

## BAB IV

### FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB / MEMPENGARUHI TERJADINYA PENYIMPANGAN (*FRAUD*) DALAM ASURANSI KESEHATAN NASIONAL

#### A. *Fraud* dalam Asuransi Kesehatan Nasional

Hasil kajian menunjukkan bahwa *Fraud* layanan kesehatan berpotensi, bahkan sebagian sudah terbukti, terjadi di Indonesia. *Fraud* layanan kesehatan mengancam finansial dan menurunkan mutu layanan kesehatan. Di seluruh Indonesia, data yang dilansir KPK menunjukkan bahwa hingga Juni 2015 terdeteksi potensi *Fraud* dari 175.774 klaim Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) dengan nilai Rp. 440 M. Ini baru dari kelompok klinisi, belum dari aktor lain seperti staf BPJS Kesehatan, pasien, dan suplier alat kesehatan dan obat. Nilai ini mungkin saja belum total mengingat sistem pengawasan dan deteksi yang digunakan masih sangat sederhana.<sup>201</sup>

Untuk mencegah semakin luasnya *Fraud* layanan kesehatan yang dilakukan para aktor, Kemenkes menerbitkan Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang resmi berlaku per Oktober 2015. Dalam peraturan menteri kesehatan ini jelas disebutkan upaya-upaya yang harus dilakukan dalam rangka mencegah dan mengendalikan *Fraud* layanan kesehatan. Bentuk kegiatan anti *Fraud* yang tertuang dalam Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) ini mencakup pembangunan kesadaran anti *Fraud*, pelaporan, deteksi, investigasi, dan pemberian sanksi. Kegiatan-kegiatan ini hampir mirip dengan rekomendasi

---

<sup>201</sup> Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK), 2015, <http://www.kpk.go.id>. Diakses pada tanggal 10 Mei 2018 Pukul 13.00 WIB *commit to user*

kegiatan anti *Fraud* dari *European Comission* .<sup>202</sup> Namun, hingga Desember 2015, kegiatan-kegiatan ini masih belum berjalan optimal karena aspek-aspek pendukung berjalannya sistem juga belum tersedia baik.

Kegiatan pembangunan kesadaran melalui sosialisasi dan edukasi Permenkes belum berjalan baik. Tugas edukasi, sosialisasi, pembinaan, dan pengawasan upaya anti *Fraud* bagi seluruh aktor potensial *Fraud* merupakan tanggung jawab kementerian dan dinas kesehatan tingkat provinsi maupun kabupaten/ kota. Namun, masih banyak dinas kesehatan yang belum tahu mengenai peraturan ini sehingga belum banyak melakukan aksi untuk mengendalikan *Fraud* layanan kesehatan. Bahkan di beberapa daerah peran pemberian edukasi dan sosialisasi ini dijalankan oleh BPJS Kesehatan.

Kegiatan pelaporan dugaan *Fraud* layanan kesehatan juga belum optimal karena ketiadaan sarana untuk melapor. Walaupun ada informasi terkait potensi *Fraud* yang dilaporkan, tindak lanjut dari laporan tersebut belum pasti. Dalam situs Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan<sup>203</sup> terdapat menu *Whistleblowing System* (WBS) untuk melaporkan dugaan korupsi pejabat kementerian kesehatan. Namun, menu pelaporan ini belum spesifik untuk melaporkan kasus *Fraud* layanan kesehatan. Kondisi serupa ditemukan juga dalam website BPJS Kesehatan, saluran pelaporan khusus terkait *Fraud* layanan kesehatan belum ada.

Proses deteksi *Fraud* terkendala akibat minimnya teknologi untuk mengolah data dan informasi potensi *Fraud*. Data paling kuat yang dapat digunakan untuk melakukan deteksi potensi *Fraud* salah satunya adalah data klaim BPJS Kesehatan. Dari data ini dapat dianalisis titik mana terjadi kecurangan dan pelaku kecurangan. Data yang banyak ini harus diolah menggunakan teknologi yang sensitif terhadap potensial *Fraud*. Namun saat ini teknologi olah data semacam itu belum ada di Indonesia atau masih dalam tahap

---

<sup>202</sup> European Comission – Directorate General Home Affairs, 2013, *Study on Corruption in Healthcare Sector*, <http://europea.eu>. Diakses pada tanggal 10 Mei 2018 Pukul 13.30 WIB

<sup>203</sup> Annual Report of the Departments of Health and Human Sevices and Justice – Health Care Fraud and Abuse *mmult* Control Program FY 2014, <http://oig.hhs.gov/publications/docs/hcfac/FY2014-hcfac.pdf>, diunduh tahun 2015.

pengembangan. Situasi ini menghambat proses deteksi potensi *Fraud* karena proses deteksi sangat bergantung kepada teknologi.

Proses investigasi juga masih terkendala karena saat ini belum ada investigator khusus untuk penyidikan kasus-kasus *Fraud* layanan kesehatan di Indonesia. Peran investigator dalam upaya anti *Fraud* sangat krusial karena memiliki kewenangan untuk membuktikan sebuah tindakan *Fraud*, besar kerugian yang dihasilkan, hingga rekomendasi sanksi. Saat ini proses investigasi potensi *Fraud* masih dilakukan secara sederhana yaitu dengan membandingkan sebuah dugaan *Fraud* dengan aturan-aturan dari Kementerian Kesehatan maupun BPJS Kesehatan. Pihak yang melakukan perbandingan data dan aturan adalah pihak yang merasa dirugikan. Dampaknya, bias kepentingan sangat kental dalam proses ini.<sup>204</sup>

Dalam Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) telah disebutkan sanksi-sanksi administrasi yang dapat diberikan kepada pelaku *Fraud*. Namun, mekanisme penerapan sanksi ini belum jelas. Pihak yang berwenang dalam memberi sanksi adalah kementerian dan dinas kesehatan. Saat ini belum diketahui dengan pasti apakah sudah ada pelaku *Fraud* yang secara resmi diberi sanksi oleh kementerian maupun dinas kesehatan. Salah satu bentuk sanksi yang diketahui sudah dijalankan adalah pengembalian dana oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan maupun sebaliknya. Namun mekanisme pengembalian dana ini juga belum jelas hanya dilakukan secara kekeluargaan antara kedua belah pihak.

