

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Hal ini dapat dilihat terutama sila Ke-5 dan dalam Pasal 28H dan Pasal 34 Undang-Undang Dasar 1945 (selanjutnya disingkat UUD 1945). Selanjutnya, dalam Pasal 5 ayat (2) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (selanjutnya disingkat UU No. 36 Tahun 2009) ditegaskan “bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau. Selain itu, pembangunan kesehatan pada dasarnya harus diselenggarakan pada prinsip perlindungan”. Artinya, bahwa pembangunan kesehatan harus dapat memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial yang pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Untuk mewujudkan komitmen global sebagaimana amanat resolusi WHA ke-58 tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara mengembangkan *Universal*

Health Coverage (UHC) bagi seluruh penduduk maka pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan Jaminan Kesehatan masyarakat melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Selanjutnya, untuk mengatasi hal tersebut pada tahun 2004 dikeluarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 (selanjutnya disingkat UU No. 40 Tahun 2004) yang mengamanatkan bahwa program jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk program Jaminan Kesehatan melalui suatu badan penyelenggaraan jaminan sosial. Badan penyelenggara jaminan sosial telah diatur dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS) yang terdiri dari BPJS ketanagakerjaan (selanjutnya disingkat UU No. 24 Tahun 2011). Untuk program Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, implementasinya telah dimulai 1 Januari 2014. Program tersebut selanjutnya disebut sebagai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Sejak dioperasikannya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dari 1 Januari 2014 sampai sekarang, BPJS Kesehatan mengalami banyak tantangan salah satunya mencegah terjadinya tindakan potensi *fraud*. Dalam masa awal pelaksanaan JKN, pemerintah seringkali mendapat kritik dari berbagai pihak salah satunya berasal dari provider, terutama manajemen rumah sakit. Sistem pentarifan

fee for service (diagnosa klinis pertindakan) mengalami perubahan menjadi pola *INA CBGs*, yaitu pengelompokan diagnosa penyakit yang berdasarkan *grouping* dari tarif itu sendiri. Hal ini menimbulkan adanya tekanan dari sistem pembiayaan yang baru berlaku dan termasuk menjadi dasar "pembenaran" untuk melakukan potensi *fraud*. Adanya kesempatan karena minim pengawasan juga menjadi penyebab lain adanya tindakan *fraud*.

Hasil jurnal penelitian dari jurnal berjudul *Potential for Fraud of Health Service Claims to BPJS Health at Tenriawaru Public Hospital, Bone Regency, Indonesia* menunjukkan bahwa terdapat potensi *fraud* yang terjadi di RSUD Tenriawaru. *Fraud* tersebut disebabkan oleh pemberi pelayanan kesehatan seperti tenaga kesehatan dan *coders*. Terdapat 8 jenis potensi *fraud* antara lain *upcoding, readmissions, type of room charge, unnecessary treatment, phantom billing, keystroke mistake, service unbundling of fragmentation* dan *cancelled service*.

Potensi *fraud* dalam penerapan sistem Jaminan Kesehatan Nasional didapatkan juga pada pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit jiwa, berupa kecenderungan memperpanjang atau memperpendek lama rawat pasien, melakukan tagihan fiktif atas pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan, dan pemondokan pasien atas indikasi yang tidak jelas (Ika Nurfaida, 2014). Hal ini dapat diketahui dari kecenderungan penurunan AvLOS pasien-pasien dengan

sistem pembiayaan asuransi Jamkesmas sejak tahun 2007 sampai tahun 2014 dan selisih AvLOS pasien Jamkesmas dengan pasien umum dan pasien ASKES. Penurunan AvLOS yang disertai dengan peningkatan angka re-hospitalisasi lebih dari satu kali pada pasien-pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit jiwa merupakan indikasi bahwa mutu layanan kesehatan jiwa di rumah sakit jiwa selama penerapan sistem Jaminan Kesehatan Nasional masih perlu ditingkatkan.

Hasil Riset Publik Lembaga Kliring Antikorupsi Komisi Pemberantasan Korupsi menyebutkan pada tanggal 2 Desember 2016 bahwa hingga pertengahan tahun 2015 terdapat potensi 175.774 klaim rumah sakit yang melakukan *fraud* yang sudah terdeteksi dengan nilai Rp. 440 M. Pada tahun 2016 ditemukan indikasi 1 juta klaim fiktif dari rumah sakit dengan nilai Rp. 2 triliun. Potensi penipuan di rumah sakit di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia akan berdampak pada inefisiensi pembiayaan kesehatan yang dapat menjadi ancaman bagi keberlangsungan program JKN yang diharapkan dapat mencapai UHC pada tahun 2019. Potensi penipuan ini hanya dari kelompok penyedia layanan kesehatan, bukan dari aktor lain seperti itu sebagai tenaga BPJS Kesehatan, pasien, dan pemasok alat kesehatanperangkat dan obat-obatan. Bentuk potensi penipuan terbesar adalah dilakukan dengan *upcoding* yang mencapai 50%, lalu 25% lainnya dilakukan dengan *unbundling*, dan yang ketiga adalah *no*

medical value mencapai 6%. Juga dinyatakan dalam artikel itu Tarif INA CBG's yang dianggap rendah oleh dokter dan beban kerja yang tinggi membuat mereka memikirkan upaya yang tidak wajar mempertahankan diri (*coping strategy*) agar tidak mengalami kerugian finansial.

