

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Fraud* Dalam Pelayanan Kesehatan

Fraud dalam pelayanan kesehatan berpotensi menyebabkan kerugian dana kesehatan negara dan menurunkan kualitas pelayanan kesehatan (Michaela, 2021). *Fraud* ada pada kurangnya pengetahuan berbagai pihak terkait tentang masalah *fraud* layanan kesehatan. Bahkan, pimpinan fasilitas kesehatan juga seringkali memiliki pemahaman yang minim tentang strategi pengendalian *fraud*.

Dalam sistem kesehatan ada tiga pihak utama yang melakukan *fraud*, yaitu penyedia atau penyelenggara (insure atau asuransi kesehatan), pemberi pelayanan kesehatan atau provider (dalam hal ini FKTP, FKTL, dll) dan penerima manfaat atau pasien. (Taslim, 2020).

Puskesmas yang memiliki perjanjian kerjasama dengan BPJS Kesehatan sebagai FKTP, memiliki kewajiban untuk membangun Sistem Pencegahan Kecurangan. Puskesmas sebagai FKTP adalah diharapkan menggunakan sistem berbasis IT/layanan terintegrasi otomatisasi sebagai bentuk pencegahan dan pendeteksian *fraud*. Selain itu, FKTP juga diharapkan dapat dimanfaatkan secara optimal dari sistem informasi elektronik untuk pelayanan efektivitas dan efisiensi (Fahmi, 2020).

Bentuk *Fraud* JKN pada FKTP diantaranya memanfaatkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, memanipulasi klaim pada pelayanan yang dibayar secara nonkapitasi, menarik biaya dari peserta yang seharusnya telah dijamin dalam biaya kapitasi dan atau nonkapitasi sesuai dengan standar tarif yang ditetapkan, melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu dan atau tindakan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional lainnya (Fatimah, 2021).

Lemahnya sistem pengelolaan dana kapitasi JKN yang tidak sesuai dengan peraturan, dapat mengganggu pelayanan kesehatan. internal yang lemah karena tidak adanya pengendalian pengawasan dari Dinas Kesehatan dan Inspektorat, Abnormalitas Pengelolaan Dana Kapitasi JKN, dan Tekanan dari lingkungan kerja (Fatimah, 2021)

Sedangkan pada pelayanan kesehatan tingkat lanjutan (FKRTL), potensi kecurangan terjadi dirumah sakit yang terkait dengan klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan karena potensi upcoding, , misalnya karena merasa biaya yang tercantum dalam paket INA-CBGs dirasa rendah maka rumah sakit mencari cara lain untuk mendapat keuntungan, penulisan kode diagnosis yang berlebihan/upcoding untuk mendapatkan jasa yang lebih tinggi, pemecahan episode pelayanan/*service unbundling or fragmentation*, merubah tanggal perawatan pasien rawat inap (Fatimah, 2021). Faktor penyebab potensi upcoding yang terjadi di internal rumah sakit, verifikasi, dan umpan balik dari BPJS Kesehatan yang belum berfungsi dengan baik sebagai penipuan pemantauan.

Sedangkan 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 (Hartati, 2016). Upaya BPJS Kesehatan adalah dengan bersinergi dengan Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dalam pencegahan potensi *fraud* di Rawatan Tingkat Lanjutan. Melakukan feedback dan monitoring evaluasi jika terdeteksi adanya potensi *fraud* (Mitriza & Akbar, 2019).

Dengan menganalisa seberapa mudah kemungkinan terjadinya potensi *fraud* di fasilitas kesehatan maka perlu diatur kebijakan anti *fraud*. Harus ada pemantauan tim anti *fraud* untuk mengendalikan tindakan fraud yang dilakukan oleh tenaga medis di fasilitas kesehatan. Potensi *fraud* ini perlu dicegah dengan pengawasan internal di BPJS dan Pengawas Eksternal Independen. Namun dari berbagai diskusi dengan pimpinan OJK terlihat bahwa lembaga tersebut belum memiliki kapasitas untuk melakukan pengawasan eksternal independen yang masuk ke dalam domain klinis untuk pencegahan *fraud* (Ms & Said, 2019)

2.2 Jenis Kecurangan (Fraud) pelayanan kesehatan

2.2.1 Jenis kecurangan (fraud) berdasarkan pelaku

Berdasarkan PMK No 16 Tahun 2019 diuraikan yaitu :

- a. Peserta.
- b. BPJS Kesehatan.
- c. Fasilitas kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan

- d. Penyedia obat dan alat kesehatan
- e. Dan pemangku kepentingan lainnya.

