

Korupsi dalam Pelayanan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional: Kajian Besarnya Potensi dan Sistem Pengendalian Fraud

HANEVI DJASRI, PUTI AULIA RAHMA DAN EVA TIRTABAYU HASRI

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada

hanevi.djasri@ugm.ac.id

ABSTRAK

Sejak berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional, potensi *fraud* dalam layanan kesehatan semakin nampak di Indonesia. Potensi ini muncul dan dapat menjadi semakin meluas karena adanya tekanan dari sistem pembiayaan yang baru berlaku di Indonesia, adanya kesempatan karena minim pengawasan, serta ada pembenaran saat melakukan tindakan ini. *Fraud* layanan kesehatan berpotensi merugikan dana kesehatan negara dan menurunkan mutu layanan kesehatan. Kajian ini dilakukan untuk menjawab pertanyaan: (1) bagaimana gambaran potensi *fraud* layanan kesehatan di Indonesia, dan (2) upaya-upaya pemberantasan *fraud* layanan kesehatan yang sudah dilakukan di Indonesia serta tantangannya. Kajian

dilakukan dengan membandingkan antara teori pencegahan, deteksi dan penindakan *fraud* dengan hasil pengamatan pelaksanaan program JKN di media massa dan situs-situs gerakan anti korupsi, maupun melalui berbagai hasil kegiatan yang terkait dengan topik pencegahan, deteksi, dan penindakan *fraud* layanan kesehatan yang diselenggarakan oleh PKMK FK UGM baik dalam bentuk penelitian serta diskusi-diskusi dalam seminar maupun *blended learning*. Kajian menunjukkan bahwa *fraud* layanan kesehatan berpotensi, bahkan sebagian sudah terbukti, terjadi di Indonesia. Di seluruh Indonesia, hingga pertengahan tahun 2015 terdeteksi potensi *fraud* dari 175.774 klaim Rumah Sakit atau Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) dengan nilai Rp. 440 M. Potensi *fraud* ini baru dari berasal dari kelompok *provider* pelayanan kesehatan, belum dari aktor lain seperti staf BPJS Kesehatan, pasien, dan *supplier* alat kesehatan dan obat. Nilai tersebut juga belum menunjukkan nilai sesungguhnya mengingat sistem pengawasan dan deteksi yang digunakan masih sangat sederhana. Bentuk potensi *fraud* yang umum ditemui dikelompok *provider* adalah *upcoding*, *inflated bills*, *service unbundling*, *no medical value* dan *standard of care*. Bentuk *fraud standard of care* selain merugikan biaya kesehatan negara juga berdampak buruk bagi pasien. Sistem pengendalian *fraud* layanan kesehatan sudah mulai berjalan terutama sejak terbitnya Permenkes nomor 36 tahun 2015, namun masih perlu diiringi dengan berbagai kegiatan dan instrumen detail untuk pencegahan, deteksi, dan penindakan.

Kata Kunci: aktor *fraud*; *fraud* layanan kesehatan; kerugian negara; pemberantasan *fraud*; potensi *fraud*

ABSTRACT

Since implementation of Indonesian National Health Insurance, health care fraud in Indonesia increasingly more visible. The increase of health care fraud can occur because of pressure from new health care financing system, chance and justification to commit fraud and lack of supervision. Fraud potentially waste health fund and decrease the quality of health care. This study was conducted to answer: (1) how much the potential of health care fraud in Indonesia?, and (2) what efforts has been carried out in Indonesia to combat health care fraud and what the challenges? The study was comparing between

theori of fraud prevention, detection and prosecution with news form mass media about implementation of Indonesian National Health Insurance, information from anti corruption websites, and from reaserch and discussion result conducted by Center for Health Care Policy and Management, Faculty of Medicine, Gadjah Mada University. This study show that fraud in health care could potentially occur. In fact it has been proven in Indonesia, until mid 2015 it has been detected 175.774 potential fraud from hospital claim with a value of over 440 billion Rupiah. This potential fraud only from health care provider, not yet from other fruad actors like BPJS, patient and health equipment and medication suppliers. Even the value has not shown the true value because the supervision and detection method used is still simple. Types of potential fraud that is often encountered is upcoding, inflated bills, service unbundling, no medical value and standard of care. The last type of fraud (standar of care) beside waste health fund also decrease the quality of health care accepted by patients. Health care fraud control system has been started since publication of Permenkes number 36/2015, but still needed a lot of activities and instruments to improve the effectiveness of froud prevention, detection and prosecution.

Keywords: *health care fraud, fraud actors, combating fraud, health fund waste*

PENDAHULUAN

Pemberantasan korupsi marak dilakukan di berbagai institusi. Sejak diberlakukannya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) awal 2014 lalu, Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) mulai aktif melakukan kajian untuk menilai potensi korupsi dibidang kesehatan. Korupsi merupakan bagian dari *Fraud*. Dalam sektor kesehatan, istilah *Fraud* lebih umum digunakan untuk menggambarkan bentuk kecurangan yang tidak hanya berupa korupsi tetapi juga mencakup penyalahgunaan aset dan pemalsuan pernyataan. *Fraud* dalam sektor kesehatan dapat dilakukan oleh semua pihak yang terlibat dalam program JKN mulai dari peserta BPJS Kesehatan, penyedia layanan kesehatan, BPJS Kesehatan, dan penyedia obat dan alat kesehatan. Uniknya masing-masing aktor ini dapat bekerjasama dalam aksi *Fraud* atau saling mencurangi satu sama lain.

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 Lanjut (FKRTL) dengan nilai Rp. 440 M. Ini baru dari kelompok klinisi, belum dari aktor lain seperti staf BPJS Kesehatan, pasien, dan suplier alat kesehatan dan obat. Nilai ini mungkin saja belum total mengingat sistem pengawasan dan deteksi yang digunakan masih sangat sederhana (KPK, 2015).