Dalam prakteknya pertanggung jawaban asuransi merupakan perjanjian dengan unsur saling percaya antara penanggung dan tertanggung. Secara umum syarat sahnya perjanjian asuransi Tersebut di atur dalam Pasal 1320 KUHPerdata dan secara khusus telah memenuhi beberapa ketentuan sebagaimana di atur dalam Pasal 246 KUH Dagang maupun Pasal 1 ayat (1)

---

<sup>204</sup> Wawancara dengan Direktur Rumah Sakit Tipe B di Jawa Tengah, pada tanggal 2 Juli 2018 pukul 13.00 WIB

Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian. Penanggung percaya bahwa tertanggung akan memberikan segala keterangan dengan baik dan benar, di lain pihak tertanggung juga percaya bahwa kalau terjadi peristiwa penanggung akan membayar ganti rugi. Saling percaya tersebut merupakan dasar dari asas kejujuran, yang merupakan asas yang sangat penting dalam setiap perjanjian pertanggungan, sehingga harus dipenuhi oleh para pihak yang mengadakan perjanjian untuk menghindari terjadinya kecurangan asuransi.

Asas kejujuran atau lebih dikenal dengan sebutan *principle of utmost good faith* atau *uberrimae fidei* merupakan unsur yang penting dalam bisnis asuransi. *Good faith* secara harfiah dapat diterjemahkan sebagai itikad baik; Dengan demikian *utmost good faith* dapat diterjemahkan sebagai itikad baik yang sebaik-baiknya/semurnya. Sebenarnya secara umum asas itikad baik dan kejujuran sempurna dapat diartikan bahwa masing-masing pihak dalam suatu perjanjian yang akan disepakati demi hukum mempunyai kewajiban untuk memberikan keterangan atau informasi yang selengkap-lengkapnyanya, yang akan dapat mempengaruhi keputusan pihak yang lain untuk memasuki perjanjian atau tidak, baik keterangan yang demikian itu diminta atau tidak.

Asas kejujuran dalam asuransi ini, sering dilanggar dengan adanya keinginan untuk mendapatkan suatu manfaat keuntungan dengan cara ketidakjujuran maupun kecurangan yang dilakukan oleh para pihak dalam bisnis asuransi kesehatan. Secara luas, kecurangan atau lebih dikenal dengan dengan *Insurance Fraud*, dapat diartikan sebagai segala macam bentuk kecurangan yang dilakukan oleh para pelaku asuransi (Nasabah, Tenaga Pemasaran, maupun Perusahaan Asuransi) dalam rangka menguntungkan diri sendiri. Contoh sederhana antara lain adalah pemalsuan identitas, yaitu misalnya pemalsuan usia yang dilakukan dengan tujuan agar premi yang dikenakan lebih murah. Untuk memperkuat, dokumen yang dipalsukan juga dilampirkan sebagai pendukung. Contoh lainnya adalah pemalsuan kejadian seperti menyembunyikan riwayat kesehatan.

*commit to user*

Istilah *fraud* (Inggris) atau *fraude* (Belanda) sering diterjemahkan sebagai bentuk perbuatan curang terhadap asuransi (insurance fraud) sebenarnya sudah diantisipasi dalam Pasal 251 KUH Dagang<sup>205</sup>, yang menyatakan:

“Semua pemberitahuan yang keliru atau tidak benar, atau semua penyembunyian keadaan yang diketahui oleh tertanggung, meskipun dilakukannya dengan itikad baik, yang sifat demikian rupa, sehingga perjanjian itu tidak akan diadakan, atau tidak diadakan dengan syarat-syarat yang sama, bila penanggung mengetahui keadaan yang sesungguhnya dari semua hal itu, membuat pertanggungan itu batal”



---

<sup>205</sup> Kitab Undang-undang Hukum Dagang.



**B. Data Potensi *Fraud* di Rumah Sakit Tipe A, Tipe B dan Tipe C diwilayah Jawa Tengah. Data jumlah Pasien di wilayah Jawa Tengah :**

Segmen	kelas	Kelas I	Kelas II	Kelas III
BUKAN PEKERJA	I	7,275	160	149,375
BUKAN PEKERJA	II	71	4,104	62,195
BUKAN PEKERJA	III		1	165
PBI APBD	III	4	4	45,999
PBI APBN	III			378,426
PEKERJA BUKAN PENERIMA	I	7,907	362	103,538
PEKERJA BUKAN PENERIMA	II	52	9,343	109,89
PEKERJA BUKAN PENERIMA	III	78	195	236,193
PEKERJA PENERIMA UPAH	I	15,209	684	179,466
PEKERJA PENERIMA UPAH	II	395	27,522	211,114
PEKERJA PENERIMA UPAH	III		3	63

Didalam bagan tersebut jumlah pasien kelas III sangat banyak dimana Pasien kelas III di dominasi oleh pasien PBI (Penerima Bantuan Iuran) yang iurannya di bayar oleh pemerintah. Salah satu tujuan pendirian Negara Kesatuan Republik Indonesia yang tercantum dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 adalah berupaya meningkatkan kesejahteraan rakyat. Kesejahteraan tersebut harus dapat dinikmati secara berkelanjutan, adil, dan merata menjangkau seluruh rakyat. Penyelenggaraan jaminan sosial bagi seluruh rakyat sebagaimana yang diamanatkan dalam Pasal 28 H ayat (3) mengenai hak terhadap jaminan sosial dan Pasal 34 ayat (2) Undang-Undang Dasar 1945, dan Keputusan Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik yang tertuang dalam TAP Nomor X/MPR/2001, yang menugaskan Presiden untuk membentuk SJSN dalam rangka memberikan perlindungan sosial yang menyeluruh dan terpadu.

Lahirnya UU SJSN maka bangsa Indonesia sebenarnya telah memiliki sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Pasal 5 Undang-Undang tersebut mengamanatkan pembentukan badan yang disebut BPJS yang harus dibentuk dengan Undang-Undang. Pada tanggal 25 November 2011, ditetapkan UU SJSN mulai dilaksanakan pada tanggal 1 Januari 2014. BPJS merupakan badan hukum dengan tujuan yaitu mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan untuk terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Dalam penyelenggaraannya BPJS ini terbagi menjadi dua yaitu BPJS kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan. Pada tanggal 1 Januari 2014 mulai diberlakukan BPJS kesehatan di seluruh pelayanan kesehatan di Indonesia. Pasal 8 ayat (2) UU BPJS yang berisi BPJS dapat mempunyai kantor perwakilan di provinsi dan kantor cabang di kabupaten/kota.