2.2.2 Jenis kecurangan (*fraud*) oleh Faskes

1. Jenis kecurangan (*fraud*) oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKTP :
 - a. penyalahgunaan dana kapitasi dan/atau nonkapitasi FKTP milik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.
 - b. menarik biaya dari Peserta yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - c. memanipulasi klaim nonkapitasi
 - d. melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan
 - e. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan
 - f. memalsukan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan dan Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan.
2. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKRTL yaitu
 - a. Memanipulasi diagnosis dan/atau tindakan
 - b. Klaim palsu
 - c. Menarik biaya dari Peserta tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
 - d. Memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan Jaminan Kesehatan
 - e. Memalsukan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan dan Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan.
 - f. Memperpanjang lama perawatan

Pada dasarnya *fraud* tidak terjadi begitu saja ada alasan penyebab dan kemungkinan yang dijadikan alasan untuk melakukan tindakan *fraud*. Salah satu konsep dasar dari pencegahan dan pendeteksian *fraud* adalah *Fraud triangle*. Konsep ini disebut juga *Cressey's Theory* karena memang istilah ini muncul karena penelitian yang dilakukan oleh Donald R. Cressey pada tahun 1953. Penelitian Cressey diterbitkan dengan judul *Other's People Money: A Study*

in the Social Psychology of Embezzlement. Penelitian Cressey ini secara umum menjelaskan alasan mengapa orang-orang melakukan Fraud (Taslim, 2020).

Penyebab terjadinya *fraud* menurut teori the *fraud* triangle:

1. *Pressure* : sebuah dorongan seseorang untuk melakukan *fraud* bisa karena kebutuhan finansial atau akibat keserakahan. Yang disebabkan oleh, gaya hidup melebihi kemampuan, keterlibatan kejahatan atau melanggar norma, beban kerja tinggi.
2. *Opportunity* : peluang atau kesempatan yang mempermudah terjadinya *fraud* atau merasa aktifitasnya tidak akan ketahuan. Peluang timbul karena system pengendalian lemah serta tata kelola jelek.
3. *Rationalization* : mempunyai alasan yang dianggap benar tentang *fraud* yang dilakukannya, dan merasa tindakannya bukan *fraud* tapi merupakan hak, dan melakukan karna orang lain melakukan tanpa adanya sanksi.

2.3 Pencegahan Kecurangan (*Fraud*)

Kecurangan (*fraud*) dalam BPJS perlu dilakukan pencegahan agar tidak menimbulkan kerugian. Hal ini sebagaimana diamanatkan Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) dilakukan oleh seluruh pihak yang berkaitan dengan program Jaminan Kesehatan mulai dari Peserta, BPJS Kesehatan, FKTP, FKRTL, pemberi kerja, penyedia obat dan alat kesehatan serta pemangku kepentingan lainnya (Permenkes No. 16 Tahun 2019.)

Pedoman Pelaksanaan (Manlak), Petunjuk Teknis (Juknis) Peraturan BPJS Kesehatan No 6 Tahun 2020, tentang Sistem Pencegahan Kecurangan dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan dalam upaya pelaksanaan sistem pencegahan kecurangan (*fraud*), BPJS kesehatan melakukan koordinasi dengan Kementerian Kesehatan, Dinas kesehatan, Asosiasi Fasilitas Kesehatan, Organisasi Profesi, Komisi Pemberantasan Korupsi dalam melakukan pembinaan dan pengawasan (*Perturan BPJS Kesehatan*).

2.3.1 Sistem Pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan

- a) Penyusunan kebijakan (*policy*) dan pedoman pencegahan Kecurangan (*fraud*).
- b) Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*).

- c) Pengembangan pelayanan kesehatan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya
- d) Pembentukan tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) yang disesuaikan dengan kebutuhan dan skala organisasi.

Dua tahun sebelum Permenkes 36 tahun 2015 terbit, *European Commission* telah merangkum lima komponen yang wajib ada dalam upaya pengendalian *fraud* di berbagai institusi (Djasri, 2016), *European Commission* menyarankan upaya anti fraud ini dijalankan secara berkala mengikuti siklus berikut:



Gambar2.1 Siklus Anti *Fraud* (*European Commission*, 2013)

Secara singkat penjelasan masing-masing item kegiatan adalah sebagai berikut:

- a) Membangun kesadaran

Membangun kesadaran tentang potensi *fraud* dan bahayanya di rumah sakit merupakan salah satu upaya pencegahan terjadi atau berkembangnya *fraud*. Membangun kesadaran dapat dilakukan melalui program-program edukasi dan sosialisasi mengenai potensi dan bahaya *fraud* di rumah sakit.
- b) Pelaporan tindakan fraud

Pihak yang mengetahui ada kejadian *fraud* di rumah sakit hendaknya dapat membuat pelaporan. Rumah sakit perlu menyediakan sarana dan alur pelaporan yang baik
- c) Deteksi

