

ANALISIS YURIDIS SISTEM PENCEGAHAN KECURANGAN (FRAUD) DI FASILITAS KESEHATAN DALAM PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI INDONESIA

Maya Febriyanti Purwandari¹, Efrila², Edwin³
^{1,2,3}Sekolah Tinggi Hukum Militer, Jakarta, Indonesia

*Corresponding Author e-mail: mfebriyanti@yahoo.com, sthm.efrila@gmail.com, edwin140482@gmail.com

Article History

Received:

Revised:

Published:

Key Words:

Normative

Juridical, Fraud

Prevention System,

Health Insurance.

Abstract: Expert opinion states that fraud in the implementation of JKN is an act carried out deliberately to obtain financial benefits from the health insurance program in the National Social Security System through fraudulent acts that are not in accordance with the provisions. Various forms of similar fraud will be able to color in health social insurance claims, which can be carried out by individuals or groups or by Health Service Providers at the first level or hospitals as referral recipients. This form of fraud can occur due to the incomprehension of the community of health service users or carried out by KDP because medical expenses are borne by the insurer. In addition to threatening the sustainability of the JKN program itself, fraud also harms many parties including the general public, patients, medical personnel, hospitals and the government. The general public also bears higher premiums and smaller benefits due to budget leaks. Patients may also be disadvantaged by substandard services and episode breakdown of services. To analyze the application of fraud prevention systems in the implementation of the National Health Insurance Program and to conduct a legal model analysis in preventing Deviation or Fraud in the Implementation of the National Health Insurance Program.

Kata Kunci:

Yuridis Normatif,
Sistem Pencegahan
Kecurangan, Jaminan
Kesehatan.

Abstrack: Pendapat ahli menyatakan Fraud dalam pelaksanaan JKN adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja untuk mendapatkan keuntungan financial dari program jaminan kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan. Berbagai bentuk kecurangan (fraud) serupa akan dapat mewarnai dalam klaim asuransi sosial kesehatan, yang dapat dilakukan oleh individu ataupun kelompok maupun oleh Fasilitas Kesehatan pada tingkat pertama maupun rumah sakit sebagai penerima rujukan. Bentuk kecurangan ini dapat terjadi karena ketidak pahaman masyarakat pengguna pelayanan kesehatan ataupun dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan karena biaya pengobatan ditanggung oleh penanggung. Selain mengancam keberlangsungan program JKN itu sendiri, kecurangan (fraud) juga merugikan banyak pihak diantaranya masyarakat umum, pasien, tenaga medis, rumah sakit dan pemerintah. Masyarakat umum turut menanggung premi yang lebih besar serta manfaat yang lebih kecil akibat bocornya anggaran. Pasien juga dapat dirugikan dengan adanya pelayanan substandar dan pemecahan episode layanan. Untuk melakukan analisa penerapan sistem pencegahan kecurangan atau Fraud dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional dan Untuk melakukan Analisa Model hukum dalam mencegah Penyimpangan atau Fraud dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Kesehatan Nasional.

Pendahuluan

Prinsip dasar pembangunan kesehatan di Indonesia didasarkan pada Pasal 28 UUD 1945 yang menyatakan bahwa kesehatan merupakan hak asasi setiap warga negara, dan Undang-Undang Kesehatan No.17 tahun 2023 yang menyatakan bahwa kesehatan adalah hak asasi manusia. Kesehatan merupakan hak sebagai salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita negara Indonesia sebagaimana dicita-citakan dalam Pancasila dan UUD 1945. Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 diatur dalam Pasal 4 Ayat 1 bahwa setiap orang berhak hidup jasmani, rohani, dan sosial.

Pembukaan UUD 1945 menyatakan bahwa tujuan nasional bangsa Indonesia adalah memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan nasional, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial. Untuk

mencapai tujuan nasional tersebut dilaksanakan inisiatif pembangunan berkelanjutan, yaitu serangkaian pembangunan yang komprehensif, tepat sasaran, dan terpadu, termasuk pembangunan kesehatan.

