

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### 2.1 Landasan Teori

##### 2.1.1 Fraud

###### 2.1.1.1 Pengertian Fraud

Secara umum fraud merupakan upaya atau kegiatan secara sengaja untuk memberikan sesuatu atas (sengaja, kesalahan curang, untuk mendapatkan sesuatu yang bernilai). Hal ini juga berarti upaya penipuan untuk memperoleh keuntungan pribadi maupun institusi, detail definisi fraud bervariasi tergantung regulasi di suatu negara (Nurbaiti; Surachmad, S. Susmono, 2013). Fraud dapat terjadi dalam berbagai bidang, tidak terkecuali bidang pelayanan kesehatan. Dalam bidang pelayanan kesehatan, fraud yang dilakukan mencakup elemen yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan, pembayaran jasa atau produk kesehatan, dan hal lain yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Pelaku fraud dalam pelayanan kesehatan dapat dilakukan oleh peserta atau pasien, tenaga kesehatan, perusahaan asuransi dan penyedia obat dan alat kesehatan. Menurut *National Health Care anti-Fraud Association* (NHCAA) tahun 2012 dalam (Nizar Fathurrohman, 2018) kecurangan pelayanan kesehatan adalah kesengajaan melakukan kesalahan atau memberi keterangan yang salah (*misrepresentasi*) oleh seseorang atau entitas yang mengetahui hal itu dan dapat menghasilkan sejumlah manfaat yang tidak legal kepada individu, entitas atau pihak lain.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan

Program Jaminan Kesehatan, kecurangan (fraud) adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Sedangkan menurut Peraturan OJK (Otoritas Jasa Keuangan) No.46 tahun 2017 Fraud adalah tindakan penyimpangan atau pembiaran yang sengaja dilakukan untuk mengelabui, menipu, atau memanipulasi sehingga pihak lain menderita kerugian, sedangkan pelaku fraud memperoleh keuntungan.

#### 2.1.1.2 Jenis Jenis Fraud

Fraud pada bidang kesehatan dapat terjadi oleh beberapa pihak seperti peserta, BPJS Kesehatan atau pihak perusahaan asuransi, Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan, Penyedia obat dan alat kesehatan dan Pemangku kepentingan lainnya. Berikut contoh perilaku fraud oleh beberapa pihak di atas berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 16 Tahun 2019, sebagai berikut :

1. Jenis Kecurangan (fraud) oleh Peserta, yaitu:
  - A. Memalsukan data atau identitas peserta untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
  - B. Meminjamkan atau menyewakan atau memperjualbelikan Identitas Peserta milik Peserta lain atau dirinya sendiri.
  - C. Memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu (*unnecesary services*) antara lain:
    - a. Meminta rujukan ke FKRTL bukan karena alasan medis

- b. Bekerja sama dengan Fasilitas Kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis.
  - c. Memaksa meminta tambahan pemeriksaan diagnostik, obat-obatan di luar indikasi medis.
  - d. Memberikan informasi yang tidak benar dalam penegakan diagnosis.
- D. Memberi atau menerima suap dan/atau imbalan dalam rangka memperoleh pelayanan kesehatan, antara lain:
- a. Memberikan suap atau imbalan kepada pemberi pelayanan kesehatan dan Fasilitas Kesehatan.
  - b. Memberikan suap atau imbalan kepada pegawai BPJS Kesehatan.
  - c. Memberikan suap dan/atau imbalan kepada pihak lain yang berwenang dalam penetapan Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI).
- E. Memperoleh obat dan/atau alat kesehatan dengan cara yang tidak sesuai ketentuan untuk dijual kembali dengan maksud mendapatkan keuntungan.
2. Jenis Kecurangan (fraud) oleh BPJS Kesehatan, yaitu:
- A. Melakukan kerjasama dengan Peserta untuk menerbitkan identitas Peserta yang tidak sesuai dengan ketentuan
  - B. Melakukan kerjasama dengan peserta atau fasilitas kesehatan untuk mengajukan klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan

- C. Menyetujui atau membiarkan atau memanipulasi manfaat yang tidak dijamin dalam Jaminan Kesehatan dengan maksud untuk mendapatkan keuntungan baik finansial maupun non finansial dari peserta atau fasilitas kesehatan
- D. Memberi atau menerima suap dan/atau imbalan, dan/atau memiliki benturan kepentingan yang mempengaruhi pengambilan keputusan sesuai dengan kewenangannya, antara lain:
- a. Menolak atau memperlambat penerimaan pengajuan klaim yang telah memenuhi syarat
  - b. Memperlambat atau mempercepat proses verifikasi klaim atau pembayaran klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
  - c. Menahan pembayaran tagihan ke fasilitas kesehatan yang telah diverifikasi dan telah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
  - d. Menghilangkan data klaim atau dokumen pendukung klaim baik softcopy maupun hardcopy dari fasilitas kesehatan
  - e. Bekerjasama dan meminta Fasilitas Kesehatan untuk mengubah kode diagnosis atau dokumen pendukung lainnya yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang - undangan
  - f. Menerima atau menarik imbalan dari peserta atau calon peserta
  - g. Menunda proses pendaftaran kepesertaan yang telah memenuhi persyaratan

- h. Membiarkan atau tidak melaporkan adanya indikasi kecurangan yang diketahuinya kepada atasannya
  - i. Mengurangi manfaat yang seharusnya menjadi hak Peserta;
  - j. Mengarahkan atau bekerjasama dengan koder rumah sakit untuk merubah kodifikasi yang tidak sesuai dengan diagnosa yang ditulis oleh dokter
  - k. Melaksanakan kredensialing atau rekredensialing fasilitas kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan
  - l. Memanipulasi hasil kredensialing atau rekredensialing fasilitas kesehatan
  - m. Memindahkan atau menentukan Peserta untuk didaftarkan pada FKTP tertentu di luar ketentuan yang berlaku
  - n. Pembayaran kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- E. Menggunakan dana Jaminan Kesehatan untuk kepentingan pribadi;
- F. Menarik besaran iuran tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- G. Menerima titipan pembayaran iuran dari Peserta dan tidak disetorkan ke rekening BPJS Kesehatan.
3. Jenis Kecurangan (fraud) oleh Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan.

Kecurangan (fraud) oleh Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan dapat dilakukan oleh dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, tenaga kesehatan lain, dan tenaga administrasi.

1. Jenis Kecurangan (fraud) oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKTP

yaitu:

- 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, seperti:
  - 1). Klaim palsu (*phantom billing*) atau klaim fiktif, merupakan klaim atas layanan yang tidak pernah diberikan;
  - 2). Memperpanjang lama perawatan (*prolonged length of stay*);
  - 3). Penjiplakan klaim dari pasien lain (*cloning*); dan
  - 4). Tagihan atau klaim berulang (*repeat billing*) pada kasus yang sudah ditagihkan sebelumnya.
- 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 atau tindakan
- b. Penjiplakan klaim dari pasien lain (*cloning*)
- c. Klaim palsu (*Phantom billing*)
- d. Penggelembungan tagihan obat dan/atau alat kesehatan (*Inflated bills*)
- e. Pemecahan episode pelayanan sesuai dengan indikasi medis tetapi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- f. Pemecahan episode pelayanan yang tidak sesuai dengan indikasi medis (*services unbundling or fragmentation*)
- g. Rujukan semu (*self-referrals*)
- h. Tagihan atau klaim berulang (*repeat billing*)
- i. Memperpanjang lama perawatan (*prolonged length of stay*)
- j. Memanipulasi kelas perawatan (*manipulation of room charge*);
- k. Menagihkan tindakan yang tidak dilakukan
- l. Melakukan tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis
- m. Admisi yang berulang (*readmisi*)
- n. Menarik biaya dari Peserta tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- o. Memberi dan/atau menerima suap atau imbalan terkait dengan Jaminan Kesehatan; dan