Besarnya potensi kerugian yang ditimbulkan, mendorong pemerintah menerbitkan Permenkes No. 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai dasar hukum pengembangan sistem anti *Fraud* layanan kesehatan di Indonesia. Sejak diluncurkan April 2015 lalu, peraturan ini belum optimal dijalankan. Dampaknya, *Fraud* layanan kesehatan berpotensi semakin banyak terjadi namun tidak diiringi dengan sistem pengendalian yang mumpuni.

Artikel yang disusun oleh tim penulis dari PKMK FK UGM ini didasarkan pada hasil kajian terhadap pelaksanaan program JKN selama tahun 2014 – 2015. Kajian dilakukan untuk menjawab pertanyaan: (1) bagaimana gambaran potensi *Fraud* layanan kesehatan di Indonesia, dan (2) upaya-upaya pemberantasan *Fraud* layanan kesehatan yang sudah dilakukan di Indonesia serta tantangannya. Artikel ini diharapkan dapat membangun kesadaran berbagai pihak yang bertanggung jawab untuk lebih aktif menjalankan program-program pemberantasan *Fraud* layanan kesehatan.

TINJAUAN TEORETIS

A. Korupsi dan *Fraud* Secara Umum dan Dalam Sektor Kesehatan

Istilah korupsi sudah tidak asing lagi di telinga masyarakat Indonesia. Istilah korupsi kerap dikaitkan dengan perilaku penyelewengan dana negara oleh aparat negara itu sendiri. Berbeda dengan korupsi, istilah *Fraud* belum umum diketahui masyarakat Indonesia. Namun, sejak program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) digulirkan awal 2014 lalu, istilah *Fraud* santer terdengar dan digunakan di sektor kesehatan. Istilah *Fraud* digunakan juga sektor kesehatan untuk menggambarkan bahwa perbuatan curang di sektor kesehatan mencakup ketiga bentuk ini.

The Association of Certified *Fraud* Examiners (ACFE), sebuah organisasi profesional yang bergerak dibidang pemeriksaan atas kecurangan dan mempunyai tujuan untuk memberantas kecurangan yang berkedudukan di Amerika Serikat dan telah memiliki cabang di Indonesia, mengklasifikasikan *Fraud* (kecurangan) dalam beberapa klasifikasi, dan dikenal dengan istilah “*Fraud Tree*” yaitu sistem klasifikasi mengenai hal-hal yang ditimbulkan oleh kecurangan sebagai berikut:

1. Penyimpangan atas aset (*Asset Misappropriation*). *Asset misappropriation* meliputi penyalahgunaan/ pencurian aset atau harta perusahaan atau pihak lain. Ini merupakan bentuk *Fraud* yang paling mudah dideteksi karena sifatnya yang *tangible* atau dapat diukur/ dihitung (*defined value*).
2. Pernyataan palsu atau salah pernyataan (*Fraudulent Statement*). *Fraudulent statement* meliputi tindakan yang dilakukan oleh pejabat atau eksekutif suatu perusahaan atau instansi pemerintah untuk menutupi kondisi keuangan yang sebenarnya dengan melakukan rekayasa keuangan (*financial engineering*) dalam penyajian laporan keuangannya untuk memperoleh keuntungan atau mungkin dapat dianalogikan dengan istilah *window dressing*.
3. Korupsi (*Corruption*). Jenis *Fraud* ini yang paling sulit dideteksi karena menyangkut kerja sama dengan pihak lain seperti suap dan korupsi, di mana hal ini merupakan jenis yang terbanyak terjadi di negara-negara berkembang yang penegakan hukumnya lemah dan masih kurang kesadaran akan tata kelola yang baik sehingga faktor integritasnya masih dipertanyakan. *Fraud* jenis ini sering kali tidak dapat dideteksi karena para pihak yang bekerja sama menikmati keuntungan (simbiosis mutualisma). Termasuk didalamnya adalah penyalahgunaan wewenang/ konflik kepentingan (*conflict of interest*), penyuapan (*bribery*), penerimaan yang tidak sah/illegal (*illegal gratuities*), dan pemerasan secara ekonomi (*economic extortion*).

Secara umum, *Fraud* adalah sebuah tindakan kriminal menggunakan metode-metode yang tidak jujur untuk mengambil keuntungan dari orang lain (Merriam-Webster Online Dictionary). Secara khusus, *Fraud* dalam jaminan kesehatan didefinisikan sebagai sebuah tindakan untuk mencurangi atau mendapat manfaat program layanan kesehatan dengan cara yang tidak sepatasnya (HIPAA, 1996).

Berdasar Permenkes 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), *Fraud* dalam jaminan kesehatan adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan untuk mendapat keuntungan finansial dari program JKN dalam SJSN melalui perbuatan curang yang tidak sesuai ketentuan.

B. Penyebab *Fraud* Layanan Kesehatan

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.

“Ketidaknyamanan” dalam sistem kesehatan menyebabkan berbagai pihak melakukan upaya “penyelamatan diri” untuk bertahan hidup selama berpartisipasi dalam program JKN. Dokter maupun rumah sakit dapat melakukan *coping strategy* sebagai langkah untuk menutupi kekurangan mereka atau paling tidak memang bertujuan mencari keuntungan meskipun dari sesuatu yang illegal (Lerberghe et al. 2002). Mekanisme koping ini hadir ketika sistem pengawasan lemah dan tidak mampu menutupi peluang oknum untuk melakukan *Fraud*. Oknum tentu akan terus menerus melakukan kecurangan ini sepanjang mereka masih bisa menikmati keuntungan dengan kesempatan yang selalu terbuka untuk melakukan kecurangan (Ferrinho et al. 2004).

C. Pelaku dan Dampak *Fraud* Layanan Kesehatan

Banyak aktor yang dapat terlibat dalam terjadinya *Fraud* layanan

kesehatan. Di Indonesia, aktor-aktor potensial *Fraud* yang disebut dalam Permenkes No. 36 tahun 2015, adalah peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, dan/atau penyedia obat dan alat kesehatan.