**DATA RUJUKAN PASIEN DI WILAYAH JAWA TENGAH**

ASAL	JUML	ASAL RUJUKAN	JUMLA
BOYOLALI	6,947	BOYOLALI	200
MADIUN	5,635	MADIUN	162
KUDUS	730	TULUNGAGUNG	64
UNGARAN	715	KUDUS	31
		UNGARAN	24
TULUNGAGUNG	650	LANGSA	23
PATI	446	PATI	23
YOGYAKARTA	432	CIREBON	20
SEMARANG	327	SEMARANG	19
PURWOKERTO	267	KEDIRI	18
KEBUMEN	251		

**KETERANGAN**

Didalam data tersebut terlihat bahwa Rumah Sakit daerah belum dapat memenuhi jumlah Pasien yang datang agar mendapatkan perawatan keseharan yang baik dibuktikan dengan masih banyaknya jumlah rujukan ke Rumah Sakit dengan Tipe yang lebih tinggi.

Pada prinsipnya peserta JKN berpotensi untuk melakukan kecurangan. Kecurangan yang dilakukan oleh peserta, sebagaimana ditentukan dalam Pasal 3 Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dapat berupa:<sup>206</sup>

<sup>206206</sup> Wawancara dengan Staff Rumah Sakit Tipe C di Jawa Tengah pada tanggal 10 Mei 2018 pukul 14.00 WIB



- a. Membuat pernyataan yang tidak benar dalam hal eligibilitas (memalsukan status kepesertaan) untuk memperoleh pelayanan kesehatan;
- b. Memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu (*unnecesary services*) dengan cara memalsukan kondisi kesehatan;
- c. Memberikan gratifikasi kepada pemberi pelayanan agar bersedia memberi pelayanan yang tidak sesuai/tidak ditanggung;
- d. Manipulasi penghasilan agar tidak perlu membayar iuran terlalu besar;
- e. Melakukan kerjasama dengan pemberi pelayanan untuk mengajukan Klaim palsu;
- f. Memperoleh obat dan/atau alat kesehatan yang diresepkan untuk dijual kembali; dan/atau
- g. Melakukan tindakan Kecurangan JKN lainnya selain huruf a sampai dengan huruf f.

Kerugian tidak hanya dilakukan oleh peserta JKN saja, akan tetapi justru dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan itu sendiri. Hal ini sebagaimana tertian dalam ketentuan Pasal 4 Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), bahwa Tindakan Kecurangan JKN yang dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan meliputi:

- a. Melakukan kerjasama dengan peserta dan/atau fasilitas kesehatan untuk mengajukan Klaim yang palsu;
- b. Manipulasi manfaat yang seharusnya tidak dijamin agar dapat dijamin;
- c. Menahan pembayaran ke fasilitas kesehatan/rekanan dengan tujuan Memperoleh keuntungan pribadi;
- d. Membayarkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan; dan/atau
- e. Melakukan tindakan Kecurangan JKN lainnya selain huruf a sampai dengan huruf d.

Bentuk kecurangan yang paling klasik dilakukan oleh petugas BPJS adalah kerjasama dengan peserta dan/atau fasilitas kesehatan untuk mengajukan klaim yang palsu serta memanipulasi manfaat yang seharusnya tidak dijamin agar dapat dijamin. Kondisi demikian juga terungkap berdasarkan hasil wawancara

dengan Staf BPJS Kesehatan. Untuk tindakan kecurangan JKN yang dilakukan di FKRTL menurut Pasal 5 Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) meliputi: <sup>207</sup>

- a. Penulisan kode diagnosis yang berlebihan/*upcoding*, yaitu pengubahan kode diagnosis dan/atau prosedur menjadi kode yang memiliki tarif yang lebih tinggi dari yang seharusnya.
- b. Penjiplakan klaim dari pasien lain/*cloning*, yaitu klaim yang dibuat dengan cara menyalin dari klaim pasien lain yang sudah ada.
- c. Klaim palsu/*phantom billing* adalah klaim atas layanan yang tidak pernah diberikan.
- d. Penggelembungan tagihan obat dan alkes/*inflated bills*, yaitu klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya.
- e. Pemecahan episode pelayanan/*services unbundling or fragmentation*, yaitu 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.
- f. Rujukan semu/*selfs-referrals*, adalah klaim atas biaya pelayanan akibat rujukan ke dokter yang sama di fasilitas kesehatan lain kecuali dengan alasan fasilitas.
- g. Tagihan berulang/*repeat billing*, adalah klaim yang diulang pada kasus yang sama.

Selanjutnya, tindakan kecurangan JKN yang dilakukan penyedia obat dan alat kesehatan menurut ketentuan Pasal 2 Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) meliputi:

---

<sup>207</sup> Wawancara dengan Staff BPJS Kesehatan di Jawa Tengah pada tanggal 10 Mei 2018 pukul 14.00 WIB

- a. Tidak memenuhi kebutuhan obat dan/atau alat kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. Melakukan kerjasama dengan pihak lain mengubah obat dan/atau alat kesehatan yang tercantum dalam *e-catalog* dengan harga tidak sesuai dengan *e-catalog*; dan melakukan tindakan kecurangan JKN lainnya selain huruf a dan huruf b.

