

BAB VI

PENUTUP

A. KESIMPULAN

1. Adanya Potensi penyimpangan atau *Fraud* dalam Asuransi Kesehatan Nasional

a) Substansi

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. Di Indonesia 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.

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. *commit to user*

b) Struktur

Fraud dalam bidang kesehatan terbukti berpotensi menimbulkan kerugian finansial negara dalam jumlah yang tidak sedikit.

Fraud akibat penyalahgunaan wewenang dapat mengurangi sumber daya, menurunkan kualitas, rendahnya keadilan dan efisiensi, meningkatkan biaya, serta mengurangi efektivitas dan jumlah. Di Indonesia, *Fraud* berpotensi memperparah ketimpangan geografis. Ada kemungkinan besar provinsi yang tidak memiliki tenaga dan fasilitas kesehatan yang memadai tidak akan optimal menyerap dana BPJS. Penduduk di daerah sulit di Indonesia memang tercatat sebagai peserta BPJS namun tidak memiliki akses yang sama terhadap pelayanan. Bila mereka harus membayar sendiri, maka biaya kesehatan yang harus ditanggung akan sangat besar. *Fraud* dalam layanan kesehatan di daerah maju dapat memperparah kondisi ini. Dengan adanya *Fraud*, dana BPJS akan ke daerah-daerah maju dan masyarakat di daerah terpencil akan semakin sulit mendapat pelayanan kesehatan yang optimal.

Saat ini di Indonesia sudah terbit Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai dasar hukum pengembangan sistem anti *Fraud* layanan kesehatan di Indonesia. Dalam peraturan menteri ini, sudah mencakup kegiatan-kegiatan seperti membangun kesadaran, pelaporan, deteksi, investigasi, dan pemberian sanksi.

c) Budaya Hukum

Pembangunan kesadaran merupakan kunci untuk mencegah terjadinya atau meluasnya *Fraud* layanan kesehatan. Membangun kesadaran tentang potensi *Fraud* dan bahayanya di Rumah Sakit merupakan salah satu upaya pencegahan terjadi atau berkembangnya

commit to user

Fraud. Dalam Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Jaminan Kesehatan Nasional pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), pembangunan kesadaran dapat dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/ kota dengan pembinaan dan pengawasan dengan melalui program-program edukasi dan sosialisasi.

2. Model hukum pencegahan Penyimpangan atau *Fraud* dalam Sistem Asuransi Kesehatan Nasional

A. Rekontruksi Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional mengenai sanksi-sanksi administratif. Yang berisi :

- (a) Dalam rangka pembinaan dan pengawasan Menteri , Kepala Dinas Kesehatan Provinsi , Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten /Kota dapat memberikan sanksi administratif bagi fasilitas kesehatan , tenaga kesehatan , dan penyedia obat dan alat kesehatan .
- (b) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:
 - 1) Teguran lisan ;
 - 2) Teguran tertulis ; dan / atau
 - 3) Perintah pengembalian kerugian akibat Kecurangan JKN kepada pihak yang dirugikan .
 - 4) Pengembalian kerugian berupa 10 x lipat dari besar kerugian
- (c) Rumah Sakit atau Layanan Kesehatan diberikan sanksi pencabutan izin apabila terbukti melakukan *Fraud*

- B. Membentuk regulasi khusus yang mengatur tentang *fraud*, bentuknya bisa berupa UU Anti Fraud dalam Pelayanan Kesehatan.
- C. Pelaporan paling sedikit memuat: Ada atau tidaknya kejadian Kecurangan JKN yang ditemukan; rekomendasi pencegahan berulangnya kejadian serupa di kemudian hari; dan rekomendasi sanksi administratif bagi pelaku Kecurangan JKN.
- D. Pengaduan dilakukan Oleh setiap orang yg mengetahui, tertulis Pengaduan disampaikan kepada pimpinan fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Dinas Kesehatan Provinsi Memuat: identitas pengadu; nama dan alamat instansi yang diduga melakukan tindakan Kecurangan JKN; dan alasan pengaduan.
- E. Tindak Lanjut dari Pelaporan dan Pengaduan yaitu Pimpinan fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Dinas Kesehatan Provinsi harus menindaklanjuti pengaduan dengan cara melakukan investigasi Dalam hal terjadi perselisihan pendapat terhadap penetapan ada tidaknya Kecurangan JKN sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Dinas Kesehatan Provinsi atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat meneruskan pengaduan kepada Tim pencegahan Kecurangan JKN yang dibentuk oleh Menteri
- F. Pembinaan dan Pengawasan dilakukan oleh Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan kewenangan masing-masing dapat melibatkan badan pengawas rumah sakit, dewan pengawas rumah sakit, perhimpunan/asosiasi perumhaskitan, dan organisasi profesi.
- G. Bin-Was, Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui: advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis; pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan monitoring dan evaluasi