Fraud dalam bidang kesehatan terbukti berpotensi menimbulkan kerugian finansial negara dalam jumlah yang tidak sedikit. Sebagai contoh, potensi kerugian akibat *Fraud* di dunia adalah sebesar 7,29 % dari dana kesehatan yang dikelola tiap tahunnya. Data dari FBI di AS menunjukkan bahwa potensi kerugian yang mungkin ditimbulkan akibat *Fraud* layanan kesehatan adalah sebesar 3 – 10% dari dana yang dikelola. Data lain yang bersumber dari penelitian University of Portsmouth menunjukkan bahwa potensi *Fraud* di Inggris adalah sebesar 3 – 8 % dari dana yang dikelola. *Fraud* juga menimbulkan kerugian sebesar 0,5 – 1 juta dollar Amerika di Afrika Selatan berdasar data dari Simanga Msane dan Qhubeka Forensic dan Qhubeka Forensic Services (lembaga investigasi *Fraud*) (Bulletin WHO, 2011).

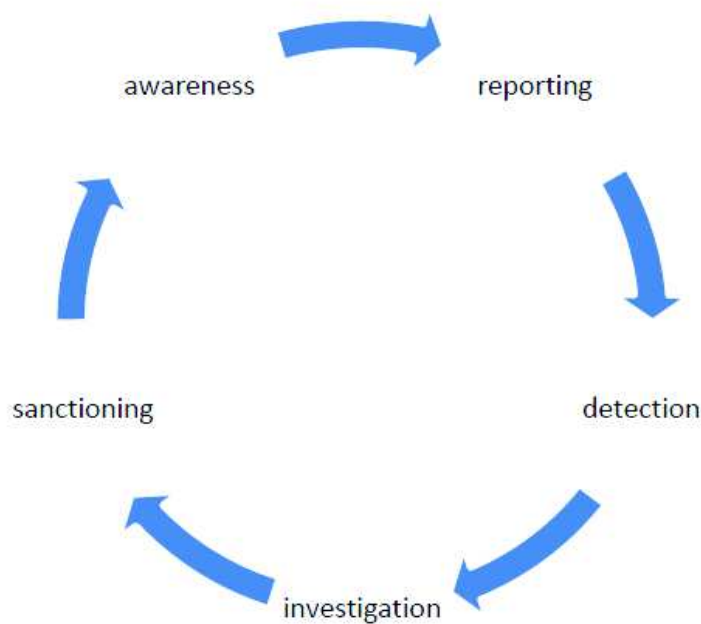
Menurut Vian (2002), *Fraud* akibat penyalahgunaan wewenang dapat mengurangi sumber daya, menurunkan kualitas, rendahnya keadilan dan efisiensi, meningkatkan biaya, serta mengurangi efektivitas dan jumlah. Di Indonesia, *Fraud* berpotensi memperparah ketimpangan geografis. Ada kemungkinan besar provinsi yang tidak memiliki tenaga dan fasilitas kesehatan yang memadai tidak akan optimal menyerap dana BPJS. Penduduk di daerah sulit di Indonesia memang tercatat sebagai peserta BPJS namun tidak memiliki akses yang sama terhadap pelayanan. Bila mereka harus membayar sendiri, maka biaya kesehatan yang harus ditanggung akan sangat besar. *Fraud* dalam layanan kesehatan di daerah maju dapat memperparah kondisi ini. Dengan adanya *Fraud*, dana BPJS akan tersedot ke daerah-daerah maju dan masyarakat di daerah terpencil akan semakin sulit mendapat pelayanan kesehatan yang optimal (Trisnantoro, 2014).

D. Sistem Anti *Fraud* Layanan Kesehatan

Saat ini di Indonesia sudah terbit Permenkes No. 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai dasar hukum pengembangan sistem anti *Fraud* layanan kesehatan di Indonesia. Dalam peraturan menteri ini, sudah mencakup kegiatan-kegiatan seperti membangun kesadaran, pelaporan, deteksi, investigasi, dan pemberian sanksi. Kegiatan-

kegiatan ini sesuai dengan rekomendasi European Commission tahun 2013. Komisi negara-negara eropa ini juga merekomendasikan bahwa kegiatan anti *Fraud* harus berjalan sesuai alur seperti skema pada Gambar 1 berikut:

Gambar 1. Siklus Anti Fraud (European Commission, 2013)



Implementasi siklus anti *Fraud* tidak serta merta dapat berjalan mulus. Penelitian Sparrow (1998) menunjukkan 7 faktor yang membuat kontrol *Fraud* di lingkungan manapun sulit dicegah: (1) *Fraud* hanya terlihat ketika dilakukan deteksi dan seringkali hanya mewakili sebagian kecil dari kecurangan yang dilakukan; (2) indikator kinerja yang tersedia masih ambigu dan belum jelasnya apa yang disebut keberhasilan pelaksanaan *Fraud control plan*; (3) upaya kontrol *Fraud* terbentur data banyak yang harus diolah oleh SDM terbatas; (4) pencegahan *Fraud* bersifat dinamis bukan satu statis. Sistem pencegahan *Fraud* harus cepat dan mudah beradaptasi dengan model-model *Fraud* baru; (5) penindakan *Fraud* umumnya bersifat tradisional. Kekuatan ancaman sanksi *Fraud* baru terlihat dari penangkapan pelaku dan beratnya sanksi dijatuhkan bagi pelaku; (6) pihak berwenang terlalu percaya diri dengan model kontrol *Fraud* baru. Bila sebuah model terlihat dapat mengatasi bentuk *Fraud* yang

sering muncul, upaya pengembangan model *Fraud* ini tidak akan optimal; (7) pencegahan *Fraud* seringnya hanya dialamatkan untuk bentuk *Fraud* yang sederhana.