- p. Memalsukan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan dan Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan
3. Jenis tindakan kecurangan oleh Fasilitas Kesehatan lainnya (apotek, optik, laboratorium, dan jejaring lainnya), yaitu:
- a. Klaim fiktif atau klaim obat, alat kesehatan dan/atau tindakan yang ditagihkan kepada BPJS Kesehatan namun tidak diberikan kepada pasien
  - b. Mengurangi jumlah obat yang diserahkan kepada pasien namun yang ditagihkan adalah yang tertulis dalam resep
  - c. Klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya (Inflated bills)
  - d. Memanipulasi hasil pemeriksaan untuk memenuhi persyaratan penagihan, seperti mengubah hasil pemeriksaan refraksi mata
  - e. Memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.
4. Jenis Kecurangan (fraud) oleh Penyedia Obat dan Alat Kesehatan.
- A. Jenis Kecurangan (fraud) oleh Penyedia Obat, yaitu:
    - a. Penyedia obat yang terdaftar pada katalog elektronik menolak pesanan obat tanpa alasan yang jelas
    - b. Penyedia obat memperlambat waktu pengiriman obat tanpa alasan yang jelas
    - c. Memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.
  - B. Jenis Kecurangan (fraud) oleh Penyedia Alat Kesehatan, yaitu:

- a. Penyedia alat kesehatan yang terdaftar pada katalog elektronik menolak pesanan alat kesehatan tanpa alasan yang jelas
- b. Penyedia alat kesehatan memperlambat waktu pengiriman alat kesehatan tanpa alasan yang jelas
- c. Penyedia menganjurkan kepada Fasilitas Kesehatan untuk membeli alat kesehatan yang tidak sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan atau tingkat keterampilan/keahlian tenaga kesehatan atau tenaga medis profesional yang akan menggunakan alat kesehatan tersebut dengan maksud untuk mendapatkan keuntungan finansial
- d. Memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.

5. Jenis Kecurangan (fraud) oleh Pemangku Kepentingan Lainnya.

Kecurangan (fraud) oleh pemangku kepentingan lainnya yaitu oleh Pemberi Kerja yang bukan termasuk penyelenggara negara. Jenis Kecurangan (fraud) oleh Pemberi Kerja yang bukan termasuk penyelenggara negara, yaitu:

- a. perbuatan memanipulasi data kepegawaian, seperti:
  1. pemberi kerja memanipulasi data penghasilan yang diberikan kepada BPJS Kesehatan sehingga jumlah iuran yang dibayarkan tidak terlalu besar
  2. tidak mendaftarkan pegawainya menjadi Peserta BPJS Kesehatan, dan

3. memanipulasi data pegawai yang tidak termasuk ke dalam data kepegawaian Pemberi Kerja.
  - b. jumlah dan upah pegawai tidak disampaikan secara riil, dan
  - c. perbuatan memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan yang terkait dengan program Jaminan Kesehatan.

#### 2.1.2 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

Sebagai upaya untuk mewujudkan kualitas kesehatan masyarakat yang baik, maka dibutuhkan sarana fasilitas bagi masyarakat untuk membantu memenuhi kebutuhan kesehatan yang dibutuhkan yakni fasilitas kesehatan. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 menjelaskan bahwa fasilitas kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan Masyarakat. Fasilitas kesehatan sendiri terbagi menjadi 2 yaitu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut.

Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap. FKTP terbagi menjadi puskesmas atau yang setara, praktik dokter, praktik dokter gigi, klinik pratama atau yang setara dan rumah sakit kelas D pratama atau yang setara. Perjanjian kerja sama Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan dilakukan antara pimpinan atau pemilik Fasilitas Kesehatan yang berwenang dengan BPJS Kesehatan yang berlaku sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun dan dapat

