

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat 1 dan pasal 34 adalah dasar hukum tertinggi menjamin hak konstitusional warga negara atas pelayanan kesehatan. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, di tegaskan bahwa setiap warga Negara memiliki hak yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial, amanat perubahan Undang-Undang Dasar 1945 pasal 134 ayat 2 yang menyebutkan bahwa Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Pemerintah menerbitkan Undang-Undang Dasar Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menyatakan bahwa prinsip pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional adalah kesetaraan (*equity*) mendapatkan akses pelayanan kesehatan serta efektif dan efisien dalam operasionalisasinya. SJSN merupakan terobosan strategis dalam mengatasi permasalahan akses pelayanan kesehatan yang diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta mempercepat pencapaian *Universal Health Coverage (UHC)* (Kemenkes, 2014).

Dalam rangka mewujudkan komitmen global sebagaimana amanat resolusi *World Health Assembly (WHA)* yang ke-58 Tahun 2005 di Jenewa tentang penerapan *Universal Health Coverage (UHC)* bagi seluruh warga negara, pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pemerintah diwajibkan untuk membangun sistem dan tata kelola penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terintegrasi dengan penyelenggaraan program jaminan sosial, pada Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang salah satunya adalah BPJS Kesehatan. Awalnya terbentuk dari Persero Asuransi Kesehatan Indonesia (PT. ASKES) yang bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014 (Kemenkes, 2014).

Berdasarkan data dari WHO Tahun 2011 bahwa *fraud* dalam bidang kesehatan terbukti berpotensi menimbulkan kerugian finansial negara sebesar 7,29 % dari dana kesehatan. Data dari FBI di Amerika Serikat menunjukkan potensi *fraud* dilayanan kesehatan sebesar 3 sampai dengan 10% dari dana di kelola. Penelitian University of Portsmouth menunjukkan potensi *fraud* di Inggris adalah sebesar 3 sampai dengan 8% dari dana yang di kelola, sedangkan berdasarkan data dari *Simanga Msane* dan *Qhubeka Forensic* dan *Qhubeka Forensic Services*, sebuah lembaga investigasi *fraud* di Afrika Selatan potensi *fraud* menimbulkan kerugian sebesar 0,5 sampai dengan 1 juta dollar Amerika. Lembaga pengawasan dan penanganan *fraud* pelayanan kesehatan di Amerika Serikat yaitu Departemen Kehakiman yang terdiri dari Divisi Kriminal dan Divisi Perdata. Departemen Kehakiman bekerjasama dengan FBI dan Inspektur Jendral dari Departemen Kesehatan membentuk *Health Care Fraud and Abuse Control Program (HCFC)* (ACFE, 2014 dan Djasri, *et al.*, 2016)

Berdasarkan survei yang dilakukan *Association of Certified Fraud Examiner (ACFE)* Tahun 2010 bahwa *fraud* tertinggi didunia terdapat pada *Banking Service* sebesar 17,8 %, sedangkan *fraud* pada *Health Care* menempati urutan keempat sebesar 7,3%. Indonesia menduduki peringkat ketiga dengan jumlah kasus terbanyak dari 30 negara yang di survei (ACFE, 2014).

Amerika Serikat telah lama berupaya untuk mewujudkan Asuransi Kesehatan Nasional. Pada saat ini, Amerika Serikat hanya mempunyai Asuransi Kesehatan Nasional rawat inap untuk penduduk diatas 65 tahun saja (lansia). Dari total penduduk Amerika Serikat sekitar 280 juta jiwa dimana 25 % penduduk usia produktif tidak memiliki asuransi kesehatan nasional. Ini merupakan suatu bukti kegagalan mekanisme pasar dalam bidang kesehatan, karena Amerika Serikat didominasi oleh asuransi kesehatan komersial. Amerika Serikat adalah satu-satunya negara maju yang tidak mampu memiliki Asuransi Kesehatan Nasional (Thabrany, 2011).

Kerugian potensi *fraud* di Amerika Serikat sebesar 3,6 T rupiah (5%). Dalam upaya meminimalisasi potensi *fraud* dalam pelayanan kesehatan, di Amerika Serikat telah dikembangkan produk hukum baik berupa peraturan atau

undang-undang yang mengatur segala sesuatu yang berhubungan dengan potensi *fraud*, dan penjatuhan sanksi kepada pihak yang terkait dengan tindakan *fraud* (ACFE, 2014).

Sejak beroperasi 1 Januari 2014 sampai sekarang, BPJS Kesehatan mengalami banyak tantangan dalam melaksanakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), salah satunya mencegah terjadinya tindakan potensi *fraud*. Dalam masa awal pelaksanaan JKN, pemerintah cukup banyak mendapat kritik dari berbagai pihak salah satunya berasal dari provider, terutama manajemen rumah sakit. Perubahan sistem pentarifan dari *fee for service* menjadi pola INA CBGs yang dirasa kurang memadai, menjadi salah satu keluhan utama dan termasuk menjadi dasar "pembenaran" untuk melakukan potensi *fraud* (BPJS Kes, 2014).