E. Kegiatan-Kegiatan dalam Impelementasi Sistem Anti *Fraud* Layanan Kesehatan

Detil kegiatan dalam siklus anti *Fraud* adalah sebagai berikut:

1. Pembangunan Kesadaran

Pembangunan kesadaran merupakan kunci untuk mencegah terjadinya atau meluasnya *Fraud* layanan kesehatan (Bulletin WHO, 2011). Membangun kesadaran tentang potensi *Fraud* dan bahayanya di rumah sakit merupakan salah satu upaya pencegahan terjadi atau berkembangnya *Fraud*. Dalam Permenkes No. 36/2015, pembangunan kesadaran dapat dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/ kota dengan pembinaan dan pengawasan dengan melalui program-program edukasi dan sosialisasi.

2. Pelaporan

Pihak yang mengetahui ada kejadian *Fraud* hendaknya dapat membuat pelaporan. Permenkes No. 36/2015 mengamanatkan bahwa pelaporan dugaan *Fraud* minimalnya mencakup identitas pelapor, nama dan alamat instansi yang diduga melakukan tindakan kecurangan JKN, serta alasan pelaporan.

Laporan disampaikan kepada kepala fasilitas kesehatan maupun dinas kesehatan kabupaten/ kota.

3. Deteksi

Dalam Permenkes No 36 Tahun 2015 deteksi potensi *Fraud* dapat dilakukan dengan analisa data klaim yang dilakukan dengan pendekatan: mencari anomali data, predictive modeling, dan penemuan kasus. Analisis data klaim dapat dilakukan secara manual dan/atau dengan memanfaatkan aplikasi verifikasi klinis yang terintegrasi dengan aplikasi INA-CBGs. Dalam melakukan analisis data klaim tim pencegahan kecurangan JKN dapat berkoordinasi dengan verifikator BPJS Kesehatan atau pihak lain yang diperlukan.

4. Investigasi

Dalam Permenkes No. 36 tahun 2015 disebutkan bahwa

investigasi dilakukan oleh tim investigasi yang ditunjuk oleh oleh Tim Pencegahan Kecurangan JKN dengan melibatkan unsur pakar, asosiasi rumah sakit/asosiasi fasilitas kesehatan, dan organisasi profesi. Investigasi dilakukan untuk memastikan adanya dugaan kecurangan JKN, penjelasan mengenai kejadiannya, dan latar belakang/ alasannya.

Pelaporan hasil deteksi dan investigasi dilakukan oleh Tim Pencegahan Kecurangan JKN dan paling sedikit memuat: ada atau tidaknya kejadian Kecurangan JKN yang ditemukan; rekomendasi pencegahan berulangnya kejadian serupa di kemudian hari; dan rekomendasi sanksi administratif bagi pelaku Kecurangan JKN.

5. Pemberian Sanksi/Penindakan

Pemberian sanksi dilakukan untuk menindak pelaku *Fraud*. Berdasar Permenkes 36 tahun 2015, pihak yang berhak memberikan sanksi adalah Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sanksi yang direkomendasikan dalam Permenkes adalah sanksi administrasi dalam bentuk: teguran lisan; teguran tertulis; dan/ atau perintah pengembalian kerugian akibat Kecurangan JKN kepada pihak yang dirugikan.

Dalam hal tindakan kecurangan JKN dilakukan oleh pemberi pelayanan, sanksi administrasi dapat ditambah dengan denda paling banyak sebesar 50% dari jumlah pengembalian kerugian akibat tindakan kecurangan JKN. Bila tindakan kecurangan JKN dilakukan oleh tenaga kesehatan, sanksi administrasi dapat diikuti dengan pencabutan surat izin praktek. Selain sanksi administrasi, kasus *Fraud* dapat juga dikenakan sanksi pidana yang diatur dalam Pasal 379 jo Pasal 379a jo Pasal 381 KUHP. Walaupun tidak disebut secara langsung dalam pasal-pasal tersebut, namun *Fraud* dalam JKN dikategorikan sebagai penipuan.

METODE KAJIAN

Kajian dilakukan dengan membandingkan antara teori pencegahan, deteksi, dan penindakan fraud. Kajian dilakukan melalui pengamatan pelaksanaan program JKN di media massa dan situs-situs gerakan anti korupsi, penelitian, maupun diskusi-diskusi dengan peserta seminar maupun *blended learning* dengan topik

pengecahan, deteksi, dan penindakan *Fraud* layanan kesehatan yang diselenggarakan oleh PKMK FK UGM. Diskusi-diskusi dilakukan dengan total lebih dari 40 peserta dari kelompok dosen dan peneliti, lebih dari 200 peserta dari kelompok rumah sakit di Indonesia, dan lebih dari 1.500 peserta dari kelompok kepala cabang dan kepala unit Manajer Pelayanan Kesehatan Primer (MPKP) dan Manajer Pelayanan Kesehatan Rujukan (MPKR) BPJS Kesehatan. Seluruh kajian, diskusi, maupun penelitian dilakukan dalam rentang Januari – Desember 2015.

ANALISIS DATA

Hasil kajian menunjukkan bahwa *Fraud* layanan kesehatan berpotensi, bahkan sebagian sudah terbukti, terjadi di Indonesia. *Fraud* layanan kesehatan mengancam finansial dan menurunkan mutu layanan kesehatan. Di seluruh Indonesia, data yang dilansir KPK menunjukkan bahwa hingga Juni 2015 terdeteksi potensi *Fraud* dari 175.774 klaim Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) dengan nilai Rp. 440 M. Ini baru dari kelompok klinisi, belum dari aktor lain seperti staf BPJS Kesehatan, pasien, dan suplier alat kesehatan dan obat. Nilai ini mungkin saja belum total mengingat sistem pengawasan dan deteksi yang digunakan masih sangat sederhana (KPK, 2015).

