

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. LATAR BELAKANG MASALAH

Dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945, disebutkan bahwa tujuan nasional bangsa Indonesia adalah memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, serta keadilan sosial. Untuk mencapai tujuan nasional tersebut, maka dilakukan upaya pembangunan yang berkesinambungan yang merupakan rangkaian pembangunan yang menyeluruh, terarah, dan terpadu, termasuk di dalamnya adalah pembangunan kesehatan.

Kesejahteraan masyarakat di suatu wilayah dapat dilihat dari beberapa indikator dari indeks pembangunan manusia seperti angka kematian bayi, angka kematian ibu, angka harapan hidup dan angka harapan hidup sehat. Untuk mencapai indikator tersebut, pemerintah memiliki berbagai kebijakan dalam mendukung ketercapaian kesejahteraan masyarakat. Salah satunya tercantum dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial.<sup>1</sup> Selain itu lebih lanjut ditetapkan pula dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk dengan penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial dalam hal ini yang dimaksud adalah BPJS.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Kemenkes RI. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*, 2013, Kemenkes RI, Jakarta

<sup>2</sup> Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2013. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS)*, Kemenkes RI, Jakarta

Kesehatan merupakan sesuatu hal yang sangat penting bagi manusia dimana kita ketahui bahwa kesehatan merupakan sesuatu yang sangat berharga. Dibuktikan dengan banyaknya jumlah pasien yang dirawat di rumah sakit setiap harinya dan masih banyak masyarakat yang memilih mempertahankan penyakit yang berada dalam tubuhnya dari pada berobat ke rumah sakit. Hal tersebut dikarenakan berbagai faktor, seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan yang mahal.

Di negara sedang berkembang seperti Indonesia, untuk dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat maka diperlukan adanya peran pemerintah melalui layanan publik untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar rakyatnya, seperti kesehatan, pendidikan, dan kebutuhan pokok lainnya.

Pasal 1 Butir 1 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara social dan ekonomis. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan Negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan yang tidak mampu<sup>3</sup>.

Masalah utama sehubungan pemerataan layanan kesehatan di Indonesia ialah isu kemiskinan. Biaya kesehatan yang mahal menyebabkan kesempatan yang sama bagi setiap orang untuk menikmati hak-haknya di bidang kesehatan sulit di wujudkan dengan menjadikan masalah kesehatan sebagai isu Hak Asasi Manusia (HAM) maka setiap orang berhak memperoleh manfaat yang sama tanpa memandang statusnya dan Negara bertanggungjawab merealisasikannya<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 1 butir 1

<sup>4</sup> Titon Slamet Kurnia, *Hak atas Derajat Kesehatan Optimal HAM di Indonesia*, Alumni,Bandung, 2007, hlm.5. *commit to user*

Kewajiban pemerintah memberikan layanan kesehatan dan melakukan pengaturan untuk melindungi kesehatan rakyat sebagai wujud tugas-tugas pemerintah dalam rangka fungsi pemerintah berdasarkan pemerintah yang baik (*good governance*)<sup>5</sup>. Salah satu perwujudan pelayanan kesehatan oleh pemerintah kepada masyarakat dapat dilihat dari program jaminan kesehatan Nasional (JKN).

Kesadaran tentang pentingnya Jaminan kesehatan perlindungan sosial terus berkembang sesuai amanat pada Pasal 34 ayat 2 Undang-Undang Dasar 1945<sup>6</sup>, yaitu menyebutkan bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Masuknya Sistem Jaminan sosial dalam perubahan Undang-Undang Dasar 1945, dan terbitnya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (untuk selanjutnya disingkat UU SJSN), menjadi suatu bukti yang kuat bahwa pemerintah dan pemangku kepentingan terkait memiliki komitmen yang besar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya. Melalui SJSN sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial, pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak.

Pasal 28 H Undang-Undang Dasar 1945 dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan<sup>7</sup>, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan Negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. UU SJSN menyebutkan bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur, cara yang dilakukan

---

<sup>5</sup> *Ibid*, hlm. 7.

<sup>6</sup> Pasal 34 ayat (2) Undang-Undang Dasar 1945

<sup>7</sup> Pasal 28 H Undang-Undang Dasar 1945 dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

pemerintah untuk memenuhi hak warga negara tersebut adalah penerapan SJSN yang Undang-Undang-nya sudah disahkan sejak tahun 2004. Sedangkan Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan menyebutkan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan, mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau dan berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya. Pemerintah Indonesia berkewajiban memberikan jaminan untuk terpenuhinya hak hidup sehat setiap warga negaranya, tanggung jawab pemerintah tersebut dilaksanakan melalui sistem jaminan sosial nasional yang salah satu bentuknya adalah jaminan kesehatan bagi seluruh warga negara.

Kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial terus berkembang sesuai amanat pada perubahan Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 34 ayat (2), yaitu menyebutkan bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dimasukkannya Sistem Jaminan Sosial dalam perubahan Undang-Undang Dasar 1945, terbitnya UU SJSN<sup>8</sup> menjadi suatu bukti yang kuat bahwa pemerintah dan pemangku kepentingan terkait memiliki komitmen yang besar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya. Melalui SJSN sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.<sup>9</sup>

Pelaksanaan JKN mengikuti prinsip-prinsip sebagaimana diatur dalam UU SJSN, yaitu dikelola secara nasional, nirlaba, portabilitas, transparan, efisien dan efektif. Pelaksanaan JKN tersebut merupakan upaya untuk menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang merupakan masa transisi sampai dengan diserahkan kepada pihak Badan

---

<sup>8</sup> UU SJSN

<sup>9</sup> Dwiyanto, Agus. *Mewujudkan Good Governance Melalui Pelayanan Publik*, 2008. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press

Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial (untuk selanjutnya disingkat BPJS) sesuai UU SJSN.

Program JKN memberikan perlindungan sosial di bidang kesehatan untuk menjamin masyarakat miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar oleh pemerintah agar kebutuhan dasar kesehatannya yang layak dapat terpenuhi. Iuran bagi masyarakat miskin dan tidak mampu dalam program Jamkesmas bersumber dari Anggaran Pengeluaran dan Belanja Negara (APBN) dari Mata Anggaran Kegiatan (MAK) belanja bantuan sosial. Pada hakikatnya pelayanan kesehatan terhadap peserta menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Daerah Provinsi/ Kabupaten/ Kota berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal<sup>10</sup>.

