

# Analisis Pengendalian Potensi *Fraud* di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi

Ayu Mitriza<sup>1</sup>, Ali Akbar<sup>2</sup>

## Abstrak

Sejak berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, potensi *fraud* dalam pelayanan kesehatan semakin meningkat karena adanya tekanan dari sistem pembiayaan yang baru berlaku, adanya kesempatan karena minim pengawasan, serta ada pembenaran saat melakukan tindakan *fraud*. **Tujuan:** Mengeksplorasi upaya pengendalian potensi *fraud* di Rumah Sakit Dr. Achmad Moechtar Bukittinggi. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain metode kualitatif. Penelitian ini dilihat dari komponen input dan komponen proses. **Hasil:** Komponen input mencakup kebijakan, tenaga dan sarana. Komponen proses mencakup faktor pendorong dan faktor penghambat potensi *fraud*. Faktor pendorong potensi *fraud* yaitu perbedaan pemahaman antara verifikator dan dokter penanggung jawab pasien tentang diagnosis. Kesenjangan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA CBGs. Faktor penghambat potensi *fraud* yaitu Penerapan Standar Operasional dan *Clinical Pathway*. **Simpulan:** Upaya dari Rumah Sakit Dr. Achmad Moechtar dalam pencegahan potensi *fraud* dengan melakukan tindakan sesuai Standar Prosedur Operasional. BPJS Kesehatan dalam pencegahan potensi *fraud* dengan meningkatkan aplikasi penyaringan potensi *fraud*.

**Kata kunci:** JKN, sistem pembiayaan, pencegahan potensi *fraud*

## Abstract

Since the enactment of the National Health Insurance (JKN) in Indonesia, the potential for fraud in health services has increased due to pressure from the new system of financing, the opportunity due to minimal supervision and there is justification when doing fraud. **Objectives:** To explore efforts to control the potential of fraud at Achmad Moechtar Hospital Bukittinggi. **Methods:** This research used qualitative method design. This research was seen from input components and process components. Input components were included policies, personnel and facilities. **Results:** The process components were included the driving factors and potential inhibiting factors of fraud, the efforts of Achmad Moechtar Hospital and Social Health Insurance Provider (BPJS Kesehatan) in the prevention of potential fraud. The potential driving force of fraud was difference in understanding between the verifier and the physician in charge of the patient regarding the diagnosis, the real hospital tariff gap with the tariff of INA CBGs. Fraud potential inhibiting factors were the Application of Operational Standard and Clinical Pathway. **Conclusions:** Efforts from Achmad Moechtar Hospital in preventing potential fraud by taking action in accordance with Standard Operating Procedures. Social Health Insurance Provider (BPJS Kesehatan) in the prevention of fraud potential by increasing fraud potential filtration applications.

**Keywords:** JKN, financing system, prevention of fraud potential

**Affiliasi penulis:** 1. BPJS Kesehatan Cabang Pekanbaru,  
2. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat

**Korespondensi:** Ayu Mitriza

Email : drg.ayumitriza@gmail.com Telp: 08126747420

## PENDAHULUAN

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, di tegaskan bahwa setiap warga Negara memiliki hak yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.<sup>1</sup> Kesadaran

tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial, Pemerintah menerbitkan Undang-Undang Dasar Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menyatakan bahwa prinsip pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional adalah kesetaraan (*equity*) mendapatkan akses pelayanan kesehatan serta efektif dan efisien dalam operasionalisasinya.<sup>2</sup> SJSN merupakan terobosan strategis dalam mengatasi permasalahan akses pelayanan kesehatan yang diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta mempercepat pencapaian *Universal Health Coverage (UHC)*.<sup>2</sup>

Berdasarkan survei yang dilakukan *Association of Certified Fraud Examiner (ACFE)* tahun 2010 bahwa *fraud* tertinggi didunia terdapat pada *Banking Service* sebesar 17,8 %, sedangkan *fraud* pada *Health Care* menempati urutan keempat sebesar 7,3%, Indonesia menduduki peringkat ketiga dengan jumlah kasus terbanyak dari 30 negara yang di survei.<sup>3</sup> Amerika Serikat telah lama berupaya untuk mewujudkan Asuransi Kesehatan Nasional, pada saat ini Amerika Serikat hanya mempunyai Asuransi Kesehatan Nasional rawat inap untuk penduduk diatas 65 tahun saja (lansia) dari total penduduk Amerika Serikat sekitar 280 juta jiwa dimana 25% penduduk usia produktif tidak memiliki Asuransi Kesehatan Nasional. Ini merupakan suatu bukti kegagalan mekanisme pasar dalam bidang kesehatan, karena Amerika Serikat didominasi Asuransi Kesehatan Komersial.<sup>4</sup>