Sejak berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, potensi *fraud* dalam layanan kesehatan semakin meluas karena adanya tekanan dari sistem pembiayaan yang baru berlaku, adanya kesempatan karena minim pengawasan, serta ada pembenaran saat melakukan tindakan *fraud*. Tindakan *fraud* menyebabkan kerugian finansial negara. Di seluruh Indonesia, data yang dilansir KPK menunjukkan bahwa hingga Juni 2015 terdeteksi potensi *fraud* dari 175.774 klaim Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) dengan nilai Rp. 440 M. Nilai ini belum total mengingat sistem pengawasan dan deteksi yang digunakan KPK Tahun 2015 masih sederhana. (Djasri, *et al.*, 2016).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)* dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasarkan pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Contoh pembayaran retrospektif adalah *fee for service*. Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah

diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah *global budget, perdiem, kapitasi* dan *case based payment*.

Salah satu upaya yang telah disepakati seluruh pemangku kepentingan untuk dijalankan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah melakukan penerapan model pembayaran prospektif. Metode pembayaran prospektif dengan tarif yang tetap dan sama (*flat fee*) untuk semua pelayanan rawat lanjutan dengan satu diagnosa dalam satu episode pelayanan, sedangkan melalui sistem pembayaran retrospektif dengan sistem pembayaran *fee for service*. Semakin banyak layanan yang diberikan maka semakin besar biaya yang dikeluarkan, mengakibatkan terjadinya peningkatan biaya pelayanan kesehatan. Pasien cenderung untuk meminta pelayanan yang berlebih untuk memperoleh “rasa aman” / *consumer ignorance* dan *supply induce demand* yang mendorong dokter memberikan pelayanan yang berlebihan (*moral hazard*) (Kemenkes, 2016 dan Thabrany, 2015).

Sistem INA CBGs merupakan pembiayaan yang mengacu kepada kelompok diagnosa penyakit dan karakteristik ciri klinis penyakit yang sama. Adanya perubahan pola pelayanan dan pola pembiayaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan JKN, mendorong setiap Fasilitas Kesehatan melakukan efisiensi dalam pelayanan kesehatan, namun tetap mengedepankan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai standar medis yang berlaku. Keberhasilan pelaksanaan sistem INA CBGs ini sangat bergantung pada empat komponen utama yaitu *coding, costing, clinical pathway* dan teknologi informasi. (Kemenkes, 2016 dan Thabrany, 2015).

Rumah Sakit di negara Indonesia untuk menentukan tarif ketika diberlakukan sistem JKN adalah berdasarkan INA CBGs, *Case Base Group* adalah pengelompokan diagnosa penyakit yang berdasarkan *grouping* dari tarif itu sendiri, dengan demikian pemberian dan pemberlakuan tarif di Rumah Sakit pada pengelompokan tersebut dinamakan diagnosa asuransi. Perbedaan antara diagnosis klinis yang ditegakkan dokter dan diagnosis *grouping* dari *Software* INA CBGs yang cenderung *upcoding* (Agiwahyunto, *et al.*, 2016).

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit adalah landasan hukum bagi penyelenggaraan rumah sakit. Kontrak dengan BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan mengacu pada norma, standar dan kriteria. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Achmad Mochtar Bukittinggi merupakan salah satu rumah sakit daerah milik Pemerintah Provinsi Sumatera Barat tipe B dengan status Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Sesuai amanat Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016, setiap fasilitas kesehatan pemerintah baik pemerintah pusat ataupun daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Adapun dasar penetapan tarif RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi adalah dengan menggunakan metode pembayaran *fee for service*.

Berdasarkan Laporan Tahun 2016, pendapatan RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang terbesar diperoleh dari pendapatan pasien peserta BPJS Kesehatan. Pada Tahun 2016, diketahui bahwa pendapatan dari pasien peserta BPJS adalah sebesar Rp.85.672.457.979,- dari total pendapatan rumah sakit sebesar Rp.100.706.716.729,- atau sekitar 85,07%. Pendapatan dari BPJS terdiri dari pendapatan rawat jalan sejumlah Rp 26.956.805.700,- (30,96 %) dan rawat inap Rp. 60.115.108.004,- (69,04 %).

Laporan dari BPJS Kesehatan secara Nasional pencapaian efisiensi bulan Juni tahun 2016 sebesar Rp.900 M (119,89%), sedangkan BPJS kesehatan Cabang Bukittinggi pencapaian efisiensi sebesar Rp 11,5 M (64,24%). Data monitoring klaim rawat jalan tingkat lanjutan BPJS Kesehatan, data jumlah kasus RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi meningkat dari tahun 2014 sampai dengan tahun 2016 adalah 91.531 kasus sampai dengan 106.149 kasus sekitar 86,2%. BPJS Kesehatan menunjukkan bahwa *upcoding* merupakan potensi *fraud* yang tertinggi sebesar 49,67%. Data utilisasi pelayanan peserta BPJS Kesehatan di RSUD dr. Achmad Moechtar Bukittinggi tahun 2016, menunjukkan bahwa diagnosa primer terbanyak yaitu kemoterapi sebanyak 787 kasus dan diagnosa sekunder terbanyak yaitu *sectio caesar* sebanyak 312 kasus.