Jaminan sosial merupakan sistem proteksi yang diberikan kepada setiap warga negara untuk mencegah hal-hal yang tidak dapat diprediksikan karena adanya risiko-risiko sosial ekonomi yang dapat menimbulkan hilangnya pekerjaan maupun mengancam kesehatan. Oleh karena itu, jaminan sosial hadir sebagai salah satu pilar kesejahteraan yang bersifat operasional. Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945. Setiap kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-

---

<sup>10</sup> Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat 2011*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 2011, hlm. 7.



tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis<sup>11</sup>.

Berdasarkan konstitusi dan Peraturan Perundang-undangan yang menjadi sumber dasar Hukum, Kementerian Kesehatan sejak tahun 2005 telah melaksanakan program Jaminan Kesehatan Sosial, dimulai dengan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin untuk selanjutnya disingkat (JPKMM) atau lebih dikenal dengan program Askeskin (2005- 2007) yang kemudian berubah nama menjadi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sejak tahun 2008 sampai dengan sekarang. JPKMM /Askeskin, maupun Jamkesmas kesemuanya memiliki tujuan yang sama yaitu melaksanakan penjaminan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu dengan menggunakan prinsip asuransi kesehatan sosial.

Adapun pondasi hukum yang mengakar kuat dalam regulasi guna menjadi landasan kokoh secara konstitusional bagi implementasi penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah sebagai berikut :

1. Pancasila, sila ke-5<sup>12</sup>
2. Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 alinea ke-4<sup>13</sup>
3. Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat (1) dan ayat (3)<sup>14</sup>.
4. Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 34 ayat (1), ayat (2), dan ayat (3)<sup>15</sup>

---

<sup>11</sup> Pasal 3, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 1999 tentang Kesehatan

<sup>12</sup> Pancasila, sila ke-5 “Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia”

<sup>13</sup> Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 alinea ke-4 “Kemudian daripada itu untuk membentuk suatu pemerintah negara Indonesia yang melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa....”

<sup>14</sup> Undang-Undang Dasar 1945, Pasal 28 H ayat (1) dan ayat (3) menyatakan bahwa Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.

5. UU SJSN dalam Pasal 5 ayat (1)<sup>16</sup>
6. Pasal 60 UU BPJS yang menyatakan bahwa BPJS Kesehatan mulai beroperasi menyelenggarakan program jaminan kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014.

Pelayanan publik dibidang kesehatan merupakan fungsi pemerintah dalam menjalankan dan memberikan hak dasar yang dipahami seluruh komponen masyarakat sebagai hak untuk dapat menikmati kehidupan yang bermartabat dan hak yang diakui dalam peraturan perundang-undangan, dalam peranannya pemerintah selaku penyedia layanan publik harus secara profesional dalam menjalankan aktivitas pelayanannya, tidak hanya menjalankan begitu saja tetapi dituntut harus berdasarkan prinsip-prinsip *Good Governance*. Hal yang paling penting dalam proses pemenuhan hak dasar rakyat adalah masalah hak untuk memperoleh akses atas kebutuhan pelayanan pemerintah. Akses terhadap hak-hak dasar rakyat seperti ini harus terakomodasi dalam pembangunan.<sup>17</sup>

Sejak 1 Januari 2014 program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai salah satu program dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional pemerintah yang bertujuan mulia mulai diimplementasikan. Dan sekarang JKN sudah lebih dari satu tahun telah berjalan, tentunya dalam proses implementasinya dilakukan perbaikan dan koreksi disana sini guna Program JKN bisa diterima oleh penduduk Indonesia dengan cita rasa kepuasan yang memuaskan sebagai salah satu indikator mutu layanan yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bidang kesehatan. Dibalik tujuan program JKN yang mulia itu, kita perlu mengenal potensi *Fraud* (kecurangan) yang mungkin dapat terjadi sehingga bisa

---

<sup>15</sup> Undang-Undang Dasar 1945, Pasal 34 ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) yang menyebutkan bahwa Fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh negara. Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

<sup>16</sup> UU SJSN dalam Pasal 5 ayat (1) dijelaskan bahwa “Badan Penyelenggara Jaminan Sosial harus dibentuk dengan undang-undang.

<sup>17</sup> Ibrahim, Amin.. *Teori dan Konsep Pelayanan Publik Serta Implementasinya*, 2008. Mandar Maju, Bandung

menimbulkan kerugian keuangan Negara dan masyarakat yang terkumpul di BPJS. Penulis tergerak untuk menulis ini sebagai bentuk sharing informasi kepada publik, dengan harapan kita semua bisa mengetahui dan mau peduli untuk melakukan kontrol sosial guna mencegah terjadinya *fraud* pada program JKN. Pada Program JKN diterapkan prinsip-prinsip pelayanan yang terkendali (*Managed Care*) yang dalam implementasinya melibatkan interaksi dari tiga pihak yakni : Penyelenggara (BPJS), Provider (RS dan Klinik/puskesmas), dan peserta JKN. Prinsip *Managed Care* dimaksudkan agar terwujud pelayanan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang efisien (terkendali).