Sejak beroperasi 1 Januari 2014 sampai sekarang, BPJS Kesehatan mengalami banyak tantangan dalam melaksanakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), salah satunya mencegah terjadinya tindakan potensi *fraud*. Dalam masa awal pelaksanaan JKN, pemerintah cukup banyak mendapat kritik dari berbagai pihak salah satunya berasal dari provider, terutama manajemen rumah sakit. Perubahan sistem pentarifan dari *fee for service* menjadi pola INA CBGs yang dirasa kurang memadai, menjadi salah satu keluhan utama dan termasuk menjadi dasar "pembenaran" untuk melakukan potensi *fraud*.<sup>5</sup>

Sejak berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, potensi *fraud* dalam layanan kesehatan semakin meluas karena adanya tekanan dari sistem pembiayaan yang baru berlaku, adanya kesempatan karena minim pengawasan serta ada pembenaran saat melakukan tindakan *fraud*. Tindakan *fraud* menyebabkan kerugian finansial negara.<sup>6</sup>

Rumah Sakit di negara Indonesia untuk menentukan tarif ketika diberlakukan sistem JKN adalah berdasarkan INA CBGs (*Case Base Groups*) adalah pengelompokan diagnosa penyakit yang berdasarkan *grouping* dari tarif itu sendiri, dengan demikian pemberian dan pemberlakuan tarif Rumah Sakit pada pengelompokan tersebut dinamakan diagnosa asuransi. Perbedaan antara diagnosa klinis yang ditegakkan dokter dan diagnosis *grouping* dari *Software* INA CBGs yang cenderung *upcoding*.<sup>6</sup>

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit adalah landasan hukum bagi penyelenggaraan rumah sakit. Kontrak dengan BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan mengacu pada norma, standar dan kriteria.<sup>7</sup> Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Achmad Mochtar Bukittinggi merupakan salah satu rumah sakit daerah milik Pemerintah Provinsi Sumatera Barat tipe B dengan status Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.<sup>8</sup> Sesuai amanat Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016, setiap fasilitas kesehatan pemerintah baik pemerintah pusat ataupun daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Adapun dasar penetapan tarif RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi adalah dengan menggunakan metode pembayaran *fee for service*.<sup>9</sup>

Data monitoring klaim BPJS Kesehatan, data jumlah kasus RSUD dr Achmad Moechtar Bukittinggi meningkat dari tahun 2014 sampai dengan tahun 2017 adalah 103.326 kasus sampai dengan 111.016 kasus sampai November tahun 2017 atau sekitar 76,9%. Data utilisasi pelayanan peserta BPJS Kesehatan di RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi tahun 2016, diagnosa primer

terbanyak yaitu kemoterapi sebanyak 787 kasus dan diagnosa sekunder terbanyak yaitu *sectio caesaria* sebanyak 312 kasus.

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 69 Tahun 2015 tentang "Standar tarif pelayanan kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan". Dalam peraturan ini dinyatakan bahwa penetapan tarif untuk meningkatkan efisiensi biaya yang dapat membuat perilaku rumah sakit berinovasi dalam penghematan, seperti tidak perlu menggunakan obat-obatan dan alat bahan habis pakai yang berlebihan, pemeriksaan yang memakan biaya dan waktu rawat inap yang lama.<sup>10</sup> Dengan adanya standar tarif yang jelas dapat menjadi pedoman bagi rumah sakit dalam menghindari potensi *fraud* untuk mematuhi peraturan Menteri Kesehatan tersebut. Perilaku rumah sakit ini sesuai dengan *Theory of Planned Behavior (TPB)* oleh Icek Ajzen dan Martin Fishbein yang berasumsi bahwa manusia adalah makhluk rasional yang selalu menggunakan informasi secara sistematis dalam melakukan suatu tindakan.<sup>11</sup> Oleh karena itu peraturan yang jelas tentang standar tarif dapat mengarahkan mereka untuk menghindari potensi *fraud*.

Fasilitas kesehatan merupakan pihak yang berpotensi tinggi untuk melakukan potensi *fraud* dan bagaimana fasilitas kesehatan dapat mencegah terjadinya *fraud*.<sup>12</sup> maka permasalahan dalam penelitian ini adalah bagaimana upaya pengendalian potensi *fraud* di Rumah Sakit Achmad Moechtar Kota Bukittinggi. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi upaya pengendalian potensi *fraud* di Rumah Sakit Achmad Moechtar Kota Bukittinggi.