commit to user

H. Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa: a. teguran lisan; b. teguran tertulis; dan/atau c. perintah pengembalian kerugian akibat Kecurangan JKN kepada pihak yang dirugikan. Sanksi dapat ditambah dengan denda maks 50% jumlah pengembalian kerugian Dapat diikuti dengan pencabutan SIP Tidak menghapus sanksi pidana

I. Transisi :

(1) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, direktur/ kepala rumah sakit, penanggungjawab klinik utama atau yang setara, asosiasi fasilitas kesehatan, dan organisasi profesi harus melakukan sosialisasi.

(2) 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.

(3) Dalam hal terjadi Kecurangan JKN selama dilakukan sosialisasi dan pembuatan sistem pencegahan Kecurangan JKN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), sanksi administratif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 belum dapat dikenakan.

J. Unsur Pidana Penipuan (Pasal 378 KUHP) Barangsiapa Maksud untuk menguntungkan diri sendiri atau orang lain Memakai nama palsu, martabat palsu, tipu muslihat, rangkaian kebohongan Menggerakkan orang lain untuk menyerahkan barang sesuatu kepadanya, beri hutang atau hapuskan hutang atau piutang.

K. Saksi : Pidana, Perdata (ganti rugi), Denda, Disiplin Profesi Administratif (izin Rumah Sakit) , Diumumkan ETIKA Penindakan diyakini dapat

commit to user

menumbuhkan efek pencegahan bagi calon pelaku dan efek penjeraan bagi pelaku

Model hukum pencegahan Penyimpangan atau *Fraud* dalam Sistem Asuransi Kesehatan Nasional yang efektif adalah sebagai berikut :

A) Pemerintah Pusat

- 1) Adanya sosialisasi yang lebih intens dari pemerintah pusat terkait pelaksanaan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) tentang pencegahan *fraud* kepada semua fasilitas kesehatan baik Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama maupun Fasilitas Tingkat Lanjut sebagai bentuk keseriusan terhadap pelaksanaan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan *fraud* dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional. Fasilitas Kesehatan pada era Jaminan Kesehatan Nasional harus melaksanakan upaya pencegahan *fraud*, disarankan agar Fasilitas kesehatan milik pemerintah tersebut harus mengikuti ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan dan kemudian dibuat peraturan turunan ditingkat daerah. Rencana pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan akan melakukan upaya membuat peraturan ditingkat daerah dalam bentuk Pergub, diharapkan benar-benar diakomodir dan bisa terlaksana dengan baik karena keberadaan permenkes tanpa adanya peraturan ditingkat daerah akan mempengaruhi komitmen pada saat pelaksanaan terlebih dengan adanya otonomi daerah.

B) Rumah Sakit

1. Mengingat bahwa ketersediaan akses atas pelayanan kesehatan merupakan salah satu unsur pemenuhan hak asasi manusia untuk dapat hidup sehat. Disarankan agar rumah sakit meningkatkan *commit to user*

keikutsertaan dalam sosialisasi pencegahan anti fraud sebagaimana yang telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan *fraud* dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional, untuk meningkatkan pengetahuan terkait upaya pencegahan *fraud* dalam menjalankan pelayanan kesehatan di era JKN.

2. Tujuan dibentuknya kelompok anti fraud dalam bentuk peraturan internal kepada Rumah Sakit antara lain adalah untuk menciptakan penyelenggaraan pemerintah semakin efisien dan efektif. Oleh sebab itu, disarankan agar keberadaan Kelompok Anti fraud di Rumah Sakit peranannya mesti didukung secara penuh dalam menjalankan sistem pencegahan *fraud* pada program JKN menyongsong cakupan jaminan kesehatan nasional pada tahun 2019. Hal-hal lain yang perlu diperhatikan untuk melaksanakannya antara lain beban kerja anggota kelompok anti *fraud* dalam melaksanakan upaya pencegahan selain tugas pokok dalam struktur organisasi, kordinasi antara anggota kelompok anti *fraud* dapat berjalan dengan terus menerus sehingga tercipta kolektifitas dalam melakukan upaya pencegahan. Mekanisme pembaharuan aturan internal terkait pencegahan *fraud* yang dilakukan oleh rumah sakit mengikuti perkembangan dan modus terjadinya fraud. Hal ini tentunya sangat mempengaruhi keefektifan dan efisiensi pelayanan kesehatan sehingga dapat mengoptimalkan proses pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

C) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

- 1) BPJS sebagai badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang didalamnya pelayanan kesehatan, diharapkan berkomitmen

dalam mensosialisasikan upaya pencegahan *fraud* dengan melakukan kegiatan sosialisasi secara rutin dan berkesinambungan dalam fasilitas kesehatan dan berkordinasi secara terus menerus terhadap Rumah sakit terkait upaya pencegahan *fraud* yang memiliki ikatan kerja sama dengan BPJS sesuai dengan peraturan yang ada dan telah disepakati bersama.

- 2) Mengingat bahwa BPJS pernah mengalami defisit anggaran. Disarankan agar BPJS meningkatkan pengawasan dalam memantau pelaksanaan terkait kendali mutu dan kendali biaya pada fasilitas kesehatan serta berperan dalam mensosialisasikan pencegahan anti *fraud* disemua tingkatan fasilitas kesehatan maupun dalam Internal BPJS sendiri sebagaimana yang telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan *fraud* dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional, untuk meningkatkan pengetahuan terkait upaya pencegahan *fraud* dalam menjalankan pelayanan kesehatan di era JKN.
- 3) BPJS harus ada bank data jasa pelayanan Rumah Sakit dan obat agar diketahui secara langsung sirkulasi penggunaan obat
- 4) BPJS harus melakukan tindakan tegas untuk kasus *fraud*
- 5) BPJS bekerjasama dengan kementerian kesehatan mencabut akreditasi apabila terjadi *fraud* di Rumah Sakit
- 6) BPJS Kesehatan harus membangun sistem pencegahan Kecurangan JKN melalui:
 - (a) Penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN,

- (b) Pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya;
- 7) BPJS Kesehatan harus membangun sistem pencegahan Kecurangan JKN melalui:
- (a) Penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN;
 - (b) Pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya;
- 8) Pembinaan dan pengawasan dilaksanakan melalui:
- (a) advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - (b) pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - (c) monitoring dan evaluasi.
- 9) Sanksi Administratif berupa :
- (a) teguran lisan;
 - (b) teguran tertulis; dan/atau
 - (c) perintah pengembalian kerugian akibat Kecurangan JKN kepada pihak yang dirugikan.

D) Pihak Swasta dan Masyarakat Umum

- 1) Disarankan keterlibatan pihak swasta dan unsur-unsur masyarakat untuk mensosialisasikan pentingnya upaya bersama pencegahan kecurangan *fraud* pada jaminan kesehatan disemua tingkatan demi keberlanjutan pelayanan kesehatan yang bermutu.
- 2) Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan JKN sebagai bagian dari tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya.

commit to user

- 3) Penyampaian bentuk Kecurangan yang terjadi dalam program JKN merugikan banyak pihak, bukan hanya peserta tapi juga negara. Untuk itu harus dipahami dengan jelas mana tindakan yang dikategorikan *fraud* dan tidak.

B. IMPLIKASI

1. Adanya Potensi penyimpangan atau *Fraud* dalam Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan Nasional

a) Substansi

Dalam Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Jaminan Kesehatan Nasional pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) disebutkan bahwa investigasi dilakukan oleh tim investigasi yang ditunjuk oleh Tim Pencegahan Kecurangan JKN dengan melibatkan unsur pakar, asosiasi rumah sakit/asosiasi fasilitas kesehatan, dan organisasi profesi. Investigasi dilakukan untuk memastikan adanya dugaan kecurangan JKN, penjelasan mengenai kejadiannya, dan latar belakang/ alasannya. Pelaporan hasil deteksi dan investigasi dilakukan oleh Tim Pencegahan Kecurangan JKN dan paling sedikit memuat: ada atau tidaknya kejadian Kecurangan JKN yang ditemukan; rekomendasi pencegahan berulangnya kejadian serupa di kemudian hari; dan rekomendasi sanksi administratif bagi pelaku Kecurangan JKN. Detil kegiatan dalam siklus anti *Fraud* adalah sebagai berikut:

1) Pembangunan Kesadaran

Pembangunan kesadaran merupakan kunci untuk mencegah terjadinya atau meluasnya *Fraud* layanan kesehatan. Membangun kesadaran tentang potensi *Fraud* dan bahayanya di rumah sakit merupakan salah satu upaya pencegahan terjadi atau berkembangnya *Fraud*. Dalam Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*)

commit to user

dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), pembangunan kesadaran dapat dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/ kota dengan pembinaan dan pengawasan dengan melalui program-program edukasi dan sosialisasi.