Dalam Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013, pasal 42 ayat (1) disebutkan “pelayanan kesehatan kepada peserta jaminan kesehatan harus

memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya”. Sehingga setiap pihak yang berperan dalam program JKN sudah selayaknya mencegah adanya *fraud* pelayanan kesehatan sebagai wujud partisipasi mendukung keberlangsungan program JKN.

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 69 Tahun 2013 tentang “Standar tarif pelayanan kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan”. Dalam peraturan ini dinyatakan bahwa penetapan tarif untuk meningkatkan efisiensi biaya yang dapat membuat perilaku rumah sakit berinovasi dalam penghematan, seperti tidak perlu menggunakan obat-obatan dan alat bahan habis pakai yang berlebihan, pemeriksaan yang memakan biaya dan waktu rawat inap yang lama. Dengan adanya standar tarif yang jelas dapat menjadi pedoman bagi rumah sakit dalam menghindari potensi *fraud* untuk mematuhi peraturan Menteri Kesehatan tersebut. Perilaku rumah sakit ini sesuai dengan *Theory of Planned Behavior* (TPB) oleh Icek Ajzen dan Martin Fishbein yang berasumsi bahwa manusia adalah makhluk rasional yang selalu menggunakan informasi secara sistematis dalam melakukan suatu tindakan. Oleh karena itu peraturan yang jelas tentang standar tarif dapat mengarahkan mereka untuk menghindari potensi *fraud* (Priyoto, 2014)

B. Perumusan Masalah

Perubahan pola pelayanan dan pola pembiayaan Jaminan Kesehatan mengakibatkan perubahan perilaku fasilitas kesehatan khususnya rujukan tingkat lanjutan (rumah sakit) baik kearah positif maupun negatif. Tantangan bagi BPJS Kesehatan adalah mencegah perilaku-perilaku negatif, karena dapat menyebabkan tidak efisien dana jaminan kesehatan dan penurunan kualitas pelayanan kesehatan.

Fasilitas kesehatan merupakan pihak yang berpotensi tinggi untuk melakukan potensi *fraud*. Hal ini ditunjukkan oleh data dari BPJS Kesehatan bahwa *upcoding* merupakan potensi *fraud* yang tertinggi, maka permasalahan dalam penelitian ini adalah bagaimana upaya pengendalian potensi *fraud* di Rumah Sakit Achmad Moechtar Kota Bukittinggi.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi upaya pengendalian potensi *fraud* di Rumah Sakit Achmad Moechtar Kota Bukittinggi.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini yaitu:

1. Mengeksplorasi input yang mencakup kebijakan, tenaga dan sarana terhadap tindakan potensi *fraud* di Rumah Sakit Achmad Moechtar Kota Bukittinggi.
2. Mengeksplorasi faktor yang dapat menghambat terjadinya terhadap tindakan potensi *fraud* di Rumah Sakit Achmad Moechtar Kota Bukittinggi.
3. Mengeksplorasi faktor pendorong terjadinya terhadap tindakan potensi *fraud* di Rumah Sakit Achmad Moechtar Kota Bukittinggi.
4. Mengeksplorasi upaya Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan terjadinya terhadap tindakan potensi *fraud* di Rumah Sakit Achmad Moechtar Kota Bukittinggi.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat yang dapat diambil dari penelitian ini yaitu:

1. Bagi BPJS Kesehatan

Penelitian ini dapat memberikan kontribusi untuk masukkan dan langkah strategi kepada instansi BPJS Kesehatan dalam kendali mutu dan kendali biaya di Rumah Sakit Achmad Moechtar Kota Bukittinggi sehingga dapat menjalin kerjasama yang bebas dari *fraud*.

2. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian dapat menjadi masukkan bagi Rumah Sakit untuk menyadari adanya potensi *fraud* yang dapat mereka lakukan sehingga perlu membangun sistem untuk mencegah dan mengidentifikasi kejadian potensi *fraud* di Rumah Sakit Achmad Moechtar Kota Bukittinggi.

3. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat memberi pengetahuan bagi penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah dan mampu mengembangkan penelitian selanjutnya yang lebih mendalam.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khasanah ilmu pengetahuan di bidang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia serta dapat dijadikan sebagai rujukan untuk penelitian berikutnya, khususnya yang berkaitan dengan upaya pengendalian potensi *fraud* dalam peningkatan kendali mutu dan kendali biaya.