Dalam Pembukaan Alinea keempat disebutkan bahwa fungsi dari pembentukan Pemerintah Negara Indonesia adalah untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum. Untuk melaksanakan amanat UUD 1945 tersebut Untuk melaksanakan amanat UUD 1945, diundangkan di Indonesia Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial dan Undang- undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Jaminan Sosial dalam bentuk penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Negara (SJSN) menyatakan bahwa prinsip penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional adalah memperoleh pemerataan akses terhadap pelayanan kesehatan dan melaksanakan penyelenggaraannya secara efektif dan efisien.

Prinsip pengendalian mutu dan biaya harus diterapkan sepenuhnya pada seluruh tingkat pelayanan, dengan mempertimbangkan karakteristik pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan inefisiensi. Salah satu inisiatif BPJS Kesehatan yang disepakati seluruh pemangku kepentingan adalah penerapan model pembayaran prospektif. Kewajiban ini secara tegas tertuang dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 yang mewajibkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, khususnya BPJS Kesehatan, untuk membayarkan manfaat kesehatan kepada institusi kesehatan secara efektif dan efisien.

Seerti yang kita ketahui bahwa Kesehatan merupakan suatu hal yang sangat berharga bagi kehidupan manusia dan isu terkait Kesehatan di Masyarakat Indonesia menjadi sangat krusial mengingat banyaknya jumlah kasus baik rawat jalan maupun rawat inap di Rumah Sakit yang tersebar di seluruh Indonesia. Dahulu sebelum ada BPJS Kesehatan maka penjaminan terhadap akses layanan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan sangat terbatas karena hanya kalangan tertentu saja yang memiliki akses terhadap fasilitas Kesehatan seperti contohnya kalangan mampu atau golongan yang mempunyai penjaminan dari asuransi. Banyak kalangan masyarakat yang tidak mempunyai akses ke fasilitas kesehatan karena mahalnya biaya layanan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan sehingga bagi golongan tidak mampu lebih memilih untuk tidak mengobati penyakitnya atau melakukan pengobatan ke pengobatan alternatif yang dirasa lebih terjangkau harganya.

Sejak diberlakukan Program Jaminan Kesehatan Nasional melalui BPJS Kesehatan pada tahun 2014, Perkembangan Peserta JKN sangat pesat, Hingga Desember tahun 2023 jumlah kepesertaan JKN ialah sebanyak 228 juta peserta. Untuk melayani 228 juta peserta, BPJS Kesehatan bekerja sama dengann 3120 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan di Seluruh Indonesia. Jumlah Biaya Layanan Kesehatan yang dibayarkan BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan di untuk layanan Kesehatan kepada peserta JKN pada tahun 2022 ialah sebesar Rp 113,47 triliun.

Angka tersebut meningkat 25,61 persen dibandingkan periode yang sama tahun lalu yang mencapai Rp90,33 triliun pada tahun 2021. Informasi berdasarkan jenis tingkat pelayanan bersifat promotif dan preventif yaitu senilai Rp 490 miliar. Rawat jalan tahap pertama sebesar Rp14,95 triliun, dan rawat inap tahap pertama sebesar Rp1,08 triliun. Selain itu, rawat jalan lanjutan sebesar Rp34,57 triliun, dan rawat inap lanjutan sebesar Rp62,39 triliun. Perkembangan program JKN tidak terlepas dari berbagai tantangan, salah satunya adalah defisit fiskal. Sejak awal berdiri tahun 2014 JKN selalu berada di zona merah dan berada dalam kondisi defisit hingga tahun sebelumnya, namun pada tahun 2020 untuk pertama kalinya

mencatat surplus sebesar 17 triliun rupiah. Surplus anggaran tahun 2020 ini dicapai melalui penyesuaian iuran, peningkatan manfaat BPJS, serta penurunan jumlah pengunjung non-COVID-19 ke FKRTL akibat pandemi COVID-19. Jika tidak hati-hati, peningkatan kunjungan pasien setelah pandemi COVID-19 terkendali juga akan menyebabkan defisit dana JKN. Berbagai penyebab terjadinya defisit ini antara lain besarnya iuran yang tidak sepadan dengan nilai ekonomi, tingginya biaya penyakit katastropik, dan adanya kecurangan atau fraud dalam implementasi Program JKN. Selain mengancam keberlangsungan program JKN itu sendiri, kecurangan (fraud) juga merugikan banyak pihak diantaranya masyarakat umum, pasien, tenaga medis, rumah sakit dan pemerintah. Masyarakat umum turut menanggung premi yang lebih besar serta manfaat yang lebih kecil akibat bocornya anggaran. Pasien juga dapat dirugikan dengan adanya pelayanan substandar dan pemecahan episode layanan (Ardini, et al, 2020)