Untuk mencegah semakin luasnya *Fraud* layanan kesehatan yang dilakukan para aktor, Kemenkes menerbitkan Permenkes No. 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional yang resmi berlaku per Oktober 2015. Dalam peraturan menteri kesehatan ini jelas disebutkan upaya-upaya yang harus dilakukan dalam rangka mencegah dan mengendalikan *Fraud* layanan kesehatan. Bentuk kegiatan anti *Fraud* yang tertuang dalam Permenkes No. 36/ 2015 ini mencakup pembangunan kesadaran anti *Fraud*, pelaporan, deteksi, investigasi, dan pemberian sanksi. Kegiatan-kegiatan ini hampir mirip dengan rekomendasi kegiatan anti *Fraud* dari European Comission (2013). Namun, hingga Desember 2015, kegiatan-kegiatan ini masih belum berjalan optimal karena aspek-aspek pendukung berjalannya sistem juga belum tersedia baik.

Kegiatan pembangunan kesadaran melalui sosialisasi dan edukasi Permenkes belum berjalan baik. Tugas edukasi, sosialisasi,

pembinaan, dan pengawasan upaya anti *Fraud* bagi seluruh aktor potensial *Fraud* merupakan tanggung jawab kementerian dan dinas kesehatan tingkat provinsi maupun kabupaten/ kota. Namun, masih banyak dinas kesehatan yang belum tahu mengenai peraturan ini sehingga belum banyak melakukan aksi untuk mengendalikan *Fraud* layanan kesehatan. Bahkan di beberapa daerah peran pemberian edukasi dan sosialisasi ini dijalankan oleh BPJS Kesehatan.

Kegiatan pelaporan dugaan *Fraud* layanan kesehatan juga belum optimal karena ketiadaan sarana untuk melapor. Kalaupun ada informasi terkait potensi *Fraud* yang dilaporkan, tindak lanjut dari laporan tersebut belum pasti. Dalam situs Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan (<http://itjen.depkes.go.id/wbs/>) terdapat menu Whistleblowing System (WBS) untuk melaporkan dugaan korupsi pejabat kementerian kesehatan. Namun, menu pelaporan ini belum spesifik untuk melaporkan kasus *Fraud* layanan kesehatan. Kondisi serupa ditemukan juga dalam website BPJS Kesehatan, saluran pelaporan khusus terkait *Fraud* layanan kesehatan belum ada. Salah satu portal yang sementara dapat digunakan untuk melakukan pengaduan dugaan *Fraud* layanan kesehatan adalah "Lapor!" (<https://www.lapor.go.id/>). Portal ini menampung semua keluhan pelayanan publik dan tindak lanjut yang sudah dilakukan juga diinformasikan kembali kepada masyarakat.

Proses deteksi *Fraud* terkendala akibat minimnya teknologi untuk mengolah data dan informasi potensi *Fraud*. Data paling kuat yang dapat digunakan untuk melakukan deteksi potensi *Fraud* salah satunya adalah data klaim BPJS Kesehatan. Dari data ini dapat dianalisis dititik mana terjadi kecurangan dan pelaku kecurangan. Data yang banyak ini harus diolah menggunakan teknologi yang sensitif terhadap potensial *Fraud*. Namun saat ini teknologi olah data semacam itu belum ada di Indonesia atau masih dalam tahap pengembangan. Situasi ini menghambat proses deteksi potensi *Fraud* karena proses deteksi sangat bergantung kepada teknologi.

Proses investigasi juga masih terkendala karena saat ini belum ada investigator khusus untuk penyidikan kasus-kasus *Fraud* layanan kesehatan di Indonesia. Peran investigator dalam upaya anti *Fraud* sangat krusial karena memiliki kewenangan untuk membuktikan sebuah tindakan *Fraud*, besar kerugian yang dihasilkan, hingga rekomendasi sanksi. Saat ini proses investigasi potensi *Fraud* masih dilakukan secara sederhana yaitu dengan membandingkan sebuah

dugaan *Fraud* dengan aturan-aturan dari Kementerian Kesehatan maupun BPJS Kesehatan. Pihak yang melakukan perbandingan data dan aturan adalah pihak yang merasa dirugikan. Dampaknya, bias kepentingan sangat kental dalam proses ini.

Dalam Permenkes telah disebutkan sanksi-sanksi administrasi yang dapat diberikan kepada pelaku *Fraud*. Namun, mekanisme penerapan sanksi ini belum jelas. Pihak yang berwenang dalam memberi sanksi adalah kementerian dan dinas kesehatan. Saat ini belum diketahui dengan pasti apakah sudah ada pelaku *Fraud* yang secara resmi diberi sanksi oleh kementerian maupun dinas kesehatan. Salah satu bentuk sanksi yang diketahui sudah dijalankan adalah pengembalian dana oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan maupun sebaliknya. Namun mekanisme pengembalian dana ini juga belum jelas hanya dilakukan secara kekeluargaan antara kedua belah pihak.

PEMBAHASAN

Potensi-potensi *Fraud* layanan kesehatan semakin nampak di Indonesia. Potensi ini muncul dan dapat semakin meluas secara umum karena adanya tekanan dari sistem pembiayaan yang baru berlaku di Indonesia, adanya kesempatan karena minim pengawasan, serta ada pembenaran saat melakukan tindakan ini (Cressey, 1973). Di Indonesia, sesuai teori yang dikemukakan Shariari (2010), potensi *Fraud* dari kelompok klinisi mungkin muncul akibat (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.

Dari kuesioner yang disebar kepada peserta *blended learning* dengan topik pencegahan, deteksi, dan penindakan *Fraud* layanan kesehatan kelompok rumah sakit tahun 2015, tarif INA CBG's yang dianggap rendah oleh kalangan klinisi dan tingginya beban kerja membuat mereka memikirkan upaya-upaya yang tidak wajar untuk mempertahankan diri agar tidak sampai merugi. Buruknya lagi para klinisi ini kadang saling berbagi "pengalaman" dalam upaya "penyelamatan diri ini". Pengalaman-pengalaman tersebut kemudian mereka terapkan dalam memberi pelayanan kesehatan sehingga

menjadi budaya. Dasar penetapan tarif juga masih dirasa misterius bagi sebagian besar kalangan sehingga menyebabkan ketidakpuasan terhadap sistem.