2) Pelaporan

Pihak yang mengetahui ada kejadian Fraud hendaknya dapat membuat pelaporan. 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.

Laporan disampaikan kepada kepala fasilitas kesehatan maupun dinas kesehatan kabupaten/ kota.

3) Deteksi

Dalam Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), deteksi potensi Fraud dapat dilakukan dengan analisa data klaim yang dilakukan dengan pendekatan: mencari anomali data, predictive modeling, dan penemuan kasus. Analisis data klaim dapat dilakukan secara manual dan/atau dengan memanfaatkan aplikasi verifikasi klinis yang terintegrasi dengan aplikasi INA-CBGs. Dalam melakukan analisis data klaim tim pencegahan kecurangan JKN dapat berkoordinasi dengan verifikator BPJS Kesehatan atau pihak lain yang diperlukan.

4) Investigasi

Dalam Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), disebutkan bahwa investigasi dilakukan oleh tim investigasi yang ditunjuk oleh Tim Pencegahan Kecurangan JKN dengan melibatkan unsur pakar, asosiasi rumah sakit/asosiasi fasilitas kesehatan, dan organisasi profesi. Investigasi dilakukan untuk memastikan adanya dugaan kecurangan JKN, penjelasan mengenai kejadiannya, dan latar belakang/ alasannya.

Pelaporan hasil deteksi dan investigasi dilakukan oleh Tim Pencegahan Kecurangan JKN dan paling sedikit memuat: ada atau tidaknya kejadian Kecurangan JKN yang ditemukan; rekomendasi pencegahan berulangnya kejadian serupa di kemudian hari; dan rekomendasi sanksi administratif bagi pelaku Kecurangan JKN.

5) Pemberian Sanksi/ Penindakan

Pemberian sanksi dilakukan untuk menindak pelaku Fraud. Berdasar Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), pihak yang berhak memberikan sanksi adalah Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sanksi yang direkomendasikan dalam Permenkes adalah sanksi administrasi dalam bentuk: teguran lisan; teguran tertulis; dan/atau perintah pengembalian kerugian akibat Kecurangan JKN kepada pihak yang dirugikan.

Dalam hal tindakan kecurangan JKN dilakukan oleh pemberi pelayanan, sanksi administrasi dapat ditambah dengan denda paling banyak sebesar 50% dari jumlah pengembalian kerugian akibat tindakan kecurangan JKN. Bila tindakan kecurangan JKN dilakukan oleh tenaga

commit to user

kesehatan, sanksi administrasi dapat diikuti dengan pencabutan surat izin praktek. Selain sanksi administrasi, kasus Fraud dapat juga dikenakan sanksi pidana yang diatur dalam Pasal 379 jo Pasal 379a jo Pasal 381 KUHP. Walaupun tidak disebut secara langsung dalam pasal-pasal tersebut, namun Fraud dalam JKN dikategorikan sebagai penipuan.

b) Struktur

Implementasi siklus anti *Fraud* tidak serta merta dapat berjalan mulus. Terdapat 7 faktor yang membuat kontrol *fraud* di lingkungan manapun sulit dicegah:

- 1) *Fraud* hanya terlihat ketika dilakukan deteksi dan seringkali hanya mewakili sebagian kecil dari kecurangan yang dilakukan;
- 2) Indikator kinerja yang tersedia masih ambigu dan belum jelasnya apa yang disebut keberhasilan pelaksanaan *fraud control plan*;
- 3) Upaya kontrol *fraud* terbentur data banyak yang harus diolah oleh SDM terbatas;
- 4) Pencegahan *fraud* bersifat dinamis bukan satu statis. Sistem pencegahan *fraud* harus cepat dan mudah beradaptasi dengan model-model *fraud* baru;
- 5) Penindakan *fraud* umumnya bersifat tradisional. Kekuatan ancaman sanksi *fraud* baru terlihat dari penangkapan pelaku dan beratnya sanksi dijatuhkan bagi pelaku;
- 6) Pihak berwenang terlalu percaya diri dengan model kontrol *fraud* baru. Bila sebuah model terlihat dapat mengatasi bentuk *fraud* yang sering muncul, upaya pengembangan model *fraud* ini tidak akan optimal;