Sebagai contoh konkret, tindak kecurangan (*fraud*) yang mungkin terjadi di tingkat FKRTL adalah penulisan kode diagnosis yang berlebihan (*upcoding*). Bentuk tindak kecurangan ini dipicu oleh beberapa hal, misalnya karena merasa biaya yang tercantum dalam paket *INA-CBGs* dirasa rendah maka rumah sakit mencari cara lain untuk mendapat keuntungan. Pembayaran klaim BPJS Kesehatan ke rumah sakit sebagaimana paket tarif *INA-CBGs* yang tanpa batas atas juga memicu terjadinya *fraud*. Selain itu, peraturan perundang-undangan yang ada saat ini seperti Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS belum cukup kuat mencegah kecurangan. Selanjutnya, Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 memerintahkan masing-masing pihak terkait untuk membangun sistem pencegahan tindak kecurangan (*fraud*). Untuk BPJS Kesehatan Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) memerintahkan penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN, pengembangan budaya pencegahan Kecurangan JKN sebagai bagian dari tata kelola organisasi yang baik dan pembentukan tim pencegahan kecurangan JKN di BPJS Kesehatan. FKRTL harus membentuk sistem serupa sebagaimana diamanatkan Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Peran masyarakat juga dibutuhkan untuk mencegah kecurangan dalam program JKN, karena setiap orang yang mengetahui adanya kecurangan dalam program JKN dapat melakukan pengaduan. Caranya, pengadu menyampaikan secara tertulis kepada pimpinan fasilitas kesehatan, dinas kesehatan Kabupaten/Kota dan atau Provinsi. Pengaduan harus dilengkapi data

identitas pengadu, kemudian nama dan alamat instansi yang diduga melakukan tindakan kecurangan dan alasan pengaduan.

Pembangunan sistem pencegahan kecurangan menurut Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) harus melalui tiga hal yakni:

- a. FKRTL menyusun peraturan internal dalam bentuk tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik.
- b. FKRTL mampu mengembangkan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya melalui penggunaan konsep manajemen yang efektif dan efisien, teknologi informasi berbasis bukti dan membentuk Tim Pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL.
- c. FKRTL mampu mengembangkan budaya pencegahan kecurangan JKN sebagai bagian dari tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya berdasarkan prinsip TARIK (transparansi, akuntabilitas, responsibilitas, independensi dan kewajaran).

### C. Potensi *Fraud* dan Bentuk Pencegahannya

Kecurangan (*fraud*) yang ditemukan di wilayah Jawa Tengah dilakukan sebagai berikut:<sup>208</sup>

#### 1. Petugas BPJS

- a) *Fraud* yang dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan di wilayah Jawa Tengah :
  - 1) Tidak memberikan defenisi yang jelas tentang pelayanan satu episode.
  - 2) Tidak memberikan bukti tertulis terhadap suatu penolakan diagnosis atau jenis pelayanan.

<sup>208</sup> Wawancara dengan Staff Rumah Sakit Tipe C di Jawa Tengah pada tanggal 10 Mei 2018 pukul 14.00 WIB

Kedua kecurangan diatas dapat mengakibatkan kerugian bagi RSUD di Wilayah Jawa Tengah disebabkan klaim atas pelayanan yang telah dilakukan tidak dapat dibayarkan.

b) Bentuk Pencegahan :

- 1) Membentuk Tim di RSUD untuk menyatukan pendapat dan atau mencari pedoman atau peraturan tertulis untuk mendapatkan jalan keluar terbaik sehingga tidak mengganggu proses pelayanan di RSUD dan diharapkan klaim dapat dibayarkan.
- 2) Apabila tidak menemukan titik temu maka pihak rumah sakit melaporkan secara tertulis kepada Tim Kendali Mutu Kendali Biaya (TKMKB) Provinsi Jawa Tengah. Selanjutnya pihak BPJS melaporkan ke Dewan Pertimbangan Medik (DPM) Provinsi Jawa Tengah.

2. Peserta JKN

a) *Fraud* yang dilakukan peserta JKN

- 1) Membuat pernyataan yang tidak benar dalam hal eligibilitas (memalsukan status kepesertaan) untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
- 2) Memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu (*unnecessary service*) dengan cara memalsukan kondisi kesehatan.

b) Bentuk pencegahannya :

- 1) RSUD menambahkan persyaratan untuk menyertakan KTP dan Kartu Keluarga Asli selain kartu JKN /KIS (Kartu Indonesia Sehat) dalam hal penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP).
- 2) BPJS Kesehatan melakukan wawancara dengan pasien maupun keluarga pasien tentang kondisi kesehatan pasien, sehingga kondisi pasien yang sesungguhnya dapat diketahui



### 3. RSUD di Wilayah Jawa Tengah

a) *Fraud* yang dilakukan oleh RSUD di Wilayah Jawa Tengah yaitu :

- 1) Penulisan kode diagnosis yang berlebihan/*upcoding* untuk mendapatkan jasa yang lebih tinggi.
- 2) Pemecahan episode pelayanan/*service unbundling or fragmentation*.
- 3) Merubah tanggal perawatan pasien rawat inap.

b) Bentuk pencegahannya :

- 1) Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat harus secara optimal dan berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya.
- 2) Dalam memberikan pelayanan harus sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM), Pedoman Pelayanan Klinis dan *clinical pathway*.
- 3) Melakukan audit klinis.
- 4) Dalam mengajukan klaim harus sesuai dengan prosedur klaim yang telah ditetapkan.

Selanjutnya dengan memperhatikan Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) Paragraf kedua Tentang Tim Pencegahan Kecurangan JKN di Fasilitas Kesehatan Rawat Tingkat Lanjutan (FKRT) maka Direktur RSUD di Wilayah Jawa Tengah harus Membentuk Tim Pencegahan *Fraud* yang terdiri dari: Ketua Tim (Ketua Satuan Pengawas Internal), Sekretaris: Kepala Bidang Pelayanan, Anggota : Ketua Komite Medik, Perekam Medis, Koder, Ketua komite keperawatan. Tim ini bertugas:<sup>209</sup>

<sup>209</sup> Wawancara dengan Direktur Rumah Sakit Tipe A di Jawa Tengah pada tanggal 10 Mei 2018 pukul 14.00 WIB

- a. Melakukan deteksi dini kecurangan JKN di BLUD RSUD berdasarkan data klaim pelayanan yang dilakukan.
- b. Mensosialisasikan kebijakan, regulasi dan budaya baru yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya.
- c. Meningkatkan kemampuan koder serta dokter dan petugas lain yang berkaitan dengan klaim.
- d. Melakukan upaya pencegahan, deteksi dan penindakan kecurangan JKN.
- e. Melakukan monitoring dan evaluasi.
- f. Melakukan Pelaporan kepada Direktur RSUD tersebut enam bulan sekali.