Dewasa ini perkembangan usaha di bidang asuransi kesehatan baik yang komersial maupun asuransi kesehatan sosial di Indonesia mengalami perkembangan yang cukup pesat. Perkembangan ini terjadi terutama dalam asuransi kesehatan sosial diundangkannya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Indonesia. Didalam Undang-Undang ini ditentukan bahwa BPJS bidang kesehatan diselenggarakan dengan sistem asuransi kesehatan sosial yang mulai diberlakukan mulai tanggal 1 Januari 2014.<sup>18</sup>

Secara umum pengertian asuransi dapat ditemukan dalam ketentuan Pasal 246 KUH Dagang maupun Pasal 1 ayat (1) Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian, pada dasarnya asuransi adalah merupakan perjanjian antara Penanggung dengan Tertanggung atas suatu risiko yang dijaminakan merupakan bisnis yang sangat bergantung pada asas kepercayaan antara perusahaan asuransi (Penanggung) dengan pemegang polis (Tertanggung), di mana pihak perusahaan asuransi akan membayar sejumlah manfaat (pertanggungan) kepada pemegang polis sesuai apa yang tertulis dalam polis asuransi dan untuk itu pemegang polis berkewajiban membayar sejumlah premi kepada perusahaan asuransi. Dalam hal ini pemegang polis melimpahkan kerugian yang mungkin dialaminya di masa mendatang kepada perusahaan asuransi dan percaya bahwa perusahaan asuransi akan membayar kerugian tersebut. Sementara

*commit to user*

---

<sup>18</sup> *ibid*



perusahaan asuransi percaya bahwa pemegang polis tidak akan berbuat curang. Seiring dengan pesatnya perkembangan bisnis asuransi menunjukkan semakin meningkatnya kesadaran masyarakat akan pentingnya perlindungan terhadap kesehatan dan jiwa. Selain itu tujuan lain pembukaan polis asuransi adalah untuk melindungi masa depan ahli waris ketika kehilangan pencari nafkah utamanya. Disisi lain perkembangan bisnis asuransi ini pada prakteknya diikuti pula dengan timbulnya kecurangan atau dalam bisnis asuransi dikenal dengan *Insurance Fraud*. Keinginan memperoleh keuntungan sebesar-besarnya menjadi salah satu faktor pendorong berkembangnya *Insurance Fraud*.

*Fraud* pelayanan kesehatan merupakan faktor dominan yang menyebabkan melambungnya biaya pelayanan kesehatan di Amerika Serikat. Di Indonesia walaupun belum dapat dibuktikan, namun sistem Jamkesmas yang saat ini dilanjutkan dalam JKN sudah menunjukkan adanya gejala *fraud*.

*Fraud* atau kecurangan pelayanan kesehatan merupakan bentuk kriminal "kerah putih" yang canggih dan berdampak terhadap sistem pembayaran kesehatan publik maupun swasta. Definisi *fraud* adalah kesengajaan melakukan kesalahan terhadap kebenaran untuk tujuan mendapatkan sesuatu yang bernilai atas kerugian orang lain, sebuah upaya penipuan untuk memperoleh keuntungan pribadi<sup>19</sup>.

Dalam pelayanan kesehatan, *fraud* adalah segala bentuk kecurangan dan ketidakwajaran yang dilakukan berbagai pihak dalam mata rantai pelayanan kesehatan untuk memperoleh keuntungan sendiri yang (jauh) melampaui keuntungan yang diperoleh dari praktek normal.

Masalah *fraud* di Indonesia akan memperburuk ketimpangan geografis dalam JKN. Fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia terkonsentrasi di daerah maju, sehingga *fraud* akan menyedot dana BPJS. Beberapa faktor lain juga akan membuat *fraud* akan meningkat, antara lain: persepsi pemberi pelayanan akan

<sup>19</sup> [http://www.kompasiana.com/moertjahjo58/mengenal-potensi-fraud-pada-program-jaminan-kesehatan-nasional-jkn\\_54f433557455137e2b6c8a49](http://www.kompasiana.com/moertjahjo58/mengenal-potensi-fraud-pada-program-jaminan-kesehatan-nasional-jkn_54f433557455137e2b6c8a49) diakses tanggal 1 Juli 2016 Pukul 11.00 WIB

besaran INA CBG yang dianggap rendah; IT di Rumah Sakit belum siap untuk memperoleh data *fraud* (data *fraud* yang ditemukan PT Askes saat ini masih jauh di bawah 1%); pemberantasan *fraud* masih belum mempunyai kekuatan hukum; KPK belum memikirkan sampai penyelidikan; Otoritas Jasa Keuangan masih dalam situasi observasi; dan motivasi mencari "keuntungan ekonomi" merupakan naluri dasar manusia.

Perawatan medis yang mahal dan obat-obatan merupakan kontributor yang paling besar dalam masalah ini. Tetapi hal yang sering dilupakan adalah *Fraud* pelayanan kesehatan. Selama tahun 2000 pengeluaran untuk pelayanan kesehatan di Amerika Serikat melebihi \$1,3 Triliun. Sebuah estimasi memperkirakan jumlah *fraud* mencapai \$500 Milyar per tahun. Di Indonesia tidak diketahui angkanya namun dapat diperkirakan biaya yang hilang sia-sia akibat *fraud* pelayanan kesehatan tidak kalah besarnya.

Di Amerika salah satu contoh kemajuan dalam perang melawan *Fraud*. Pada tahun 1999, Departemen Kesehatan dan Pelayanan Kemanusiaan (*Department of Health and Human Services*) meningkatkan hukuman *Fraud* pelayanan kesehatan sebesar 57 persen dibandingkan tahun 1998 dan lebih dari 80 persen sejak tahun 1992. Akibatnya pemerintah federal dapat memulihkan hampir \$500 juta dari penuntutan kasus pelayanan kesehatan. Sejak tahun 1996, penegakan yang lebih gencar telah memulihkan hampir \$1,9 milyar, sementara usaha-usaha lain untuk mencegah pengeluaran yang tidak tepat dan boros telah menyelamatkan pembayaran pajak sebesar \$60 juta sejak tahun 1993.<sup>20</sup>