Ketidakpuasan ini juga yang mendorong dokter maupun rumah sakit dapat melakukan *coping strategy* sebagai langkah untuk menutupi kekurangan mereka atau paling tidak memang bertujuan mencari keuntungan meskipun dari sesuatu yang illegal (Lerberghe et al. 2002). Mekanisme coping ini hadir ketika sistem pengawasan lemah dan tidak mampu menutupi peluang oknum untuk melakukan *Fraud*. Oknum tentu akan terus menerus melakukan kecurangan ini sepanjang mereka masih bisa menikmati keuntungan dengan kesempatan yang selalu terbuka untuk melakukan kecurangan (Ferrinho et al. 2004).

Diperlukan sebuah upaya sistematis untuk dan berkelanjutan untuk mengendalikan *Fraud* layanan kesehatan. Kegiatan dalam sistem anti *Fraud* ini harus berupa siklus yang dimulai dari pembangunan kesadaran – pelaporan – deteksi – investigasi – pemberian sanksi – (kembali lagi ke) pembangunan kesadaran (European Commission, 2013). Pembangunan kesadaran merupakan kunci untuk mencegah terjadinya atau meluasnya *Fraud* layanan kesehatan (Bulletin WHO, 2011). Pembangunan kesadaran dapat dilakukan dalam bentuk sosialisasi dan edukasi.

Pengalaman PKMK FK UGM, dari kuesioner yang disebar kepada peserta *blended learning* dengan topik pencegahan, deteksi, dan penindakan *Fraud* layanan kesehatan kelompok rumah sakit tahun 2015, kegiatan-kegiatan edukasi dan sosialisasi menghasilkan perubahan paradigma dari masing-masing kelompok aktor potensial *Fraud*. Sebelum ada kegiatan sosialisasi dan edukasi, kelompok klinisi dan fasilitas kesehatan sering menolak informasi terkait potensi *Fraud* yang mungkin mereka lakukan dan menolak untuk ambil peran dalam upaya pencegahan. Saat ini sebagian besar kelompok ini mulai sadar bahwa mereka juga berpotensi melakukan *Fraud* dan bersedia ambil peran dalam upaya pengendalian *Fraud*. Beberapa rumah sakit (RS) sudah memiliki pedoman dan tim pencegahan kecurangan JKN diinternal RS. Tim ini juga sudah mulai menjalankan program-program pencegahan *Fraud* layanan kesehatan atas inisiatif sendiri.

Pada kelompok regulator, sebelum Permenkes No. 36/ 2015 terbit, umumnya regulator seperti dinas kesehatan kabupaten/ kota beranggapan bahwa tanggung jawab pemberantasan *Fraud* terletak

di pundak Kemenkes RI atau hanya sampai di dinas kesehatan tingkat provinsi. Padahal untuk tingkat daerah, kewenangan untuk membangun sistem anti *Fraud* berada di dinas kesehatan kabupaten/kota. Mereka juga beranggapan bahwa kewenangan mereka hanya untuk mengendalikan *Fraud* di tingkat Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer (FKTP) tidak sampai ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL). Namun, setelah diberi sosialisasi dan edukasi, kesadaran kelompok regulator ini meningkat. Edukasi dan advokasi kepada kelompok regulator (dinas kesehatan kabupaten/kota) selain dilakukan mandiri oleh PKMK FK UGM, dilakukan juga dalam bentuk kerja sama dengan pihak lain seperti Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK). Kerja sama dalam program edukasi dan advokasi ini menghasilkan rencana aksi pemberantasan korupsi sektor kesehatan yang dihasilkan oleh Dinas Kesehatan Kota Bandung, Dinas Kesehatan Kota Kupang, dan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. Ketiga kota ini dipilih secara acak oleh KPK mewakili 3 kota besar di Indonesia.

Pada kelompok BPJS Kesehatan, sebelum ada program edukasi, mulanya BPJS Kesehatan memiliki pandangan bahwa pelaku *Fraud* hanya kalangan provider, tanpa sadar bahwa mereka juga berpotensi melakukan *Fraud*. Mereka juga lebih sering mengemukakan data temuan potensi-potensi *Fraud* yang telah dilakukan oleh provider dan seolah enggan merespon informasi potensi *Fraud* yang ditemukan di lembaga mereka sendiri. Namun, pasca berlangsungnya 2 periode program edukasi untuk staf BPJS Kesehatan, pola pikir tersebut berubah. Saat ini mereka mulai sadar bahwa *Fraud* berpotensi terjadi di lembaga mereka sendiri dan mereka perlu ambil peran dalam upaya pemberantasan *Fraud* internal. Program edukasi dan sosialisasi bagi para aktor ini masih tetap harus dilakukan secara berkesinambungan. Tantangan ke depan adalah perlunya pemerataan program agar dapat menyentuh seluruh aktor potensial *Fraud*.

Setelah memiliki pemahaman yang baik mengenai potensi *Fraud* dan dampaknya bagi pembiayaan kesehatan, diharapkan berbagai aktor dapat terlibat juga kegiatan pelaporan. *Fraud* layanan kesehatan merupakan hal yang unik, masing-masing aktor dapat saling mencurangi satu sama lain. Agar tidak menjadi korban dalam perbuatan curang ini, masing-masing aktor diharapkan aktif melaporkan dugaan *Fraud* yang dialami.

Untuk memudahkan pelaporan dugaan *Fraud*, diperlukan sebuah sistem pelaporan yang baik. Permenkes No. 36/ 2015

mengamanatkan bahwa pelaporan dugaan *Fraud* minimalnya mencakup identitas pelapor, nama dan alamat instansi yang diduga melakukan tindakan kecurangan JKN, serta alasan pelaporan. Sarana pelaporan dugaan *Fraud* layanan kesehatan juga harus disiapkan dengan baik misalnya melalui sebuah portal yang didesain khusus untuk menampung berbagai informasi dugaan *Fraud*. Dalam portal ini juga perlu dicantumkan bentuk-bentuk kecurangan apa saja yang masuk dalam kategori tindakan *Fraud* layanan kesehatan dan perlu dilaporkan. Pembatasan kategori pelaporan memudahkan pengelola portal mengumpulkan dan menindaklanjuti informasi spesifik *Fraud* layanan kesehatan.