Sesuai dengan Paragraf 3 Tentang Kegiatan Pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL Pasal 20 Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) maka dalam melakukan tugasnya Tim ini melakukan kegiatan sebagai berikut:

- a. Peningkatan kemampuan koder Identifikasi faktor-faktor penting atau meningkatkan akurasi koding untuk mencegah kesalahan. Edukasi tentang pengetahuan kecurangan JKN, pelatihan dan edukasi koding yang benar, meningkatkan interaksi dengan staf klinis dalam rangka memastikan diagnose sekunder dan primer.
- b. Peningkatan kemampuan dokter serta petugas lain yang berkaitan dengan klaim, yaitu dengan cara: pemahaman dan penggunaan sistem koding yang berlaku, melakukan edukasi dan pemberian pemahaman tentang langkah-langkah pencegahan, meningkatkan ketaatan terhadap standar prosedur operasional, menulis dan memberikan resume medis secara jelas, lengkap dan tepat waktu.
- c. Melakukan analisis data klaim secara manual maupun menggunakan aplikasi verifikasi klinis yang terintegrasi dengan aplikasi INA-CBGs.

- d. Dalam melakukan tugasnya Tim Pencegahan *Fraud* melaporkan kepada Direktur sebagai Pimpinan RSUD, tentang ada atau tidaknya kecurangan JKN yang ditemukan, rekomendasi pencegahan berulangnya kejadian serupa di kemudian hari dan rekomendasi sanksi administratif bagi pelaku kecurangan khususnya yang dilakukan oleh petugas BLUD RSUD.

Hal yang cukup penting dalam pencegahan adanya kecurangan JKN di RSUD di Wilayah Jawa Tengah adalah memberikan pelayanan harus sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) sebagaimana yang diatur dalam Kepmenkes Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Medis di Rumah Sakit, Pedoman Pelayanan Klinis dan clinical pathway. Adapun tujuan yang ingin dicapai melalui clinical pathways sebagai salah satu cara untuk mencegah kecurangan JKN adalah sebagai berikut:<sup>210</sup>

- a. Menjamin suatu pelayanan yang konsisten, dengan kualitas yang bermutu yang didasarkan atas praktik yang terbaik (*best practice*) dan mengurangi variasi pelayanan yang tidak perlu. Oleh karena itu bila dikaitkan dengan JKN, akan menutup celah adanya manipulasi ataupun bentuk kecurangan lainnya. Hal ini sebagaimana ditegaskan dalam Pasal 29 ayat (1) huruf b Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, bahwa rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Selain itu, setiap tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan rumah sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan

---

<sup>210</sup> Suharjo B. Cahyono, *Op Cit.* P.311

keselamatan pasien (Pasal 13 ayat (3) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009).<sup>211</sup>

- b. Meningkatkan kepuasan pasien dan keluarganya dengan menjelaskan rencana asuhan medis yang diperoleh selama dalam perawatan. Mengenai rencana asuhan medis dalam konteks ini erat hubungannya dengan kewajiban rumah sakit yang telah ditetapkan dalam Pasal 29 ayat (1) huruf a dan huruf l Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009, yaitu:

“rumah sakit berkewajiban memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat (pasien) dan memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien.”

Selain itu, informasi yang diberikan oleh rumah sakit juga berkaitan dengan masalah *informed consent*. *Informed Consent* adalah persetujuan tindakan kedokteran yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekatnya setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut. Penjelasan tentang tindakan kedokteran menurut ketentuan Pasal 7 ayat (3) Permenkes No. 290/MENKES/PER/III/2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, sekurang-kurangnya mencakup:

- 1) diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran;
- 2) tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan;

---

<sup>211</sup> Yang dimaksud dengan standar profesi adalah batasan kemampuan (*capacity*) meliputi pengetahuan (*knowledge*), keterampilan (*skill*), dan sikap profesional (*professional attitude*) yang minimal harus dikuasai oleh seorang individu untuk dapat melakukan kegiatan profesionalnya pada masyarakat secara mandiri yang dibuat oleh organisasi profesi. Yang dimaksud dengan standar pelayanan Rumah Sakit adalah pedoman yang harus diikuti dalam menyelenggarakan Rumah Sakit antara lain Standar Prosedur Operasional, standar pelayanan medis, dan standar asuhan keperawatan. Yang dimaksud dengan standar prosedur operasional adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu. Standar prosedur operasional memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi. Yang dimaksud dengan etika profesi adalah kode etik yang disusun oleh asosiasi atau ikatan profesi.

- 3) alternatif tindakan lain, dan risikonya;
  - 4) risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan
  - 5) prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.
  - 6) Perkiraan biaya. Penyampaian informasi mengenai perkiraan biaya, di RSUD selalu diinformasikan kepada pasien, sebelum tenaga medis melakukan tindakan. Hal ini perlu disampaikan agar pasien atau keluarganya dapat mempersiapkan diri apabila ada beberapa komponen pelayanan medis yang tidak dijamin oleh BPJS.<sup>212</sup>
- c. Menjamin pemberian pelayanan berdasarkan atas kebutuhan pasien. Artinya dalam pemberian pelayanan medis tidak boleh *under threatment* atau *over threatment*. Bahkan menurut ketentuan Pasal 17 ayat (4) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009, ditegaskan bahwa penggunaan peralatan medis dan medis di rumah sakit harus dilakukan sesuai dengan medis pasien.
  - d. Menjadikan asuhan medis lebih efisien dengan cara menentukan lama perawatan dan penggunaan tes dan terapi standar.
  - e. Mengurangi beban proses pendokumentasian klinis baik bagi perawat maupun dokter.
  - f. Memungkinkan tim multidisipliner berkomunikasi dan berkoordinasi secara lebih efektif.
  - g. Memberi kesempatan bagi pemberi pelayanan agar dapat mempelajari seberapa sering dan mengapa rencana yang tertulis tidak dilaksanakan.