- 7) Pencegahan *fraud* seringnya hanya dialamatkan untuk bentuk *fraud* yang sederhana.

c) Budaya masyarakat

Pembangunan kesadaran merupakan kunci untuk mencegah terjadinya atau meluasnya *Fraud* layanan kesehatan. Membangun kesadaran tentang potensi *Fraud* dan bahayanya di Rumah Sakit merupakan salah satu upaya pencegahan terjadi atau berkembangnya *Fraud*. Dalam Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Jaminan Kesehatan Nasional pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), pembangunan kesadaran dapat dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/ kota dengan pembinaan dan pengawasan dengan melalui program-program edukasi dan sosialisasi.

Pihak yang mengetahui ada kejadian *Fraud* hendaknya dapat membuat pelaporan. Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Jaminan Kesehatan Nasional 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. Laporan disampaikan kepada kepala fasilitas kesehatan maupun dinas kesehatan kabupaten/ kota.

2. Model hukum Pencegahan Penyimpangan atau *Fraud* dalam Asuransi Kesehatan Nasional

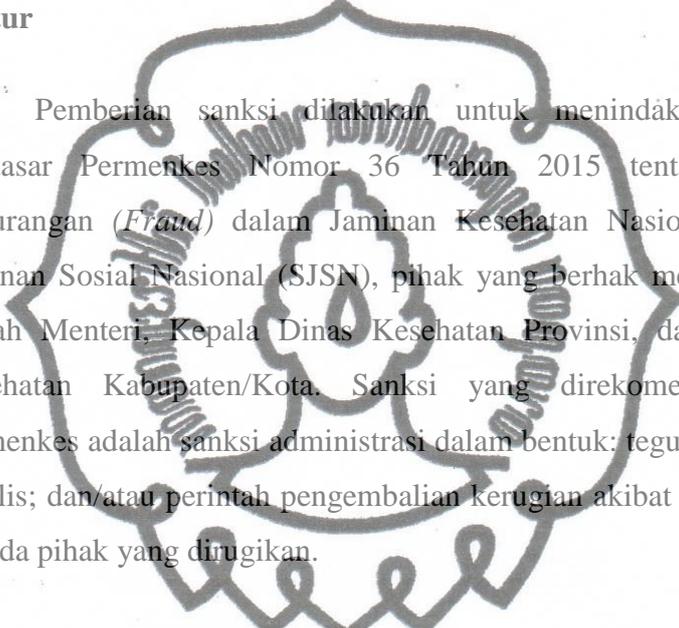
a) Substansi

Potensi terjadinya *Fraud* layanan kesehatan sudah semakin nampak di Indonesia namun belum diiringi dengan sistem pengendalian yang mumpuni. Perlu upaya-upaya sistematis untuk mencegah berkembangnya kejadian ini. Kerjasama berbagai pihak sangat diperlukan

commit to user

dalam upaya pemberantasan *Fraud* layanan kesehatan dapat berdampak baik. Upaya-upaya pengendalian *Fraud* hendaknya dapat berjalan dalam siklus yang tidak terpotong-potong. Upaya-upaya pengendalian *Fraud* yang sudah dilakukan dan dampaknya terhadap penyelamatan uang negara hendaknya dapat didokumentasikan dalam bentuk laporan berkala sehingga dapat diketahui publik.

b) Struktur



Pemberian sanksi dilakukan untuk menindak pelaku *Fraud*. Berdasar Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Jaminan Kesehatan Nasional pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), pihak yang berhak memberikan sanksi adalah Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sanksi yang direkomendasikan dalam Permenkes adalah sanksi administrasi dalam bentuk: teguran lisan; teguran tertulis; dan/atau perintah pengembalian kerugian akibat Kecurangan JKN kepada pihak yang dirugikan.

