

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009, kesehatan adalah suatu keadaan sehat fisik dan mental maupun keadaan bebas dari berbagai berbagai penyakit. Kesehatan merupakan hak dari setiap individu untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dalam setiap kegiatan sehari-hari. Kesehatan masyarakat dapat diartikan sebagai upaya untuk mencegah terpaparnya seorang individu dari faktor-faktor lingkungan yang menjadi risiko penyakit menular pada masyarakat. ^(1, 2)

Jaminan Kesehatan Nasional merupakan jaminan perlindungan kesehatan guna peserta mendapatkan manfaat perlindungan dan pemeliharaan kesehatan dalam upaya memenuhi kebutuhan dasar kesehatan untuk setiap orang yang telah membayar iuran/ iurannya dibayar oleh pemerintah. ⁽³⁾ Dalam pelaksanaannya, Jaminan Kesehatan memiliki tujuan untuk menjamin peserta agar memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Salah satu prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah kepesertaannya bersifat wajib yang dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta dan terlindungi. ⁽⁴⁾

Sistem Jaminan Sosial Nasional yang merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial, pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Untuk mewujudkan target Pemerintah Indonesia terkait *Universal Health Coverage* atau cakupan kesehatan menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia pada 1 Januari 2019 maka pemerintah

bertanggung jawab atas pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).⁽⁵⁾

Peserta JKN terus mengalami kenaikan, hingga 10 Januari 2019 jumlah peserta yang terdaftar dalam program JKN-KIS mencapai 216.152.549 jiwa atau mencakup 82 % dari total penduduk Indonesia. Jumlah tersebut mengalami peningkatan dibanding tahun-tahun sebelumnya. Pada akhir tahun 2017 jumlah peserta JKN-KIS yaitu sebesar 187.982.949 jiwa. Jumlah peserta pada tahun 2016 yaitu 171.939.254. Dan jumlah peserta pada tahun 2015 mengalami peningkatan sebesar 17,51% dibandingkan tahun 2014 (133.423.653 jiwa), dengan rata-rata peningkatan jumlah peserta pertriwulan sebesar 4,38% atau 5.841.659 jiwa.⁽⁶⁾

Mutu pelayanan kesehatan merupakan kesesuaian pelayanan kesehatan dengan standar profesi dengan memanfaatkan sumber daya yang ada secara baik, sehingga semua kebutuhan pelanggan dan tujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal dapat tercapai.⁽⁷⁾ Kepuasan peserta dan fasilitas merupakan bukti dari upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Sesuai dengan sasaran pokok peta menuju JKN tahun 2012-2019 menunjukkan bahwa sasaran 2019 poin ke-6 “paling sedikit 85% peserta menyatakan puas baik dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS” dan sasaran ke-7 “paling sedikit 80% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak bagi BPJS”.⁽⁸⁾

Kecurangan atau *fraud* didalam JKN merupakan tindakan yang dilakukan dengan sengaja untuk mendapat keuntungan finansial dari program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. *Fraud* dalam pelayanan kesehatan disebut sebagai suatu bentuk upaya yang secara sengaja

dilakukan dengan menciptakan suatu keuntungan yang tidak seharusnya dinikmati baik oleh individu atau institusi dan dapat merugikan pihak lain.⁽⁹⁾ Pencegahan kecurangan (*fraud*) dibutuhkan agar tidak terjadi kerugian. Hal ini sebagaimana diamanatkan dalam Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 bahwa dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional, BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, FKTP dan FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS harus membangun sistem pencegahan kecurangan JKN.⁽¹⁾

Fraud dalam bidang kesehatan berpotensi menimbulkan kerugian finansial bagi negara dalam jumlah yang tidak sedikit. Hal ini dibuktikan dengan data FBI di Amerika Serikat yang menunjukkan bahwa *fraud* layanan kesehatan berpotensi menyumbangkan kerugian sebesar 7,29% dari dana kesehatan yang dikelola tiap tahunnya. Menurut penelitian *University of Portsmouth* potensi *fraud* di Inggris adalah sebesar 3-8% dari dana kesehatan yang dikelola. Berdasarkan data dari Simanga Msane dan Qhubeka Forensic Services yang merupakan lembaga investigasi *fraud* Afrika Selatan, kecurangan (*fraud*) ini juga menimbulkan kerugian sebesar 0,5-1 juta dollar Amerika.⁽¹⁰⁾

Di Indonesia, data kerugian akibat *fraud* yang dicatat oleh Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) hingga Juni 2015 mencapai Rp. 440 M yang terdeteksi di 175.774 klaim Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut. Nilai ini hanya dari kelompok klinisi, belum mencakup dari aktor lain, seperti staf BPJS Kesehatan, pasien, dan *supplier* alat kesehatan dan obat. Nilai ini dianggap belum mencakup total kerugian mengingat sistem pengawasan dan deteksi yang digunakan masih sangat sederhana.⁽¹¹⁾

Di Sumatera Barat, khususnya Kota Padang, sebelumnya telah dilakukan penelitian oleh Syafrawati pada tahun 2018. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa terdapat kejadian kecurangan (*fraud*) di Rumah Sakit Kelas C dengan besaran kejadian *fraud* oleh provider yaitu *possible unnecessary admission* (17,8%), *upcoding* (11,9%) dan *readmission* (2,8%). Dari hasil perhitungan, kasus *upcoding* mengakibatkan peningkatan pendapatan rumah sakit sebesar 154.626.000,-.⁽¹²⁾

Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan dalam upaya pencegahan kecurangan (*fraud*) ini yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Berdasarkan hasil diskusi ditemukan bahwa Dinas Kesehatan telah membentuk tim anti-*fraud* sesuai Permenkes tersebut dan telah dikukuhkan dengan surat keputusan, namun dalam pelaksanaannya tim anti-*fraud* tersebut belum bekerja secara optimal. Upaya pencegahan kecurangan yang dilakukan tim anti-*fraud* hanya berupa sosialisasi pencegahan kecurangan yang disampaikan secara bersamaan dengan pertemuan bersama kepala Puskesmas Kota Padang, dan tidak ada pertemuan yang dikhususkan untuk pembahasan mengenai pencegahan kecurangan. Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait evaluasi implementasi kebijakan pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam hubungannya dengan mutu pelayanan kesehatan di Kota Padang.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah ada, dapat diketahui rumusan masalah penelitian adalah bagaimana implementasi kebijakan pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL Kota Padang.

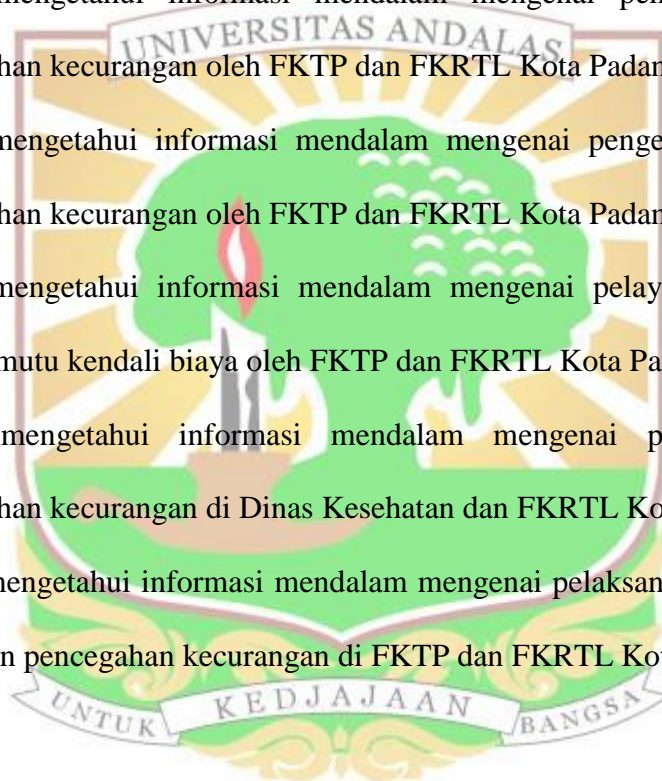
1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Adapun tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui tentang implementasi kebijakan pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL Kota Padang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui informasi mendalam mengenai penerapan pedoman pencegahan kecurangan oleh FKTP dan FKRTL Kota Padang
2. Untuk mengetahui informasi mendalam mengenai pengembangan budaya pencegahan kecurangan oleh FKTP dan FKRTL Kota Padang
3. Untuk mengetahui informasi mendalam mengenai pelayanan berorientasi kendali mutu kendali biaya oleh FKTP dan FKRTL Kota Padang
4. Untuk mengetahui informasi mendalam mengenai pembentukan tim pencegahan kecurangan di Dinas Kesehatan dan FKRTL Kota Padang
5. Untuk mengetahui informasi mendalam mengenai pelaksanaan implementasi kebijakan pencegahan kecurangan di FKTP dan FKRTL Kota Padang



1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Pihak FKRTL dan FKTP, dapat dijadikan bahan masukan dan evaluasi penerapan pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam meningkatkan kepuasan peserta dan provider.
2. Bagi Dinas Kesehatan Kota Padang, dapat menjadi masukan dan evaluasi penerapan pencegahan (*fraud*) di FKTP dalam meningkatkan kepuasan peserta dan provider.

3. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat, sebagai bahan masukan bagi penelitian lebih lanjut dimasa yang akan datang dalam rangka pengembangan ilmu pengetahuan kesehatan masyarakat Universitas Andalas Padang.
4. Bagi Peneliti, dapat menambah ilmu dan wawasan selama penelitian tentang penerapan pencegahan kecurangan (*fraud*), serta membandingkan ilmu teoritis yang didapatkan selama perkuliahan dengan kenyataan yang didapatkan di lapangan.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah mengevaluasi implementasi kebijakan pencegahan kecurangan (*fraud*) oleh fasilitas kesehatan, BPJS Kesehatan dan peserta Jaminan Kesehatan Nasional sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan no. 16 tahun 2019 melalui penerapan pedoman pencegahan kecurangan, pengembangan budaya pencegahan kecurangan, pelayanan berorientasi kendali mutu kendali biaya, serta pembentukan tim pencegahan kecurangan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL Kota Padang. Responden pada penelitian ini yaitu pemangku kebijakan di FKTP dan FKRTL serta Tim Anti Fraud FKRTL dan Dinas Kesehatan. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif melalui wawancara mendalam serta telaah dokumen.