Dikarenakan salah satu titik rawan terjadinya kecurangan JKN itu berada di fasilitas kesehatan atau rumah sakit, maka dengan adanya *clinical pathways* dalam melayani pasien di rumah sakit, setidaknya akan memberikan efisiensi dan efektivitas dalam pelayanan medis, serta untuk mencegah adanya kecurangan dalam pembiayaan perawatan medis

---

<sup>212</sup> Wawancara dengan Staf BPJS Kesehatan 13 Desember 2017, pukul 13.00 WIB



di rumah sakit. Menurut informasi yang diperoleh di RSUD di Wilayah Jawa Tengah, seringkali para tenaga medis dan tenaga keperawatan dalam memberi pelayanan medis tidak menuliskan secara stuktur, akibatnya terjadi inefisiensi dalam pelayanan medis.<sup>213</sup>

Menurut beberapa studi yang telah dilakukan membuktikan bahwa implementasi clinical pathways dapat mengurangi masa rawat inap di rumah sakit 5-40% dan menurunkan biaya rawat inap sampai 30%, mengurangi infeksi luka operasi dan angka perawatan kembali (*readmission rates*), dan memperbaiki outcome klinis lainnya.<sup>214</sup>

Selanjutnya secara khusus Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mewajibkan FKRTL membangun sistem pencegahan kecurangan, namun belum menjelaskan standard minimum yang jelas sistem pencegahan seperti apa yang perlu dibangun FKRTL. Standard diserahkan ke FKRTL, sehingga perlu adanya standarisasi sistem pencegahan yang dibangun oleh FKRTL untuk meminimalkan subyektifitas pemilik atau pejabat FKRTL dalam membangun sistem pencegahan. Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mengatur pembinaan dan pengawasan dalam rangka pencegahan kecurangan dalam JKN dilakukan oleh Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan kewenangan masing-masing. Bentuk pembinaan dan pengawasan itu berupa advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis, pelatihan dan peningkatan kapasitas SDM serta monitoring dan evaluasi. Selanjutnya, Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem

---

<sup>213</sup> Wawancara dengan Ketua BPJS Kesehatan 13 Desember 2017, Pukul 15.00 WIB  
*commit to user*

<sup>214</sup> Suharjo B. Cahyono, *Op Cit.* p. 315

Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mengatur sanksi bagi pelaku kecurangan. Sanksi administratif yang dapat dijatuhkan kepada pelaku yaitu teguran lisan, teguran tertulis dan/atau perintah pengembalian kerugian kepada pihak yang dirugikan. Sanksi administrasi tersebut pada prinsipnya tidak menghapus pidana yang dapat dijatuhkan kepada pelaku kecurangan atau penipuan sebagaimana yang diatur dalam Pasal 378 KUHP. Artinya, penerapan sanksi administratif harus sinergis dengan sanksi pidana. Oleh karena itu, di masa mendatang perlu dibuat peraturan khusus yang mengatur tentang fraud, bentuknya bisa berupa undang-undang Anti *Fraud* dalam Pelayanan Kesehatan. Sistem Pengaduan Dan Penyelesaian Perselisihan Jika Terdapat Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) Di BLUD RSUD di Wilayah Jawa Tengah. Pengaduan dapat disampaikan kepada pimpinan fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Dinas Kesehatan Provinsi (Pasal 25 ayat (2) Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)<sup>215</sup>). Pengaduan pada fasilitas kesehatan dalam hal ini adalah rumah sakit, baik FKTP maupun FKRLT. Pengaduan di FKTP ditujukan kepada tim pencegahan Kecurangan JKN di FKTP yang dibentuk oleh Dinas kesehatan Kabupaten/Kota. Tim pencegahan Kecurangan JKN di FKTP terdiri atas unsur dinas kesehatan organisasi profesi, BPJS Kesehatan, dan asosiasi fasilitas kesehatan. Menurut ketentuan Pasal 11 ayat (4) Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) Tim pencegahan Kecurangan JKN di FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bertugas:<sup>215</sup>

- a. Mensosialisasikan kebijakan, pedoman, dan budaya baru yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya;

- b. Mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik;
- c. Melakukan upaya pencegahan, deteksi dan penindakan kecurangan JKN di FKTP;
- d. Menyelesaikan perselisihan kecurangan JKN;
- e. Monitoring dan evaluasi; dan
- f. Pelaporan.

Berdasarkan Pasal 11 ayat (4) Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) tersebut, Tim pencegahan Kecurangan JKN di FKTP melakukan penindakan kecurangan JKN dan menyelesaikan penyelesaian perselisihan JKN berdasarkan suatu laporan atau penemuan. Berdasarkan hasil wawancara dengan Staf RSUD, laporan atau pengaduan adanya kecurangan JKN diujukan kepada Tim Pencegahan Fraud di RSUD yang terdiri dari: Ketua Tim (Ketua Satuan Pengawas Internal), Sekretaris: Kepala Bidang Pelayanan, Anggota : Ketua Komite Medik, Perekam Medis, Koder, Ketua Komite keperawatan. Salah satu tugas Tim adalah penindakan kecurangan JKN. Oleh karena itu, di RSUD laporan adanya dugaan kecurangan JKN sudah di bentuk Tim yang sesuai dengan ketentuan Pasal 11 ayat (1) Permenkes Nomor 36 Tahun 2015. Dengan kata lain ketersediaan saluran pengaduan kecurangan JKN di RSUD sudah terbangun. Dalam hal ini RSUD telah membuat sistem pencegahan kecurangan JKN paling lambat 6 (enam) bulan sejak Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) , diundangkan. Tindakan ini sesuai dengan ketentuan Pasal 30 ayat (2) Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang berbunyi:

*commit to user*

“Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, direktur/kepala rumah sakit dan penanggungjawab klinik utama atau yang setara harus membuat sistem pencegahan Kecurangan JKN paling lambat 6 (enam) bulan sejak Peraturan Menteri ini diundangkan”.

Kondisi demikian juga akan berkaitan dengan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*), dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) dalam sebuah rumah sakit. sebagaimana tertuang dalam Pasal 16 Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yaitu:

- a) Transparansi merupakan keterbukaan informasi, baik dalam proses pengambilan keputusan maupun dalam mengungkapkan informasi yang sesuai dengan kebutuhan untuk pencegahan Kecurangan JKN.
- b) Akuntabilitas merupakan kejelasan fungsi struktur sistem dan pertanggungjawaban pelayanan sehingga pengelolaan terlaksana dengan efektif.
- c) Responsibilitas merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan pelayanan terhadap prinsip organisasi yang sehat dalam rangka pencegahan Kecurangan JKN.
- d) Independensi merupakan suatu keadaan dimana organisasi dikelola secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan prinsip-prinsip organisasi yang sehat dalam rangka pencegahan Kecurangan JKN.
- e) Kewajaran merupakan perlakuan yang adil dan setara di dalam memenuhi hak pemangku kepentingan yang timbul berdasarkan perjanjian dalam rangka pencegahan Kecurangan JKN.