## METODE

Penelitian ini menggunakan desain metode deskriptif kualitatif pendekatan fenomenologi yaitu mengumpulkan, menyusun, menginterpretasikan dan menganalisis sehingga mengeksplorasi suatu fenomena/kenyataan sosial sehingga dapat memberikan pemecahan permasalahan yang dihadapi.<sup>13</sup> Pada penelitian kualitatif, maka peneliti

sebagai instrumen kunci karena pada saat di lapangan, peneliti berhubungan langsung dengan informan penelitian.<sup>14</sup>

Penelitian telah dilakukan di RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi dari bulan September sampai November 2017.

Penentuan sumber data pada orang yang diwawancarai/informan penelitian dilakukan secara *purposive sampling*, yaitu dipilih dengan pertimbangan dan tujuan tertentu.<sup>13</sup> Informan yang diambil adalah orang yang mengetahui tentang pengendalian potensi *fraud* di RSUD dr Achmad Moechtar Bukittinggi. Pemeriksaan keabsahan data dalam memberikan informasi mengenai masalah penelitian digunakan metode triangulasi.

## HASIL

Rumah Sakit Umum Daerah dr Achmad Moechtar Bukittinggi awalnya merupakan Rumah Sakit Militer Belanda yang didirikan Tahun 1908. Pada waktu penjajahan Jepang.<sup>9</sup> Sejak perang kemerdekaan Indonesia dijadikan sebagai Rumah Sakit Tentara, pada tanggal 8 September 1952 rumah sakit ini diserahkan kepada Dinas Pekerjaan Umum dan Tenaga Kerja Sumatera Tengah, yang kemudian menjadi milik Pemerintah Daerah Sumatera Barat. Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan tanggal 13 Oktober 1981 Rumah Sakit Umum Bukittinggi resmi berganti nama menjadi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Achmad Moechtar Bukittinggi. Untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat, maka RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi di dukung dengan 919 pegawai (PNS dan kontrak honor).<sup>9</sup>

Penelitian dilakukan dengan wawancara mendalam, informan yang diwawancara memiliki pengetahuan berkaitan pengendalian potensi *fraud* di RSUD dr. Achmad Moechtar Kota Bukittinggi yaitu Kasie Monitoring Evaluasi Pelayanan Medis, Ketua Komite Medis, Ketua Tim Casemix, Dokter Penanggung Jawab dan Verifikator BPJS Kesehatan.

Hasil wawancara mendalam dilihat dari komponen input dan komponen proses. Komponen input terdiri dari kebijakan, tenaga dan sarana. Komponen proses terdiri dari faktor pendukung

terjadinya potensi *fraud* di RSUD dr. Achmad Moechtar, faktor penghambat terjadinya potensi *fraud* di RSUD dr Achmad Moechtar dan Upaya yang dilakukan untuk pencegahan potensi *fraud* di RSUD dr. Achmad Moechtar .

Dalam memaksimalkan pelayanan rumah sakit dan upaya pencegahan tindakan potensi *fraud* baik dalam pelayanan kepada pasien maupun dalam proses administrasi klaim maka Direktur RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi mengeluarkan beberapa kebijakan antara lain pembentukan Tim Anti *Fraud*, Tim Verifikator Klaim, Tim Komite Medis dan Tim JKN.

## PEMBAHASAN

### Komponen Input

#### - Kebijakan

Kebijakan adalah rangkaian konsep dan asas yang menjadi pedoman dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, kepemimpinan dan cara bertindak.<sup>13</sup> Berdasarkan hasil wawancara mendalam dan telaah dokumen yang dilakukan, peneliti melihat ada beberapa kebijakan terkait analisis potensi *fraud* di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Achmad Moechtar Bukittinggi. Kebijakan Direktur diambil berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional, maka keluar Surat Keputusan direktur RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi No. 445/023/SK-DIR/RSAM/II/2016 tentang pembentukan Tim Pencegahan *Fraud* RSUD dr. Achmad moecht ar Bukittinggi.<sup>15</sup>

#### - Tenaga

Sumber daya manusia yang mendukung secara aktif dan profesional di bidangnya dalam pencegahan terjadinya potensi *fraud* di RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi.<sup>16</sup> Jumlah tenaga Tim Anti *Fraud* berjumlah 8 orang,<sup>17</sup> tenaga tim verifikator klaim berjumlah 2 orang,<sup>18</sup> tenaga tim komite medis berjumlah 18 orang,<sup>19</sup> tenaga tim pengelola Jaminan kesehatan Nasional (JKN) berjumlah 44 orang, latar belakang tim anti *fraud*

berlatar belakang medis dan spesialis, tim komite medis berlatar belakang medis dan spesialis sedangkan tim pengelola JKN berlatar belakang medis dan non medis.<sup>19</sup>