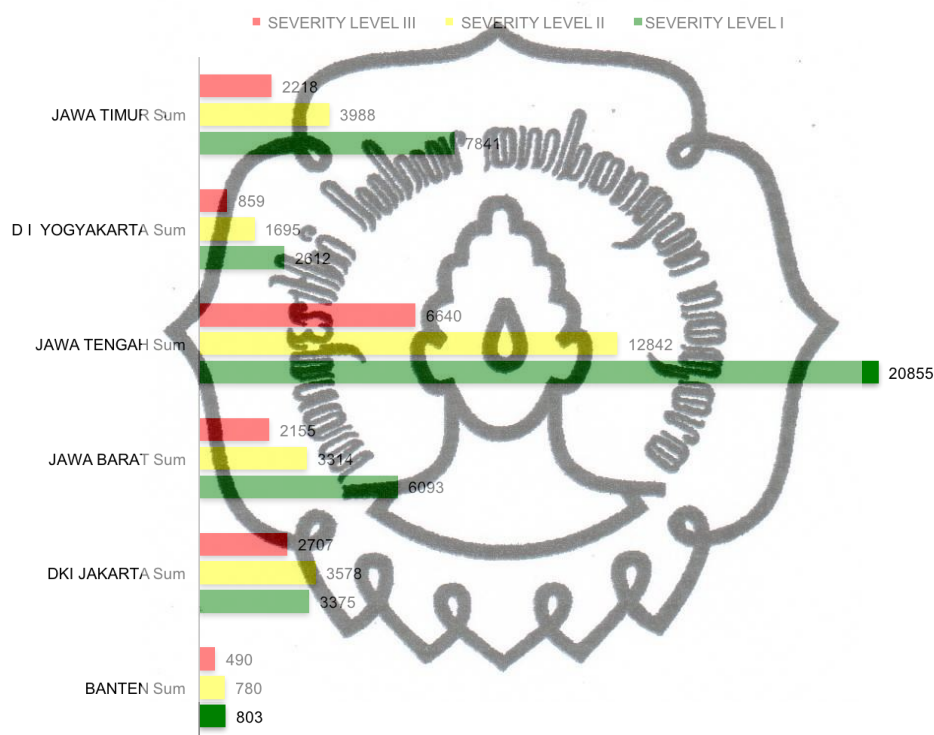
Berdasarkan *survey* yang dilakukan *America's Health Insurance Plans* (AHIP) mengenai upaya anti-*fraud* perusahaan asuransi, jumlah *fraud* konsumen sekitar 10 persen dari semua *fraud* kesehatan. Meskipun presentase ini kecil dibandingkan dengan lebih dari 80 persen kasus yang dilakukan oleh provider, jumlah ini cukup bermakna. Jumlah semua *fraud* perawatan kesehatan sampai

---

<sup>20</sup> Bryant C. And White. *Manajemen Pembangunan Untuk Negara Berkembang*. 1989. Jakarta: Badan Pusat Statistik. Hlm. 35 *commit to user*

\$500 milyar per tahun, konsumen tidak cukup jujur dan akhirnya biaya system pelayanan kesehatan sekitar \$50 Milyar per tahun.<sup>21</sup>

Prosentase Derajat Keparahannya Klaim Rawat Inap Program INACBG Regional I adalah sebagai berikut :



Hasil evaluasi terkait dengan penerapan INA CBGs adalah masih banyak RS yang belum memahami konsep pembayaran sistem paket. Akibatnya: ‘opini’ seolah olah pembayaran Jamkesda atau Jamkesmas ada batas biaya (plafon). Konflik peserta dan Rumah Sakit. Dampak yang muncul adalah : Adanya penagihan biaya ke keluarga pasien untuk kasus yang melebihi paket ina CBGs atau kasus yang memang secara medis masuk katagori *high Risk* dan memerlukan biaya besar. Adanya penolakan pasien dengan alasan tidak ada Tempat Tidur untuk kasus yang cenderung lebih tinggi dari tarif INA CBG. Adanya

<sup>21</sup> *Ibid, hlm 35*

kecenderungan *unbundling*. Adanya kecenderungan kasus pulang paksa. Adanya kecenderungan pasien disuruh keluar rumah dan masuk kembali

Berdasarkan hal tersebut maka muncul kekhawatiran besar bahwa kerugian negara diperkirakan akan bertambah namun bukti sulit didapat. Tanpa ada pencegahan dikhawatirkan *fraud* akan menjadi budaya kerja tenaga kesehatan dan manager rumah sakit.

Potensi *Fraud* bisa terjadi pada tiga Pihak yang berinteraksi tersebut yakni:

1. Penjamin / Penyelenggara (BPJS),
2. Provider (Rumah Sakit / klinik), dan
3. Peserta JKN.

*Fraud* atau kecurangan sebenarnya tidak hanya terjadi pada dunia asuransi saja melainkan berkembang di dunia perbankan dan lainnya. Dalam pengertiannya *Fraud* didefinisikan sebagai berikut : Upaya kesengajaan melakukan kesalahan, atau memberikan keterangan yang salah dari seseorang / institusi yang mereka tahu itu salah, dan dapat menghasilkan sejumlah manfaat yang tidak legal dari individu, institusi tau pihak lain ( *National Health Care Antifraud of America / NHCAA*) Adalah suatu upaya dan tindakan kesengajaan untuk melakukan kesalahan atau kecurangan , untuk memperoleh keuntungan atau manfaat yang tidak legal dengan memperdaya orang lain atau pihak lain, sehingga menimbulkan kerugian pihak lain. *Fraud* dapat dimaknai sebagai upaya kecurangan dengan sengaja untuk memperoleh keuntungan financial. Sehingga terdapat unsur-unsur dalam *Fraud* antara lain :<sup>22</sup>

- a. Unsur Pelaku : adalah seseorang atau Institusi yang dengan sengaja melakukan kesalahan yang seharusnya tidak boleh dilakukan.

---

<sup>22</sup> [http://www.kompasiana.com/moertjahjo58/mengenal-potensi-fraud-pada-program-jaminan-kesehatan-nasional-jkn\\_54f433557455137e2b6c8a49](http://www.kompasiana.com/moertjahjo58/mengenal-potensi-fraud-pada-program-jaminan-kesehatan-nasional-jkn_54f433557455137e2b6c8a49) diakses tanggal 1 Juli 2016 Pukul 11.00 WIB

- b. Unsur Motivasi atau Niat : bawa tindakan *fraud* tersebut dilakukan dengan sengaja dengan motif atau niat untuk mendapatkan keuntungan atau manfaat bagi dirinya atau pihak lain
- c. Unsur Fakta Kesalahan : adanya bukti atau fakta yang nyata atas kesalahan yang dilakukan oleh pelaku, dan pelaku mengakuinya
- d. Unsur Kerugian : terjadinya sejumlah kerugian yang dialami pihak lain akibat tindakan kesalahan pelaku Pada umumnya tindakan *fraud* terjadi bila mana situasi dan kondisi memberikan peluang kepada pelaku untuk melakukan kecurangan.