*Good corporate governance* di bidang perumahsakitan merupakan suatu sistem (tata) hubungan dalam organisasi rumah sakit yang mengandung unsur-unsur: *commit to use* pengendalian, pengarahan,

pertanggungjawaban, dan pertanggung gugatan antara pemilik, pengelola, dan direksi serta jajaran manajemen operasional sebagai suatu kesatuan gerak untuk mencapai visi dan misi nilai-nilai organisasi. Tata kelola yang baik dan sehat melalui prinsip *corporate governance* akan menjamin kelangsungan dan perkembangan rumah sakit. Prinsip-prinsip yang dikembangkan dalam *corporate governance* adalah keterbukaan, akuntabilitas, pertanggungjawaban kepada pemberi tugas, integritas dan berekeadilan. Selanjutnya, dengan merujuk pada ketentuan Pasal 27 ayat (2) Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), pembinaan dan pengawasan pencegahan Kecurangan JKN di RSUD di wilayah Jawa Tengah telah melibatkan badan pengawas rumah sakit, dewan pengawas rumah sakit, perhimpunan/asosiasi perumhassakit, dan organisasi profesi.<sup>10</sup> Salah satu komponen dalam pengawasan tersebut adalah mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan termasuk di dalamnya Permenkes Nomor 36 Tahun 2015. Untuk pengaduan adanya dugaan kecurangan JKN, harus memuat paling sedikit meliputi: identitas pengadu, nama dan alamat instansi yang diduga melakukan tindakan Kecurangan JKN, dan alasan pengaduan (Pasal 25 ayat (3) Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)). Dengan adanya pengaduan kecurangan JKN, Pimpinan fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Dinas Kesehatan Provinsi harus menindaklanjuti pengaduan dengan cara melakukan investigasi. Investigasi dilakukan dengan melibatkan BPJS Kesehatan, tim pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL

Potensi-potensi *Fraud* layanan kesehatan semakin nampak di Indonesia. Potensi ini muncul dan dapat semakin meluas secara umum karena adanya tekanan dari sistem pembiayaan yang baru berlaku di



Indonesia, adanya kesempatan karena minim pengawasan, serta ada pembenaran saat melakukan tindakan ini.<sup>216</sup> Di Indonesia, sesuai teori yang dikemukakan Shariari<sup>217</sup>, potensi *Fraud* dari kelompok klinisi mungkin muncul akibat (1) tenaga medis bergaji rendah, (2) adanya ketidakseimbangan antara sistem layanan kesehatan dan beban layanan kesehatan, (3) penyedia layanan tidak memberi insentif yang memadai, (4) kekurangan pasokan peralatan medis, (5) inefisiensi dalam sistem, (6) kurangnya transparansi dalam fasilitas kesehatan, dan (7) faktor budaya.

Penindakan *Fraud* layanan kesehatan kelompok rumah sakit tahun 2015, tarif INA CBG's yang dianggap rendah oleh kalangan klinisi dan tingginya beban kerja membuat mereka memikirkan upaya-upaya yang tidak wajar untuk mempertahankan diri agar tidak sampai merugi. Buruknya lagi para klinisi ini kadang saling berbagi "pengalaman" dalam upaya "penyelamatan diri ini". Pengalaman-pengalaman tersebut kemudian mereka terapkan dalam memberi pelayanan kesehatan sehingga menjadi budaya. Dasar penetapan tarif juga masih dirasa misterius bagi sebagian besar kalangan sehingga menyebabkan ketidakpuasan terhadap system.

Ketidakpuasan ini juga yang mendorong dokter maupun rumah sakit dapat melakukan *coping strategy* sebagai langkah untuk menutupi kekurangan mereka atau paling tidak memang bertujuan mencari keuntungan meskipun dari sesuatu yang *illegal*.<sup>218</sup> Mekanisme koping ini hadir ketika sistem pengawasan lemah dan tidak mampu menutupi peluang oknum untuk melakukan *Fraud*. Oknum tentu akan terus menerus melakukan kecurangan ini sepanjang mereka masih bisa menikmati

---

<sup>216</sup> Wawancara dengan Staff Rumah Sakit Tipe C di Jawa Tengah pada tanggal 10 Mei 2018 pukul 14.00 WIB

<sup>217</sup> Shahriari, 2001, *Institutional Issues in Informal Health Payments in Poland*, Wahington DC.

<sup>218</sup> Lerberghe, W. Van et al., 2002, *When Staff Is Underpaid : Dealing With The Individual Coping Strategies of Health Personnel*. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(01), hal.581–584.

keuntungan dengan kesempatan yang selalu terbuka untuk melakukan kecurangan.<sup>219</sup>

Diperlukan sebuah upaya sistematis untuk dan berkelanjutan untuk mengendalikan *Fraud* layanan kesehatan. Kegiatan dalam sistem anti *Fraud* ini harus berupa siklus yang dimulai dari pembangunan kesadaran – pelaporan – deteksi – investigasi – pemberian sanksi – (kembali lagi ke) pembangunan kesadaran.<sup>220</sup> Pembangunan kesadaran merupakan kunci untuk mencegah terjadinya atau meluasnya *Fraud* layanan kesehatan.<sup>221</sup> Pembangunan kesadaran dapat dilakukan dalam bentuk sosialisasi dan edukasi.

Sebelum ada kegiatan sosialisasi dan edukasi, kelompok klinisi dan fasilitas kesehatan sering menolak informasi terkait potensi *Fraud* yang mungkin mereka lakukan dan menolak untuk ambil peran dalam upaya pencegahan. Saat ini sebagian besar kelompok ini mulai sadar bahwa mereka juga berpotensi melakukan *Fraud* dan bersedia ambil peran dalam upaya pengendalian *Fraud*. Beberapa rumah sakit (RS) sudah memiliki pedoman dan tim pencegahan kecurangan JKN diinternal RS. Tim ini juga sudah mulai menjalankan program-program pencegahan *Fraud* layanan kesehatan atas inisiatif sendiri.<sup>222</sup>

Pada kelompok regulator, sebelum Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) terbit, umumnya regulator seperti dinas kesehatan kabupaten/ kota beranggapan bahwa tanggung jawab pemberantasan *Fraud* terletak di pundak Kemenkes RI atau hanya sampai di dinas kesehatan tingkat

<sup>219</sup> Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A., 2004, *Dual Practice In The Health Sector: Review of The Evidence*. Hum Resour Health [Internet].