#### - Sarana

Sarana pelayanan di RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi memiliki 21 poliklinik rawat jalan, 340 fasilitas tempat tidur. Bangunan, peralatan dan penunjang medis dilengkapi secara bertahap dengan berpedoman kepada Standar Rumah Sakit Kelas B (Profil RSAM Bukittinggi, 2017). RSUD dr Achmad Moechtar menyediakan informasi pelayanan melalui media Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) maupun media yang dicetak digital print yang dipasang ditempat umum. Seperti Informasi tarif pelayanan, informasi ketersediaan tempat tidur, dan informasi jadwal pelayanan dokter.<sup>8</sup>

### Komponen Proses

#### - Faktor pendorong potensi *fraud* di RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi

Faktor terjadinya potensi *fraud* di RSUD dr. Achmad Moechtar sebagai berikut; Adanya perbedaan sistem pembayaran, sistem pembayaran INA CBGs adalah sistem pembayaran prospektif sedangkan sistem pembayaran RSUD dr Achmad Moechtar masih menggunakan tarif Pergub Nomor 58 Tahun 2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi yaitu dengan menggunakan sistem pembayaran *fee for service*.<sup>20</sup> Adanya pemahaman yang berbeda antara verifikator, koder dan DPJP tentang diagnosis.<sup>21</sup>

#### - Faktor penghambat potensi *fraud* di RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi

Faktor yang dapat menghambat potensi *fraud* di RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi, dengan melakukan penerapan Standar Operasional (SOP) dan *Clinical Pathway* dapat mencegah potensi *fraud*, Berdasarkan wawancara mendalam dari informan, RSUD dr Achmad Moechtar Bukittinggi sudah memiliki *Clinical Pathway* untuk 5 area prioritas yaitu appendisititis,

*sectio caesaria*, demam berdarah dengue, Bayi Baru Lahir Rendah (BBLR) dan stroke non haemorrhagis. kasus bedah merupakan kasus yang terbanyak dilayani dan menyerap dana terbesar dalam pelayanan pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan yaitu sebesar 39,09% dari total pendapatan rawat inap pasien BPJS Kesehatan. Penerapan *Clinical Pathway* yang baik akan dapat mengendalikan biaya karena dapat diprediksi biaya yang akan timbul selama pelayanan, di dalam *Clinical Pathway* terdapat pencatatan perkiraan lama hari rawat, jenis tindakan dan komponen obat-obatan.<sup>21</sup>

Berdasarkan hasil wawancara, salah satu informan ketepatan pengodean diagnosis dan prosedur akan mempengaruhi ketepatan tarif pada *software* INA CBGs, ketika pengodean tepat serta penentuan diagnosis primer dan sekunder juga tepat, maka tarif paket INA CBGs yang muncul juga tepat sesuai dengan derajat keparahan (*severity level*) dari kode diagnosis dan prosedur. Namun ketika pengodean tidak tepat, mengakibatkan derajat keparahan yang tidak tepat, maka tarif INA CBGs yang munculpun tidak tepat pula, hal itu yang disebut *upcoding* atau *undercoding*.<sup>22</sup>

#### **Upaya dari RSUD dr Achmad Moechtar Bukittinggi dan BPJS Kesehatan dalam pencegahan potensi *fraud***

Upaya dari RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi dengan melakukan efisiensi, subsidi silang, melakukan tindakan sesuai kepatuhan SOP dan penyusunan *clinical pathway* dan mengkaji ulang penghitungan Pergub terutama bagian bedah serta memaksimalkan kinerja Tim Anti *Fraud*.

Upaya BPJS Kesehatan adalah dengan melakukan strategi Verifikasi Digital Klaim (Vedika) baik di Kantor cabang maupun kantor pusat.

Tujuan vedika untuk percepatan klaim, meningkatkan aplikasi dalam menyaring adanya potensi *fraud* di bidang klaim pelayanan kesehatan dan melakukan *feedback* jika ditemukan potensi *fraud* serta melakukan audit klaim.

#### **SIMPULAN**

Faktor pendorong terjadinya potensi *fraud* di RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi yaitu pemahaman yang berbeda antara verifikator, koder dan DPJP tentang diagnosis dan ada kesenjangan penetapan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA CBGs.

Faktor yang dapat menghambat potensi *fraud* di RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi yaitu dengan melakukan tindakan medis sesuai Penerapan standar Operasional (SOP) dan *Clinical Pathway* serta pelatihan dalam ketepatan *coding*.

