjadi penyebab belum efektifnya peran Tim KMKB. Banyaknya kesalahan dalam pengkodean saat melakukan penagihan klaim yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan menjadi penyebab terjadinya *fraud* dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan.
2. Dalam penyelesaian terhadap kasus terindikasi *fraud* adalah melakukan konfirmasi secara tertulis serta melakukan kompensasi terhadap klaim yang telah dibayarkan. Jika dalam pelaksanaannya belum didapati kesepakatan, maka pelaksanaannya akan didampingi dan dimediasi oleh Tim KMKB.
3. Diketahuinya penyebab kecurangan medis adalah kurang efektifnya tindakan pencegahan kecurangan medis dan audit medis dilakukan. Maka model yang tepat untuk melakukan audit medis dan

kecurangan medis adalah mengefektifkan tindakan pencegahan kecurangan medis dan melakukan audit klaim. Terbukti pada survey yang dilakukan terdapat secara signifikan faktor tindakan pencegahan kecurangan medis mampu menurunkan perilaku terhadap kecurangan medis di wilayah kerja BPJS Kesehatan Cabang Padang. Artinya semakin tinggi tindakan pencegahan kecurangan medis dilakukan maka akan semakin turun pula perilaku kecurangan medis.

B. Saran

1. Tim kendali mutu kendali biaya harus di optimalkan dalam melaksanakan tugas dan kewajiban dalam hal memberikan sanksi yang dapat membuat efek jera sehingga dapat menurunkan angka kejadian *fraud*, dan tim kendali mutu kendali biaya diberikan wewenang dan bekerja secara independent tanpa ada beban dari luar.
2. Tim kendali mutu kendali biaya harus ada perwakilan dari akademisi dan atau praktisi hukum.
3. Pimpinan fasilitas kesehatan harus memaksimalkan peran dari Komite Medik dan tim Pencegahan Kecurangan yang telah dibentuk untuk melakukan sosialisasi sehingga dapat memonitor dan mengevaluasi klaim yang diajukan dengan baik, benar dan tepat.
4. Mengembangkan model atau sistim dalam melakukan audit dalam rangka melakukan tindakan pencegahan kecurangan medis maupun klaim.

5. Membangun pusat informasi dan penanganan keluhan pasien serta mengembangkan sistim audit internal.
6. Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten/Kota juga ikut berperan aktif dalam melakukan sosialisasi *fraud*, dan memberikan pelatihan kepada petugas casemix di fasilitas kesehatan.
7. Pengawas Rumah Sakit harus membangun sistim yang dapat mendeteksi potensi indikasi kecurangan.
8. Memberikan sanksi tegas kepada pelaku *fraud*, baik itu kepada fasilitas kesehatan maupun oknum sesuai dengan aturan hukum yang berlaku.