Aturan pengawasan oleh BPJS Kesehatan tentang kecurangan yang dilakukan oleh beberapa pihak Jaminan Kesehatan Nasional ini terdapat pada Peraturan Presiden nomer 19 tahun 2016 yang terbaru yaitu pada bab XIA dan XIB Pasal 46A ayat (1), ayat (2), ayat (3), ayat (4), ayat (5)<sup>23</sup>, Pasal 46B ayat (1), ayat (2), ayat (3)<sup>24</sup>, Pasal 46C<sup>25</sup>. Adapun kondisi latar belakang yang memungkinkan pelaku melakukan *fraud* antara lain sebagai berikut : <sup>26</sup>

<sup>23</sup> Pasal 46A yang berbunyi :

(1) BPJS Kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus membangun Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan.

(2) Kecurangan (*Fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dapat dilakukan oleh Peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan.

(3) Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan melalui:

- a. penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan (*Fraud*);
- b. pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*Fraud*);
- c. pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya; dan
- d. pembentukan tim pencegahan Kecurangan (*Fraud*).

(4) Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara sistemik, terstruktur, dan komprehensif dengan melibatkan seluruh sumber daya manusia di BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan pemangku kepentingan lainnya.

(5) Ketentuan lebih lanjut mengenai Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) diatur dengan Peraturan Menteri.

*commit to user*

<sup>24</sup> Pasal 46B berbunyi :



- a. Ketidak jelasan terhadap prosedur kerja atau aturan kerja yang jelas, sehingga memungkinkan bagi pelaku melakukan improvisasi prosedur kerja sebagai tafsirnya, sehingga pelaku memungkinkan untuk melakukan *fraud*.
- b. Ketidak Jelasan kewenangan yang dimiliki oleh si pelaku atau adanya rangkap jabatan sehingga dimungkinkan bagi yang bersangkutan melakukan tindakan *fraud* dengan tersamar.
- c. Lemahnya pengawasan internal atau pengawasan atasan yang kurang ketat atau pekerjaan yang kurang terkontrol baik, sehingga pelaku merasa lebih leluasa atau punya kesempatan untuk melakukan tindakan *fraud*.
- d. Adanya kondisi asimetri informasi (ketidaksetaraan informasi) antara pemberi pelayanan dan penerima pelayanan sehingga mudah untuk dikelabui. Seperti contohnya antara petugas medis dengan pasien, cenderungnya pasien akan percaya dan mengikuti apa-apa yang disarankan oleh petugas medis.
- e. Adanya Pihak lain sebagai penanggung/ penjamin terhadap biaya-biaya atas kerugian yang ditimbulkan. Dalam hal ini adalah BPJS atau Negara Republik Indonesia.

---

(1) Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan pengawasan terhadap penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan sesuai dengan kewenangan masing-masing.

(2) Pelaksanaan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melibatkan Badan Pengawas Rumah Sakit, Dewan Pengawas Rumah Sakit, perhimpunan/asosiasi perumahsakitan, dan/atau organisasi profesi sesuai dengan kebutuhan.

(3) Pelaksanaan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara terkoordinasi dengan instansi terkait sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

<sup>25</sup> Pasal 46C berbunyi :

Pengawas Ketenagakerjaan pada instansi yang bertanggung jawab di bidang ketenagakerjaan dapat melakukan pemeriksaan terhadap Pemberi Kerja yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (3) yang pelaksanaannya dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

<sup>26</sup> Moenir, H.A.S. 2006. Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia. Bumi Aksara, Jakarta

- f. Adanya Motivasi atau niat dari pelaku karena terdesak kebutuhan atau bujukan dari pihak lain, atau tindakan kesengajaan untuk menjatuhkan nama baik institusi dimana yang bersangkutan bekerja
- g. Adanya peluang atau kesempatan yang terbuka (tidak terkontrol) di lingkungan pekerjaannya, untuk melakukan *Fraud*.
- h. Manajemen yang tidak menyatu dalam satu tempat, sehingga ada kendala untuk melakukan kontrol kepada pekerjanya.
- i. Adanya pembiaran dari manajemen walaupun pimpinan mengetahui tindakan yang bersangkutan salah.

Berikut ini adalah memberikan contoh-contoh kasus *Fraud*. Contoh-contoh kasus akan penulis kategorikan yang bisa terjadi di Penyelenggara atau Penjamin (BPJS), di *Provider-Provider*, dan di Peserta.<sup>27</sup>

#### 1. Contoh-Contoh Kasus *Fraud* oleh Penjamin (Penyelenggara)

*Fraud* di pihak Penjamin / penyelenggara bisa dilakukan oleh: pihak Manajemen (kebijakan perusahaan), dan pihak oknum personal/pegawai Contoh yang dilakukan oleh Manajemen, antara lain:


- a. Menahan atau menunda-nunda pembagian kartu peserta PBI atau peserta lainnya kepada peserta, baik yang kartu baru maupun kartu mutasi (pindah alamat/ pindah kerja, lahir, dll) walau sudah siap dibagikan. Hal ini untuk menunda utilisasi pelayanan atau pemanfaatan pelayanan sehingga tagihan *claim* mengecil *by design*. Oleh karenanya harus ada aturan batas waktu dari membayar premi sampai dengan kartu diberikan.
- b. Menahan atau menunda-nunda pembayaran ke *provider* yang seharusnya sudah harus dibayarkan setelah *claim* terverifikasi

<sup>27</sup> *ibid*

dengan benar, atau dana kapitasi yang sudah tersedia di awal bulan (konsep *prospective payment / pre-paid*)