#### **SARAN**

Manajemen Rumah Sakit dapat melakukan monitoring dan evaluasi yang memastikan kepatuhan pelaksanaan aturan dan prosedur yang telah ditetapkan baik standar perilaku dan disiplin di RSUD dr Achmad Moechtar Bukittinggi. Mengikuti pedoman *clinical pathway* dan SOP yang sesuai tindakan medis dan mensosialisasi budaya anti *fraud* yang berorientasi pada kendali mutu kendali biaya.

Upaya BPJS Kesehatan adalah dengan bersinergi dengan Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dalam pencegahan potensi *fraud* di Rawatan Tingkat Lanjutan. Melakukan *feedback* dan monitoring evaluasi jika terdeteksi adanya potensi *fraud*.

#### **UCAPAN TERIMA KASIH**

Terima kasih kepada RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi beserta jajarannya, BPJS Kesehatan Cabang Bukittinggi beserta jajarannya dan semua pihak yang telah ikut andil dalam penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-Undang Nomor 36 Tentang Tenaga Kesehatan. Republik Indonesia; 2009.
2. Undang-Undang Nomor 40 Tentang SJSN. Republik Indonesia; 2004.
3. Association of Certified Fraud Examiner (ACFE). Global fraud study. USA, 2014.hlm.6-56.
4. Thabrany H. Asuransi kesehatan nasional. FKM UI. Jakarta: 2013.hlm.28-33.
5. Direktur Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, Panduan Praktis Fraud dan Abuse. BPJS Kesehatan. Jakarta: 2014.
6. Agiwahyuanto F, Sudiri, Hartini I. Upaya pencegahan perbedaan diagnosis asuransi dengan diberlakukan program jaminan kesehatan nasional (JKN) dalam pelayanan BPJS kesehatan studi di RSUD Kota Semarang. Jurnal FKM UNS. 2016;1(3).
7. Undang-Undang Nomor 44 Tentang Rumah Sakit. Republik Indonesia; 2009.
8. Badan Koordinasi Penanaman Modal. Tentang izin operasional penyelenggaraan rumah sakit umum dr. Achmad Moechtar Bukittinggi dengan kelas B. Keputusan Gubernur Provinsi Sumatera Barat. Padang: 2013.
9. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Achmad Moechtar Bukittinggi. Profil tahun 2017 PPK-BLUD, RSAM Bukittinggi; Bukittinggi;2017.
10. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan menteri kesehatan no 69 tahun 2015. tentang standar tarif pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2015.
11. Priyoto, Teori sikap dan perilaku dalam kesehatan. Yogyakarta: Erlangga; 2014.hlm.20-8.
12. Sadikin H, Adisasmito W. Analisis pengaruh dimensi fraud triangle dalam kebijakan pencegahan fraud terhadap program jaminan kesehatan nasional Cipto Mangunkusumo. Jurnal FKM UI. 2016;9(2).
13. Bungin B. Metodologi penelitian kualitatif. Jakarta: 2015.
14. Sugiyono. Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta; 2014.hlm.25.
15. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan menteri kesehatan nomor 36 tahun 2015. tentang pencegahan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan pada sistem jaminan sosial nasional. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2015.
16. RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi. Surat Keputusan (SK) Direktur RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi No. 445/057/SK-DIR/RSAM/VIII/2017. tentang tim pencegahan fraud RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi. Bukittinggi: 2017.
17. RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi. Surat Keputusan (SK) Direktur RSUD dr. Achmad Moechtar No. 445/048/SK-DIR/RSAM/VII/2017, Tentang Tim Verifikator Klaim Pasien BPJS RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi. Bukittinggi: 2017.
18. RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi. Surat Keputusan (SK) Direktur RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi No. 445/048/SK-DIR/RSAM/VII/2017, Tentang Penetapan Ketua dan Anggota Komite Medis (Revisi I) RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi. Bukittinggi: 2017.
19. RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi. Surat Keputusan (SK) Direktur RSUD dr. Achmad Moechtar No. 032/048/SK-DIR/RSAM/I/2017, Tentang Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi: Bukittinggi: 2017.

20. Peraturan Gubernur no 58 tahun 2015. tentang tarif pelayanan RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi. Padang: 2015.
21. Nurfarida. Pengaruh potensi fraud dalam penerapan sistem jaminan kesehatan nasional terhadap mutu layanan Di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, Malang, Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia. 2014;03(04).
22. Fitri A. Buku praktis deteksi fraud klaim in CBGs secara prospektif. Jakarta: BPJS Kesehatan; 2015.