Deteksi potensi *fraud* dilakukan untuk menemukan potensi-potensi fraud yang ada di rumah sakit. Deteksi potensi *fraud* dapat dilakukan melalui analisis data klaim dan data hasil pelaporan. Hal penting dalam

proses deteksi potensi *fraud* adalah tersedianya instrumen yang sensitive dalam meyarang potensi-potensi *fraud*.

d) Investigasi

Investigasi *fraud* dilakukan untuk membuktikan potensi *fraud* yang ditemukan. Pembuktian ini untuk memastikan apakah suatu tindakan benar-benar *fraud* atau bukan. Hal penting dalam sebuah investigasi adalah tersedianya investigator yang terampil.

e) Pemberian sanksi

Pemberian sanksi dilakukan untuk menindak pelaku *fraud*. Sanksi ini dapat ditentukan berdasar kebijakan direktur di rumah sakit tentunya disesuaikan dengan peraturan yang berlaku di Indonesia.

Untuk mencapai tujuan pencegahan Kecurangan (*fraud*) yang efektif semua pihak yang terkait dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan terutama BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus membangun sistem pencegahan Kecurangan (Permenkes No. 16 Tahun 2019)



Gambar2.2 sistem pencegahan Kecurangan *fraud* (permenkes No 16 tahun 2019)

Prinsip-prinsip dalam sistem pencegahan Kecurangan (*fraud*) dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Penyusunan kebijakan (*policy*) dan pedoman pencegahan Kecurangan (*fraud*), antara lain:
2. Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*), antara lain:
 - a. Membangun budaya integritas, nilai etika dan standar perilaku.

- b. Mendidik seluruh pihak terkait Jaminan Kesehatan tentang kesadaran anti Kecurangan (*fraud*).
3. Pengembangan pelayanan kesehatan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, antara lain:
 - a. Pembentukan tim kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari tim koordinasi dan tim teknis.
 - b. Implementasi konsep manajemen mutu dalam pelayanan kesehatan.
4. Pembentukan tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) yang disesuaikan dengan kebutuhan dan skala organisasi

Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) dilakukan oleh seluruh pihak yang berkaitan dengan program Jaminan Kesehatan mulai dari Peserta, BPJS Kesehatan, FKTP, FKRTL, pemberi kerja, penyedia obat dan alat kesehatan serta pemangku kepentingan lainnya.

1. Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh Peserta, antara lain :
 - a) Melaporkan dugaan Kecurangan (*fraud*) kepada Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*)
 - b) Menjaga kerahasiaan identitas kependudukan dan kartu JKN KIS dari penyalahgunaan pihak yang tidak bertanggung jawab
 - c) Mematuhi segala aturan yang terkait program Jaminan Kesehatan
2. Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh BPJS Kesehatan, antara lain:
 - a) Penerapan kebijakan pencegahan Kecurangan (*fraud*) dan pedoman pencegahan
 - b) Pelaksanaan manajemen risiko Kecurangan (*fraud risk management*)
 - c) Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*)
 - d) Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya
 - e) Pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan

3. Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh FKTP, antara lain :
- Penerapan kebijakan pencegahan kecurangan (*fraud*) dan pedoman kecurangan (*fraud*) dan pedoman pencegahan meliputi:
- a. Pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*.
 - 1) Penetapan kewenangan dan uraian tugas tenaga kesehatan dan non- kesehatan.
 - 2) Penetapan dan penerapan SOP
 - 3) Penetapan prosedur internal untuk pengajuan klaim
 - 4) Pengelolaan dana jaminankesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku
 - b. Pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap Kecurangan (*fraud*).
 - 1) Mekanisme pengaduan masyarakat
 - 2) Sistem IT sebagai pendukung
 - 3) Melakukan pemeriksaan kelengkapan dan validasi atas klaim yang diajukan oleh bidan dan labolatorium
 - c. Pelaksanaan manajemen risiko Kecurangan (*fraud risk management*).
 - 1) Membangun komitmen seluruh jajaran dalam pengelola resiko kecurangan (*Fraud*).
 - 2) Melakukan identifikasi dan penilaian risiko kecurangan (*fraud*) secara komprehensif.
 - 3) Menetapkan rencana pengendalian risiko kecurangan (*fraud*)
 - 4) Mengkomunikasikan potensi kecurangan yang telah di identifikasi.
 - 5) Melaksanakan tindakan korektif dalam menangani kecurangan
 - 6) Melakukan evaluasi pelaksanaan manajemen resiko secara berkala.
4. Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh FKRTL, antara lain:
- Penerapan kebijakan pencegahan Kecurangan (*fraud*) dan pedoman pencegahan, meliputi :

- a. Pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*.
- b. Pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap Kecurangan (*fraud*) termasuk mekanisme investigasi dan pelaporan pelaku Kecurangan (*fraud*).
- c. Pelaksanaan manajemen risiko kecurangan (*fraud risk management*).