- c. Tidak diberikan atau terlambatnya data peserta ke PPK 1 yang dibayar dengan kapitasi sebagai metode pembayaran “*Pre Paid*” (dibayar sebulan sebelum ada pelayanan), sehingga *provider* tidak mengetahui peserta mana yang harus dilayani dan peserta mana yang harus ditolak karena harus dilayani ke provider PPK.1 lainnya.
- d. Biaya Kapitasi dibayar bukan “*Pre-Paid*”, namun *Post –Paid* (setelah sebulan pelayanan berjalan), alasannya pengolahan data peserta yang daftar pada PPK.1 dimaksud belum selesai diolah, sehingga harus menunggu data selesai, sementara selesainya data sebulan setelah bulan kapitasi. Sehingga kapitasi diterima oleh PPK.1 bukan sebelum bulan pelayanan tetapi menjelang akhir bulan layanan. Akibatnya bagi PPK.1 tidak tahu persis kunjungan (*Utilisasi Rate*) bulan bersangkutan tinggi atau rendah. Padahal UR ini menjadi ukuran resiko bagi PPK.1 dengan pembayaran sistem kapitasi.
- e. Kurang dijelaskan yang menjadi hak-hak peserta dalam pemanfaatan benefit secara rinci. Misalkan hak bayi yang baru lahir yang langsung perlu dirawat karena *blue baby*, atau penyebab lain. Sementara bayi tersebut diberi waktu untuk mendaftarkan sebagai peserta dalam waktu 3x 24 hari. Tanpa ada penjelasan secara rinci bagaimana apabila pengurusan surat / akte kelahiran sampai dengan pendaftaran peserta melebihi 3X 24 jam, hal apa yang bisa digunakan untuk tetap mendapatkan benefit bayi tersebut.

Adapun Contoh-contoh kasus *Fraud* yang dilakukan oleh oknum atau pegawai pihak Penjamin, antara lain:

- 
- a. Melakukan manipulasi data kepesertaan yang sebenarnya tidak masuk sebagai peserta jaminan tapi menjadi dimasukkan dalam peserta yang dijamin. Misalkan yang terjadi pada anak angkat atau anak asuh, dimasukkan kedalam anak kandung agar peserta yang terjamin lebih banyak.
  - b. Melakukan manipulasi data tagihan dari *provider*, dengan maksud untuk mendapatkan imbalan keuntungan bagi oknum tersebut.
  - c. Menunda-nunda pemberian kartu peserta oleh oknum penjamin kepada perusahaan yang mendaftarkan dengan jumlah karyawan / pesertanya besar. Hal ini dengan maksud agar utilisasi pada kelompok tersebut menjadi rendah atau tertunda, sehingga tagihan utilisasinya pun akan menjadi rendah.
  - d. Meminta imbalan jasa pelayanan dari oknum penjamin dari *Provider*, karena telah membantu mempercepat pengurusan verifikasi dan pembayaran claimnya dari *Provider* tersebut.
  - e. Memperlambat proses pembayaran ke *Provider*
  - f. Kriteria *benefit* yang tidak tegas, sehingga mudah ditafsirkan secara sepihak untuk tidak dijamin
  - g. Kolusi dengan pihak *provider*, agar klaim yang diajukan dapat dijamin
  - h. Kolusi dengan peserta untuk merubah tanggal kadaluarsa kartu peserta, yang sebenarnya sudah habis masa berlakunya

## 2. Contoh-Contoh Kasus *Fraud* oleh Peserta

Manipulasi data diri atau keterangan palsu agar layak menjadi kepesertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI). Manipulasi data keluarga atau pemalsuan agar dapat menjadi peserta yang dijamin, Meminjamkan kartu

*commit to user*

peserta kepada orang lain yang tidak berhak untuk disalah gunakan Pemalsuan Kartu peserta agar dapat akses ke pelayanan kesehatan (*provider*) Memalsukan surat rujukan agar bisa langsung akses pelayanan di *Provider* tingkat lanjut (Rumah sakit) Menaikkan biaya yang tercantum di kwitansi (untuk klaim *reimbursement*), bila diwilayahnya tidak ada *provider*.

Dalam upaya optimalisasi dan meningkatkan kualitas Program Jaminan Sosial sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, serta mengantisipasi segala bentuk kecurangan dalam pengelolaan program, BPJS Kesehatan terus berkomitmen mendorong semua pihak untuk mendukung hal tersebut. Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan, terdapat berbagai pihak yang berpotensi melakukan kecurangan dalam program JKN-KIS, mulai dari peserta, fasilitas kesehatan, BPJS Kesehatan hingga penyedia obat dan alat kesehatan.

Lahirnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan, sejak tanggal 31 Desember 2015 tercatat 889.442 kejadian dengan total frekuensi kejadian sebanyak 1.217.773 kali. Potensi inefisiensi mencapai Rp 1.246 Triliun.<sup>28</sup> Sampai dengan November 2016 tercatat 1.219.191 kejadian di RJTL dan 625.949 kejadian di RJTL dengan total kejadian sebanyak 1.845.140. Kejadian terdeteksi potensi *fraud* dan abuse yang dilakukan oleh Faskes menurut jenis kejadian antara lain:

1. *Upcoding*, adalah Penulisan kode diagnosis yang berlebihan / *upcoding* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a merupakan pengubahan kode diagnosis dan/atau prosedur menjadi kode yang memiliki tarif yang lebih tinggi dari yang seharusnya. *Upcoding* ditemukan melalui investigasi. Pengecualian apabila ditemukan alasan/penjelasan yang

---

<sup>28</sup> Data BPJS Kesehatan tahun 2015, <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/>, diunduh pada tanggal 25 Mei 2018 pukul 15.00 WIB



dapat diterima secara keprofesian. Kesalahan dapat terjadi karena ketidaktahuan, salah ketik, SOP tidak detil, atau ketidaksengajaan lain. Kesalahan karena kesengajaan dapat akibat *abuse* atau *fraud*, keduanya wajib mengembalikan kerugian. *Fraud* dapat dipidana