<sup>220</sup> European Commission – Directorate General Home Affairs, 2013, *Study on Corruption in Healthcare Sector*, <http://europea.eu>

<sup>221</sup> Bulletin of the World Health Organization, 2011, *Prevention not cure in tackling health-care Fraud*, Volume 89, Number 12, 853 – 928.

<sup>222</sup> Wawancara dengan Direktur BPJS Kesehatan pada tanggal 10 Mei 2018 pukul 14.00 WIB

provinsi. Padahal untuk tingkat daerah, kewenangan untuk membangun sistem anti Fraud berada di dinas kesehatan kabupaten/ kota. Mereka juga beranggapan bahwa kewenangan mereka hanya untuk mengendalikan *Fraud* di tingkat Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer (FKTP) tidak sampai ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL). Namun, setelah diberi sosialisasi dan edukasi, kesadaran kelompok regulator ini meningkat. Edukasi dan advokasi kepada kelompok regulator (dinas kesehatan kabupaten/ kota), dilakukan juga dalam bentuk kerja sama dengan pihak lain seperti Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK).

Pada kelompok BPJS Kesehatan, sebelum ada program edukasi, mulanya BPJS Kesehatan memiliki pandangan bahwa pelaku *Fraud* hanya kalangan provider, tanpa sadar bahwa mereka juga berpotensi melakukan *Fraud*. Mereka juga lebih sering mengemukakan data temuan potensi-potensi *Fraud* yang telah dilakukan oleh provider dan seolah enggan merespon informasi potensi Fraud yang ditemukan di lembaga mereka sendiri. Namun, pasca berlangsungnya 2 periode program edukasi untuk staf BPJS Kesehatan, pola pikir tersebut berubah. Saat ini mereka mulai sadar bahwa *Fraud* berpotensi terjadi di lembaga mereka sendiri dan mereka perlu ambil peran dalam upaya pemberantasan *Fraud* internal. Program edukasi dan sosialisasi bagi para aktor ini masih tetap harus dilakukan secara berkesinambungan. Tantangan ke depan adalah perlunya pemerataan program agar dapat menyentuh seluruh aktor potensial *Fraud*.<sup>223</sup>

Setelah memiliki pemahaman yang baik mengenai potensi Fraud dan dampaknya bagi pembiayaan kesehatan, diharapkan berbagai aktor dapat terlibat juga kegiatan pelaporan. *Fraud* layanan kesehatan merupakan hal yang unik, masing-masing aktor dapat saling mencurangi satu sama lain. Agar tidak menjadi korban dalam perbuatan curang ini,

---

<sup>223</sup> Wawancara dengan Staff Rumah Sakit Tipe C di Jawa Tengah pada tanggal 10 Mei 2018 pukul 14.00 WIB

masing-masing aktor diharapkan aktif melaporkan dugaan *Fraud* yang dialami.

Untuk memudahkan pelaporan dugaan *Fraud*, diperlukan sebuah sistem pelaporan yang baik. Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mengamanatkan bahwa pelaporan dugaan *Fraud* minimalnya mencakup identitas pelapor, nama dan alamat instansi yang diduga melakukan tindakan kecurangan JKN, serta alasan pelaporan. Sarana pelaporan dugaan *Fraud* layanan kesehatan juga harus disiapkan dengan baik misalnya melalui sebuah portal yang didesain khusus untuk menampung berbagai informasi dugaan *Fraud*. Dalam portal ini juga perlu dicantumkan bentuk-bentuk kecurangan apa saja yang masuk dalam kategori tindakan *Fraud* layanan kesehatan dan perlu dilaporkan. Pembatasan kategori pelaporan memudahkan pengelola portal mengumpulkan dan menindaklanjuti informasi spesifik *Fraud* layanan kesehatan.

Tindak lanjut pelaporan dugaan *Fraud* adalah dengan deteksi. Saat ini di Indonesia, jumlah laporan dugaan *Fraud* masih minim sehingga menghambat proses deteksi potensi *Fraud*. Tantangan lainnya yang dihadapi dalam proses deteksi diantaranya terbatasnya SDM untuk mengolah data yang telah tersedia.<sup>224</sup> BPJS Kesehatan memiliki banyak sekali data klaim yang dapat dijadikan salah satu sumber deteksi potensi *Fraud*. Namun, terbatasnya teknologi dan SDM menghambat proses ini. Lebih lanjut data yang banyak ini belum optimal juga dimanfaatkan untuk mengembangkan teknologi deteksi potensi *Fraud*.

Investigasi dilakukan untuk memastikan adanya dugaan kecurangan JKN, penjelasan mengenai kejadiannya, dan latar belakang/

---

<sup>224</sup> Sparrow, M. K. 1998. *National Institute of Justice: Fraud control in health care Industry: Assessing the State of the Art.* *commit to user*

alasannya Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Tantangan yang dihadapi di Indonesia adalah saat ini belum ada investigator khusus *Fraud* layanan kesehatan. Berbeda dengan Amerika Serikat yang sudah memiliki profesi investigator khusus kasus *Fraud* di sektor kesehatan yang tergabung dalam *Association of Healthcare Fraud Investigator* (AHFI). Pasca proses investigasi, investigator akan memberikan rekomendasi sanksi bagi pelaku yang terbukti melakukan tindakan *Fraud*.

Sanksi yang tegas bagi pelaku *Fraud* akan menimbulkan efek jera. Dalam Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sudah disebutkan sanksi-sanksi administratif yang dapat diberikan kepada pelaku *Fraud*. Namun, saat ini sanksi-sanksi tersebut masih belum juga tegas diterapkan. Dampaknya beberapa kalangan masih menganggap sanksi yang ada hanya bersifat ancaman belaka. Untuk mengoptimalkan upaya pemberantasan *Fraud*, pasca pemberian sanksi, pelaku juga perlu kembali diberi pembinaan dan pengawasan sebagai sarana pembangunan kesadaran agar tidak mengulangi perbuatannya.<sup>225</sup>

---

<sup>225</sup> Wawancara dengan Direktur BPJS Kesehatan pada tanggal 10 Mei 2018 pukul 14.00 WIB