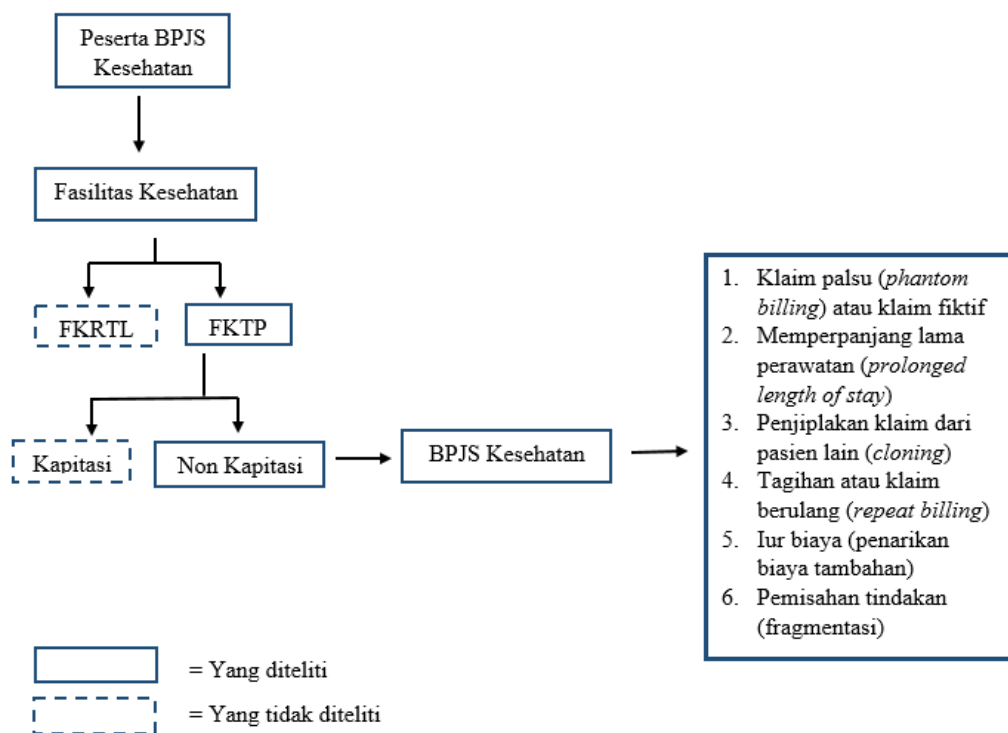
diperpanjang kembali atas kesepakatan bersama dengan memenuhi persyaratan yang telah tercantum pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 dan persyaratan lain yang telah ditentukan oleh pihak BPJS Kesehatan.

### 2.1.3 Klaim Non Kapitasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Klaim pada fasilitas kesehatan tingkat pertama ada 2 yakni klaim kapitasi dan klaim non kapitasi. Oleh karena itu BPJS Kesehatan berkewajiban membayarkan klaim kepada pihak fasilitas kesehatan tingkat pertama yang telah bekerjasama dan telah memenuhi persyaratan pengajuan klaim sesuai ketentuan. BPJS Kesehatan membayar fasilitas kesehatan tingkat pertama terdiri atas 2 dana yaitu dana kapitasi dan dana non kapitasi. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2016, dana kapitasi adalah besaran pembayaran perbulan yang dibayar dimuka kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Sedangkan dana non kapitasi merupakan besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tarif kapitasi digunakan untuk pembayaran administrasi pelayanan, promotif dan preventif, pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis, tindakan medis non spesialisik baik operatif maupun non operatif, obat dan bahan medis habis pakai dan pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama. Sedangkan tarif non kapitasi diberlakukan pada FKTP yang melakukan pelayanan ambulans, pelayanan obat program rujuk balik, pemeriksaan penunjang pelayanan rujuk balik, rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi medis, jasa pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan bidan atau

dokter sesuai kompetensi dan kewenangannya, serta pelayanan keluarga berencana di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

## 2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

Penjelasan dari kerangka konsep diatas yakni peserta yang telah menjadi peserta BPJS Kesehatan melakukan pelayanan di fasilitas kesehatan yakni fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP), peserta yang telah melakukan pelayanan di FKTP, oleh pihak FKTP akan di klaimkan kepada BPJS Kesehatan yakni klaim non kapitasi. Pihak BPJS Kesehatan akan menerima klaim dari pihak FKTP jika pada proses pengajuan klaim non kapitasi telah memenuhi ketentuan yang telah

ditentukan. Kemudian pihak BPJS Kesehatan melakukan verifikasi klaim non kapitasi untuk mengecek kesesuaian berkas yang bisa berpotensi fraud.