Tindak lanjut pelaporan dugaan *Fraud* adalah dengan deteksi. Saat ini di Indonesia, jumlah laporan dugaan *Fraud* masih minim sehingga menghambat proses deteksi potensi *Fraud*. Tantangan lainnya yang dihadapi dalam proses deteksi diantaranya terbatasnya SDM untuk mengolah data yang telah tersedia (Sparrow, 1998). BPJS Kesehatan memiliki banyak sekali data klaim yang dapat dijadikan salah satu sumber deteksi potensi *Fraud*. Namun, terbatasnya teknologi dan SDM menghambat proses ini. Lebih lanjut data yang banyak ini belum optimal juga dimanfaatkan untuk mengembangkan teknologi deteksi potensi *Fraud*.

Investigasi dilakukan untuk memastikan adanya dugaan kecurangan JKN, penjelasan mengenai kejadiannya, dan latar belakang/ alasannya (Permenkes No. 36/ 2015). Tantangan yang dihadapi di Indonesia adalah saat ini belum ada investigator khusus *Fraud* layanan kesehatan. Berbeda dengan Amerika Serikat yang sudah memiliki profesi investigator khusus kasus *Fraud* di sektor kesehatan yang tergabung dalam Association of Healthcare *Fraud* Investigator (AHFI). Pasca proses investigasi, investigator akan memberikan rekomendasi sanksi bagi pelaku yang terbukti melakukan tindakan *Fraud*.

Sanksi yang tegas bagi pelaku *Fraud* akan menimbulkan efek jera. Dalam Permenkes No. 36 tahun 2015 sudah disebutkan sanksi-sanksi administratif yang dapat diberikan kepada pelaku *Fraud*. Namun, saat ini sanksi-sanksi tersebut masih belum juga tegas diterapkan. Dampaknya beberapa kalangan masih menganggap sanksi yang ada hanya bersifat ancaman belaka. Untuk mengoptimalkan upaya pemberantasan *Fraud*, pasca pemberian sanksi, pelaku juga perlu kembali diberi pembinaan dan pengawasan sebagai sarana pembangunan kesadaran agar tidak mengulangi perbuatannya.

KESIMPULAN

Potensi terjadinya *Fraud* layanan kesehatan sudah semakin nampak di Indonesia namun belum diiringi dengan sistem pengendalian yang mumpuni. Perlu upaya-upaya sistematis untuk mencegah berkembangnya kejadian ini. Kerjasama berbagai pihak sangat diperlukan dalam upaya pemberantasan *Fraud* layanan kesehatan dapat berdampak baik. Upaya-upaya pengendalian *Fraud* hendaknya dapat berjalan dalam siklus yang tidak terpotong-potong. Upaya-upaya pengendalian *Fraud* yang sudah dilakukan dan dampaknya terhadap penyelamatan uang negara hendaknya dapat didokumentasikan dalam bentuk laporan berkala sehingga dapat diketahui publik. Bentuk laporan berkala dapat mencontoh laporan yang diterbitkan oleh Departemen Kehakiman dan Departemen Kesehatan dan Pelayanan Masyarakat Amerika Serikat tentang Program Pengendalian *Fraud* dan Abuse Layanan Kesehatan (contoh laporan dapat diakses di <http://oig.hhs.gov/publications/docs/hcfac/FY2014-hcfac.pdf>). Laporan semacam ini dapat memberi gambaran kepada aktor potensial *Fraud* layanan kesehatan bahwa tindakan mencurangi program JKN ini tidak mendapat tempat di Indonesia.

IMPLIKASI

Hasil kajian ini diharapkan dapat memberi wawasan mengenai gambaran potensi *Fraud* layanan kesehatan kepada pihak-pihak yang bertanggung jawab dalam upaya pemberantasan *Fraud* seperti kementerian kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/ kota, jajaran direksi rumah sakit, badan dan dewan pengawas rumah sakit, BPJS Kesehatan, organisasi profesi, asosiasi fasilitas kesehatan, hingga pemerintah daerah. Temuan ini juga diharapkan dapat menyadarkan berbagai pihak terkait bahwa upaya pemberantasan *Fraud* harus berjalan dalam siklus (tidak sepotong-sepotong), mulai dari pembangunan kesadaran – pelaporan – deteksi – investigasi – pemberian sanksi – pembangunan kesadaran. Lebih lanjut pihak-pihak ini diharapkan dapat saling bekerja sama dalam upaya pemberantasan *Fraud* layanan kesehatan di Indonesia.

KETERBATASAN

Kajian ini terbatas pada penggambaran secara umum potensi dan upaya-upaya pengendalian *Fraud* layanan kesehatan di Indonesia. Dalam kajian ini belum ditelaah lebih jauh masing-masing kegiatan dalam upaya pemberantasan *Fraud* ini. Minimnya data yang dapat diakses menjadi kesulitan tersendiri untuk memperluas dan memperdalam bidang kajian. Untuk memberi sumbangsih ilmu pengetahuan lebih luas, diharapkan peneliti lain dapat mengkaji lebih dalam mengenai *Fraud* layanan kesehatan. Peneliti lain dapat lebih dalam mengkaji potensi *Fraud* pada masing-masing kelompok aktor. Peneliti lain juga diharapkan dapat mengkaji masing-masing upaya dalam kegiatan anti *Fraud* layanan kesehatan. Pengembangan sistem anti *Fraud* layanan kesehatan di Indonesia juga dapat menjadi topik menarik untuk diteliti lebih dalam.

REFERENSI

ACL, *Fraud Detection Using Data Analytics in the Healthcare Industry*, www.acl.com/Fraud (diunduh 2014).

Annual Report of the Departments of Health and Human Services and Justice – Health Care *Fraud* and Abuse Control Program FY 2014, <http://oig.hhs.gov/publications/docs/hcfac/FY2014-hcfac.pdf>, diunduh tahun 2015.

Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) RI, 2007

Black Law Dictionary

Bulletin of the World Health Organization, 2011, Prevention not cure in tackling health-care *Fraud*, Volume 89, Number 12, 853 – 928.

Busch RS, 2012, *Health Care Fraud: Auditing and Detection Guide*, Second edition, John Wiley&Son Inc.

Cotton D; 2014; *Fraud Deterrence, Prevention, and Detection*; <https://chapters.theiia.org/washington-dc/Recent%20Presentations/Fraud%20Deterrence-Prevention-Detection.pdf>

Cressey, DR, 1973, *Other People's Money* (Montclair: Patterson Smith, 1973) hal. 30.

DeLone, W. & McLean, E., 1992, Information systems success: the quest for the dependent variable. *Information systems research*.

European Commission – Directorate General Home Affairs, 2013,

Study on Corruption in Healthcare Sector, <http://europea.eu>

Ferrinho et. al., 2004, Dual Practice In The Health Sector: Review of The Evidence. *Hum Resour Health*

Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A., 2004, Dual Practice In The Health Sector: Review of The Evidence. *Hum Resour Health* [Internet].

Fetter, R., B. et al., 1980, Case mix definition by diagnosis-related groups. *Medical care*, 18, hal.2.

Grimaldi, P. & Micheletti, J., 1983, Diagnosis related groups: A practitioner's guide.

Hamilton-Hart, 2001, Anti-Corruption Strategies in Indonesia, *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, Vol. 37, No. 1: 65–8.

Harris SB dan Baker MT, 2014, Government turns up the heat with the False Claim Act steps for healthcare providers, www.dlapiper.com

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), 1996 [Internet].

Hoey BE, 2007, Conducting an Internal Investigation: A Step by Step Guide, *Human Resources 200: Summer Edition*

Kepmenkes 440, 2012, Tarif Rumah Sakit Berdasarkan Indonesia Case Based Group (INA-CBG).

Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK), 2015, <http://www.kpk.go.id>.

Lerberghe, W. Van et al., 2002, When Staff Is Underpaid : Dealing With The Individual Coping Strategies of Health Personnel. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(01), hal.581–584.

Lewis, M., 2006, Governance and Corruption in Public Health Care Systems. *center for global development*, (78).

Liu Q, Vasarhelyi M, 2013, Healthcare *Fraud* detection: A survey and a clustering model incorporating Geo-location information, 29th World Continuous Auditing and Reporting Symposium (29wcars), November 21-22, 2013, Brisbane, Australia.

Media Otonomi, 2005, *Korupsi Di Daerah*, Edisi Nomor 8 Tahun I. Jakarta : PT. Visi Gagas Komunika.

Merriam-Webster Online Dictionary.

Miner TA, Foster HS, Willis SD, Kingsbury SP, Dunphy BP., **Industry Trends in Criminal Health Care Fraud Enforcement, www.mintz.com (diunduh tahun 2014).**

Morris L., 2009, Combating *Fraud* in Health Care: An Essential Component of Any Cost Containment Strategy, *Health Affairs*, 28:5.

National Health Care Anti-*Fraud* Association (NHCAA), 2007, *The NHCAA Fraud Fighter's Handbook. A Guide to Health Care Fraud Investigations and SIU Operations.*

NSW Government, *Fraud Control Plan*, http://www.community.nsw.gov.au/docs_menu/for_agencies_that_work_with_us/contract_governance/Fraud_control_plan_.html, diunduh tahun 2015

Permenkes 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional, http://www.hukor.depkes.go.id/up_prod_permenkes/PMK%20No.%2036%20ttg%20FRAUD%20Dalam%20Program%20JAMKES%20Pada%20SJSN.pdf, diunduh tahun 2015.

Permenkes No. 69, 2013, Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Petunjuk Teknis Administrasi Klaim Dan Verifikasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat, 2008, Pusat Pembiayaan Dan Jaminan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Piper C., 2013, 10 popular health care provider *Fraud* schemes, www.Fraud-Magazine.com.

Queensland Health, 2012, *The Guide to Fraud and Corruption Control (The Plan)*, <http://www.health.qld.gov.au/qhpolicy/docs/gdl/qh-gdl-295-1-1.pdf>

Rimawati, 2014, *Fraud* di Jaminan Kesehatan Nasional: Aspek hukum Pidana dan Perdata. Disampaikan dalam Blended Learning Pencegahan *Fraud* dalam Jaminan Kesehatan Nasional di PKMK FK UGM.

Robbins, Stephen P, 2006. *Perilaku Organisasi Edisi ke-10*. Jakarta: PT Indeks Kelompok Gramedia.

Shahriari, 2001, *Institutional Issues in Informal Health Payments in Poland*, Wahington DC.

Shaker KA, 2012, *The Investigation*, disampaikan pada acara National Health Care Anti-*Fraud* Association (NHCAA) 2014 Annual Training Conference.

Sparrow, M. K. 1998. National Institute of Justice: *Fraud control in health care Industry: Assessing the State of the Art.*

The Association of Certified *Fraud* Examiners (ACFE), www.acfe.com, diakses tahun 2014.

Transparency International Bulgaria, 2005, The causes of corruption in the health sector: a focus on health care systems [Internet].

Transparency International, 2006, Global Corruption Report: Corruption and Health [Internet].

Trisnantoro, L., 2014, Paparan dalam diskusi Skenario Pelaksanaan JKN 2014 – 2019.

UNDP. Fighting Corruption In The Health Sector: Methods, tools and good practice. Matsheza P, Timilsina AR, Arutyunova A, editors., 2011, New York: Bureau for Development Policy One United Nations.

University Policies and Procedures, 2011, *Fraud Control Plan*, <http://www.adelaide.edu.au/policies/2803>

Vian T., 2002, Corruption and the Health Sector. USAID and MSI; hal. 1–39.

Vian T., 2008, Review of Corruption In The Health Sector: Theory, Methods and Interventions. Health Policy Plan [Internet].