2. *Claim Cloning* adalah Penjiplakan Klaim dari pasien lain/ *cloning* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b merupakan Klaim yang dibuat dengan cara menyalin dari Klaim pasien lain yang sudah ada. Kejadian ini dapat ditemukan pada analisis dengan ditemukannya dua atau lebih klaim yang sama (peserta, RS, diagnosis, terapi, dll). Walaupun elemen identitas berbeda, ditemukan “kronologi” yang sama. Akar penyebabnya harus dicari melalui investigasi.
3. *Phantom Billing* adalah Klaim palsu/ *phantom billing* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c merupakan Klaim atas layanan yang tidak pernah diberikan. Sebutan “palsu” menunjukkan bahwa ada elemen yang terbukti tidak benar (peserta, dokter, RS, koding, dll).
4. *Inflated Billing* adalah Penggelembungan tagihan obat dan alkes /*inflated bills* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf d merupakan Klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya. Oleh karena Ina-CBG berupa paket, maka kejadian ini terutama dilakukan terhadap layanan/manfaat yang di luar ina-CBGs, atau pada saat “naik kelas”, COB atau sejenisnya
5. *Services Unbundling / fragmentation* adalah Pemecahan episode pelayanan / *services unbundling or fragmentation* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf e merupakan Klaim atas dua atau lebih diagnosis dan/atau prosedur yang seharusnya menjadi satu paket pelayanan dalam Episode yang sama atau menagihkan beberapa prosedur secara terpisah yang seharusnya dapat ditagihkan bersama dalam bentuk paket pelayanan, untuk mendapatkan nilai Klaim lebih besar pada satu Episode perawatan pasien.

6. *Selfs-Referrals* adalah Rujukan semu / *selfs-referrals* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf f merupakan Klaim atas biaya pelayanan akibat rujukan ke dokter yang sama di fasilitas kesehatan lain kecuali dengan alasan fasilitas.
7. *Repeat Billing* adalah Tagihan berulang/ *repeat billing* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf g merupakan Klaim yang diulang pada kasus yang sama. Kejadian ini ditemukan apabila terdapat kesamaan elemen dan identitas pada kedua klaim.
8. *Prolonged length of stay* adalah Memperpanjang lama perawatan / *prolonged length of stay* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf h merupakan Klaim atas biaya pelayanan kesehatan yang lebih besar akibat perubahan lama hari perawatan inap. Kejadian ini hanya ditemukan pada layanan yang perubahan lama perawatan mengakibatkan perbedaan tarif layanan. Penemuan harus dilakukan melalui investigasi.
9. *Type of room charge* Adalah Manipulasi kelas perawatan/ *type of room charge* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf i merupakan Klaim atas biaya pelayanan kesehatan yang lebih besar dari biaya kelas perawatan yang sebenarnya. Umumnya pada layanan yang tidak menggunakan InaCBGs.
10. *Cancelled services* adalah Membatalkan tindakan yang wajib dilakukan/ *cancelled services* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf j merupakan Klaim atas diagnosis dan/atau tindakan yang tidak jadi dilaksanakan. Kejadian ini ditemukan dengan melihat ketidakcocokan antara *coding* dengan data pada resume medis.
11. *No medical value* adalah Melakukan tindakan yang tidak perlu/ *no medical value* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf k merupakan Klaim atas tindakan yang tidak berdasarkan kebutuhan atau indikasi

medis. Kejadian ini ditemukan dengan menilai care-plan dibandingkan dengan standar (PPK atau CP). Investigasi perlu dilakukan apabila terdapat alasan yang ragu-ragu.

12. *Standart of Care* adalah Penyimpangan terhadap standar pelayanan/ *standard of care* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf l merupakan Klaim atas diagnosis dan/atau tindakan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan. Kejadian ini ditemukan dengan menilai care-plan dibandingkan dengan standar (PPK atau CP).
13. *Un necessary treatment* adalah tindakan pengobatan yang tidak perlu / *un necessary treatment* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf m merupakan Klaim atas tindakan yang tidak diperlukan. Kejadian ini ditemukan dengan menilai care-plan dibandingkan dengan standar (PPK atau CP). Penilaian peer group dapat juga dilakukan apabila perlu. Frasa *necessary treatment* menjadi kewenangan peer untuk menilainya, terutama apabila tidak ada standar atau standarnya ganda.
14. *Phantom Visit* adalah Tidak melakukan visitasi yang seharusnya / *phantom visit* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf o merupakan Klaim atas kunjungan pasien palsu. Kejadian ini mudah ditemukan dengan mengacu pada rekam medis dan catatan lain (keperawatan, dll). Bahwa mungkin saja dokter lupa menuliskan catatan meskipun dia hadir, perlu verifikasi dari pimpinan faskes atau pasien.
15. *Phantom Procedures* adalah Tidak melakukan prosedur yang seharusnya/ *phantom procedures* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf p merupakan Klaim atas tindakan yang tidak pernah dilakukan. Kejadian dapat ditemukan dari cacatan operasionalisasi peralatan, OK, ruang tindakan, dll.
16. *Readmision* adalah Admisi yang berulang / readmisi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf q merupakan Klaim atas diagnosis

dan/atau tindakan dari satu Episode yang dirawat atau diklaim lebih dari satu kali seolah-olah lebih dari satu Episode. Readmisi dapat juga terjadi “tanpa kesalahan” pada jenis penyakit kronis yang berulang, atau alasan medis yang lain. Untuk itu perlu verifikasi dan investigasi.

17. Rujukan yang tak sesuai tujuan adalah melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu; Kejadian dapat dilihat dari ketidaktepatan antara careplan dengan pelaksanaannya, atau analisis dibandingkan dengan standar. Perlu investigasi.
18. *Cost sharing* adalah meminta *costsharing* tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. *Cost-sharing* hingga saat ini belum diatur tata laksananya. Perpres dan permenkes masih melarang dilakukannya pungutan langsung dari pasien, kecuali yang sudah dibolehkan di peraturan (naik kelas, poliklinik eksekutif, dll)

Kecurangan *Fraud* dalam Jaminan Sosial Nasional setelah lahirnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan seperti : Ketidaktahuan tentang makna *fraud* dan aspek hukumnya Ketidaktahuan pelaku, termasuk provider, bahwa tindakan tersebut (yang dilakukan peserta, RS, pemberi pelayanan) merupakan *fraud*.

Lahirnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan yang menguraikan apa dan bagaimana fraud dilakukan oleh para pelakunya, agar bisa dilakukan langkah-langkah pencegahannya. BPJS, Dinas Kesehatan beserta FKTP , Rumah sakit harus membangun sistem pencegahan *fraud* dalam pelaksanaan pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional di rumah sakit Rumah sakit harus membentuk Tim Anti *Fraud* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari unsur Satuan Internal, Komite Medik, perekam medis, Coder, tim *casemix* dan unsur lain yang terkait. *commit to user*

Tindak kecurangan bisa dilakukan oleh siapa saja, BPJS Kesehatan telah melakukan upaya pencegahan, pendeteksian dan penanganan pada setiap pihak yang berpotensi melakukan kecurangan. Selain itu sebagai bentuk komitmen dan keseriusan dalam pencegahan kecurangan dalam Program JKN-KIS dalam BPJS Kesehatan. Dalam menyelenggarakan program JKN-KIS, BPJS Kesehatan tidak dapat berjalan sendiri tanpa dukungan masyarakat, pemerintah pusat, pemerintah daerah, manajemen fasilitas kesehatan, tenaga medis, mitra perbankan, dan stakeholders lainnya. Ke depannya peneliti berharap, semua pihak dapat bersama-sama mengawal dan mengawasi program JKN-KIS ini agar bisa terus mengalirkan manfaat kepada yang membutuhkan. Bahwa keberadaan program ini sangat menolong masyarakat yang membutuhkan akses pelayanan kesehatan. Kehadiran Program JKN-KIS merupakan wujud dari kehadiran negara kepada rakyatnya. Pemerintah telah mewujudkan amanat undang-undang dengan menjalankan program JK-KIS. Tanpa waktu yang lama program ini sudah dirasakan betul manfaatnya bagi masyarakat. Selain meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia, bagi masyarakat yang sehat program ini memberikan berkontribusi positif terhadap perekonomian

## **B. RUMUSAN MASALAH**

Perumusan masalah merupakan hal yang sangat penting dalam setiap penelitian, karena dibuat untuk memecahkan masalah pokok yang timbul secara jelas dan sistematis sehingga penelitian akan lebih terarah pada sasaran yang akan dicapai. Perumusan masalah dibuat untuk lebih menegaskan masalah yang akan diteliti, sehingga dapat ditemukan suatu pemecahan masalah yang tepat dan mencapai tujuan.

Setiap penulisan ilmiah yang akan dilakukan selalu berasal dan berangkat dari masalah. Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan diatas, penulis merumuskan masalah untuk mengetahui dan menegaskan masalah-masalah apa yang hendak diteliti sehingga dapat memudahkan penulis dalam mengumpulkan,



menyusun, menganalisa, dan mengkaji data secara lebih rinci. Adapun permasalahan yang akan dikaji penelitian ini adalah:

1. Mengapa terjadi penyimpangan atau *Fraud* dalam Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan Nasional ?
2. Bagaimana Model hukum dalam mencegah Penyimpangan atau *Fraud* dalam Penyelenggaraan Sistem Asuransi Kesehatan Nasional ?

### C. TUJUAN PENELITIAN

Penelitian ini adalah kegiatan ilmiah yang mempunyai tujuan-tujuan tertentu yang hendak dicapai oleh penulis yang tidak terlepas dari perumusan masalah yang telah ditentukan. Tujuan penelitian ini sendiri merupakan sasaran yang ingin dicapai sebagai jawaban atas permasalahan yang dihadapi (tujuan obyektif) dan juga untuk memenuhi kebutuhan perorangan (tujuan subyektif). Adapun tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Tujuan Subyektif
  - a. Untuk mengetahui adanya praktek *Fraud* dalam Sistem Asuransi Kesehatan Nasional di Indonesia;
  - b. Untuk mengetahui bagaimana Model hukum yang tepat dalam pencegahan *Fraud* dalam Asuransi Kesehatan Nasional di Indonesia.
2. Tujuan Objektif
  - a. Untuk memperdalam pengetahuan penulis mengenai macam-macam *Fraud* yang terjadi dalam Asuransi Kesehatan Nasional di Indonesia.
  - b. Hasil kajian ini diharapkan dapat memberi wawasan mengenai gambaran potensi *Fraud* layanan kesehatan kepada pihak-pihak yang bertanggung jawab dalam upaya pemberantasan *Fraud*

seperti kementerian kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/kota, jajaran direksi rumah sakit, badan dan dewan pengawas rumah sakit, BPJS Kesehatan, organisasi profesi, asosiasi fasilitas kesehatan, hingga pemerintah daerah. Temuan ini juga diharapkan dapat menyadarkan berbagai pihak terkait bahwa upaya pemberantasan *Fraud* harus berjalan dalam siklus (tidak sepotong-sepotong), mulai dari pembangunan kesadaran – pelaporan – deteksi – investigasi – pemberian sanksi – pembangunan kesadaran. Lebih lanjut pihak-pihak ini diharapkan dapat saling bekerja sama dalam upaya pemberantasan *Fraud* asuransi kesehatan di Indonesia.

#### **D. MANFAAT PENELITIAN**

Salah satu aspek dalam kegiatan penelitian yang tidak dapat diabaikan adalah mengenai manfaat penelitian. Penulis berharap hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi banyak pihak yang terkait dengan penulisan hukum ini, yaitu bagi penulis, maupun bagi pembaca dan pihak-pihak lain. Karena nilai dari sebuah penelitian ditentukan oleh besarnya manfaat yang dapat diambil dari adanya penelitian tersebut. Ada pun manfaat yang penulis harapkan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

##### **1. Manfaat Teoritis**

- a. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan bagi pengembangan ilmu hukum pada umumnya dan Hukum Kesehatan serta Hukum Asuransi Kesehatan di Indonesia khususnya tentang *Fraud* dalam Asuransi Kesehatan Nasional;
- b. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat mengetahui dan memahami dan dapat mencegah adanya praktek *Fraud* dalam Asuransi Kesehatan Sosial Nasional di Indonesia.

## 2. Manfaat Praktis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan penalaran, membentuk pola pikir dinamis, sekaligus untuk mengembangkan kemampuan penulis dalam mengkritisi persoalan-persoalan hukum terutama tentang Hukum Kesehatan dan hukum Asuransi khususnya dalam Asuransi Kesehatan Nasional;
- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu dan memberi masukan serta tambahan pengetahuan bagi para pihak yang terkait dengan masalah yang diteliti, dan berguna bagi pihak yang berminat bagi masalah yang sama.