Dalam hal tindakan kecurangan JKN dilakukan oleh pemberi pelayanan, sanksi administrasi dapat ditambah dengan denda paling banyak sebesar 50% dari jumlah pengembalian kerugian akibat tindakan kecurangan JKN. Bila tindakan kecurangan JKN dilakukan oleh tenaga kesehatan, sanksi administrasi dapat diikuti dengan pencabutan surat izin praktek. Selain sanksi administrasi, kasus *Fraud* dapat juga dikenakan sanksi pidana yang diatur dalam Pasal 379 jo Pasal 379a jo Pasal 381 KUHP. Walaupun tidak disebut secara langsung dalam pasal-pasal tersebut, namun *Fraud* dalam JKN dikategorikan sebagai penipuan

c) Budaya masyarakat

Hasil Penelitian 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 pengaws 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* layanan kesehatan di Indonesia.

3) SARAN / REKOMENDASI

Hal penting dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS harus membangun sistem pencegahan kecurangan/ *fraud* JKN. Sehingga upaya pengendalian atau pencegahan dapat dilakukan dari berbagai aspek, seperti :

a) BPJS Kesehatan

- (1) Penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan JKN di BPJS Kesehatan dan sosialisasi kepada para tenaga kerja di jajaran BPJS Kesehatan.
- (2) Pengembangan budaya pencegahan kecurangan JKN sebagai bagian dari tata kelola organisasi yang baik
- (3) Pembentukan tim pencegahan kecurangan dan pengawasan yang ditingkatkan dalam JKN di BPJS Kesehatan. Seperti pada kasus

commit to user

pemalsuan kartu dapat dikembangkan dengan kartu BPJS yang dicetak dengan foto atau *finger print*.

b) Fasilitas Kesehatan

- (1) Peningkatan kemampuan dokter dan petugas lain berkaitan dengan klaim.
- (2) Peningkatan manajemen dalam upaya deteksi dini pencegahan kecurangan JKN.
- (3) Monitoring dan pembinaan terhadap *fraud*. Hal ini dapat dilakukan dengan membentuk tim pencegahan kecurangan yang bertugas untuk menyosialisasikan kebijakan, pedoman dan budaya baru yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya, selain itu mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik. Tugas lainnya adalah melakukan upaya pencegahan, deteksi dini dan penindakan kecurangan JKN di FKTP, menyelesaikan perselisihan kecurangan JKN, monitoring, evaluasi dan pelaporan yang baik.
- (4) Pada permasalahan terkait sistem klaim atau pembiayaan, merupakan kewenangan dari Kemenkes, Fasilitas Kesehatan dan BPJS agar membuat *software* yang 2 in 1 atau satu untuk semua.
- (5) Perlunya *role model* implementasi program JKN pada tingkat FasKes yakni dengan menetapkan pedoman penetapan FasKes model dalam pelaksanaan JKN, melakukan kegiatan penilaian FasKes model dalam pelaksanaan JKN.

c) Peserta

Perlunya sosialisasi yang baik kepada masyarakat tentang *pathway* BPJS dan sosialisasi tentang penyimpangan dari sistem BPJS, sehingga peserta dapat ikut serta berperan. Karena selama ini yang terjadi di lapangan, peserta kurang merasa dilibatkan dalam program ini dan peserta menganggap bahwa JKN adalah program pemerintah.

d) Dinas Kesehatan

- (1) Penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan JKN.
- (2) Pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya.
- (3) Pengembangan budaya pencegahan kecurangan JKN sebagai bagian dari tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang baik.

e) Industri Farmasi

- (1) Mendorong disusunnya Junkis tentang pengadaan obat melalui E-katalog yang terintegrasi dengan sistem dari BPJS maupun fasilitas kesehatan.
- (2) Mengembangkan sistem pencegahannya secara internal, termasuk membenahan tata kelolanya dan mengembangkan sistem pengawasan internal
- (3) Setiap Provinsi perlu membentuk dewan pengawas BPJS
- (4) Model hukum yang tepat dalam pencegahan *Fraud* dalam BPJS kesehatan adanya evaluasi yang terkontrol supaya *Fraud* dalam BPJS kesehatan dapat di minimalisir dan dihilangkan
- (5) Perlu adanya sanksi yang tegas apabila terjadi *Fraud* di pelayanan kesehatan

commit to user

- (6) Bagi Penjamin agar jaminan klaim BPJS harus realistis atau rasional, Bagi Provider agar melaksanakan prosedur terapi atau pelayanan dengan baik sesuai standar BPJS, Bagi Peserta agar mengikuti prosedur Penjamin dan Provider dengan baik