Di RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi, faktor pendorong potensi *fraud* antara lain karena adanya perbedaan sistem pembayaran serta perbedaan pemahaman antara verifikator, koder dan DPJP tentang diagnosis penyakit. RSUD dr. Achmad Moechtar adalah salah satu rumah sakit daerah milik Pemerintah Provinsi Sumatera Barat tipe B dengan status Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Sistem pembayaran RSUD dr. Achmad Moechtar masih menggunakan tarif Pergub Nomor 58 Tahun 2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi yaitu dengan menggunakan sistem pembayaran *fee for service*, sedangkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, Sistem pembayaran pelayanan kesehatan di rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan adalah dengan sistem pembayaran prospektif yaitu INA CBGs.

Secara umum, menurut Cressey (1973), terdapat 3 faktor yang pasti muncul

bersamaan ketika seseorang melakukan Fraud. Pertama adalah tekanan yang merupakan faktor pertama yang memotivasi seseorang melakukan tindak kriminal Fraud. Kedua adalah kesempatan yaitu situasi yang memungkinkan tindakan kriminal dilakukan. Ketiga adalah rasionalisasi, yaitu pembenaran atas tindakan kriminal yang dilakukan.

Dalam banyak kasus, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Shahriari (2001), Fraud dalam layanan kesehatan terjadi karena: (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.

Kementerian Kesehatan membuat kebijakan tentang pencegahan *fraud* oleh provider pemberi pelayanan kesehatan, melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, namun kebijakan ini belum dapat diimplementasikan secara optimal. Hal ini dibuktikan dengan masih terdapat potensi inefisiensi *fraud* dalam tagihan klaim pelayanan kesehatan.

Perilaku *fraud* terbukti merugikan keuangan negara baik secara langsung yang ditanggung oleh BPJS, maupun secara tidak langsung yang ditanggung oleh

masyarakat Indonesia. Penyelenggaraan layanan kesehatan yang bermutu merupakan harapan dari semua pengguna layanan. Namun keberlangsungan layanan di rumah sakit diharapkan tidak menjadikan alasan untuk mendapatkan keuntungan sepihak dengan melakukan tindakantindakan yang berpotensi fraud maupun layanan kesehatan yang tidak sesuai dengan standar medis maupun profesi. Terkait masalah mengenai potensi kecurangan dalam pelaksanaan program JKN di Rumah Sakit, diharapkan adanya perbaikan internal dalam mengelola risiko – risiko yang mungkin terjadi dan menyebabkan adanya potensi tindakan fraud. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis tertarik untuk menulis *literature review* tentang faktor penyebab *fraud* dalam penerapan program jaminan kesehatan nasional di rumah sakit.

1.2. Rumusan Masalah

1. Bagaimana faktor penyebab terjadinya kecurangan (*fraud*) dalam penerapan program jaminan kesehatan nasional di rumah sakit?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Menganalisis Faktor Penyebab Fraud Dalam Penerapan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi penyebab fraud dalam penerapan program jaminan kesehatan nasional di rumah sakit berdasarkan faktor *pressure* (tekanan)
2. Mengidentifikasi penyebab fraud dalam penerapan program jaminan kesehatan nasional di rumah sakit berdasarkan faktor *opportunity* (kesempatan)
3. Mengidentifikasi penyebab fraud dalam penerapan program jaminan kesehatan nasional di rumah sakit berdasarkan faktor *rasionalization* (rasionalisasi)

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi rumah sakit dalam merancang dan membuat kebijakan mengenai upaya pencegahan, deteksi dan penindakan kecurangan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit agar terbangun sistem pencegahan kecurangan JKN

1.4.2. Bagi Prodi S1 Administrasi Rumah Sakit Stikes Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan yang berarti bagi peserta didik yang akan datang sehingga meningkatkan kualitas proses belajar mengajar.

1.4.3. Bagi Umum

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi wawasan dan pengetahuan bagi masyarakat sebagai pengguna asuransi BPJS Kesehatan tentang tindakan fraud terhadap prosedur pelayanan JKN.

1.4.4. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat memberi pengetahuan dalam menyusun karya tulis ilmiah dan mampu mengembangkan penelitian selanjutnya yang lebih mendalam terkait Fraud BPJS Kesehatan di rumah sakit.