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menyatakan bahwa prinsip penyelenggara jaminan kesehatan nasional adalah pemerataan akses terhadap pelayanan kesehatan dan penyelenggaraannya efektif dan efisien. Prinsip pengendalian mutu dan biaya harus diterapkan sepenuhnya pada seluruh tingkat pelayanan, dengan mempertimbangkan karakteristik pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan inefisiensi. Salah satu wewenang BPJS Kesehatan yang disepakati seluruh pemangku kepentingan adalah penerapan model pembayaran prospektif. Penting untuk menerapkan langkah-langkah pengendalian kualitas dan pengendalian biaya untuk memastikan bahwa layanan kesehatan diberikan dengan biaya yang efektif, rasional dan sesuai dengan kebutuhan anggota, dan untuk menjamin kelangsungan program asuransi kesehatan.

Salah satu upaya pengendalian kualitas dan pengendalian biaya yang mungkin dilakukan adalah dengan meminimalkan potensi penipuan dalam program asuransi kesehatan. ACFE Nasional (RTTN) Menurut laporan tahun 2018 kepada Association of Certified Fraud Examiners (ACFE), kerugian akibat penipuan layanan kesehatan berjumlah 5% dari total biaya layanan kesehatan. Kewajiban ini secara tegas tertuang dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 yang mewajibkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, khususnya BPJS Kesehatan, untuk secara efektif dan efisien membayarkan manfaat kesehatan kepada institusi kesehatan. Dengan ditetapkannya Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, telah memberikan definisi Kecurangan (Fraud) dalam program Jaminan Kesehatan yaitu 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. Untuk meningkatkan upaya pencegahan dan penanganan Kecurangan (fraud) perlu dibuat.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan teknik tinjauan pustaka sehingga diperoleh data sekunder berupa hasil penelitian terdahulu. (Creswell, 2014) menyatakan bahwa studi kepustakaan adalah sumber informasi yang ditulis secara ringkas dalam majalah, buku, dan dokumen lain yang memberikan informasi masa lalu atau masa kini dan menyusunnya menjadi suatu topik atau dokumen yang diinginkan.

Penelitian Kepustakaan tidak hanya dibuat sebagaikerangka acuan, namun juga dapat dijadikan sebagai kumpulan hasil penelitian yang datanya dapat dianalisis dalam sebuah makalah. Selain itu, dapat dijadikan referensi atau rekomendasi untuk penelitian literatur

selanjutnya. Penerapan studi literatur pada penelitian ini memberikan dampak yang signifikan terhadap hasil dan pembahasan yang diuraikan (Zed, 2014).

Hasil dan Pembahasan

Pembiayaan kesehatan merupakan landasan kemampuan sistem Kesehatan dalam memelihara dan meningkatkan kesejahteraan masyarakatnya. Memahami jenis indikator yang dapat digunakan untuk memantau dan mengevaluasi pembiayaan sistem kesehatan memerlukan penilaian eksplisit terhadap harapan yang ingin dicapai (Health & Organization, 2008). Pembiayaan kesehatan mengacu pada fungsi sistem kesehatan dan sistem kesehatan yang melibatkan mobilisasi, akumulasi, dan pengalokasian dana untuk memenuhi kebutuhan kesehatan individu masyarakat. Tujuan pembiayaan kesehatan adalah untuk memastikan bahwa semua individu memiliki akses terhadap layanan kesehatan publik dan layanan kesehatan swasta yang efektif, menyediakan sumber daya, dan mengatur hak atas insentif keuangan bagi penyedia layanan kesehatan (Pusparina et al., 2017).

Setelah Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak tahun 2014, BPJS Kesehatan telah beberapa kali mengalami defisit dan baru mengalami surplus pada tahun 2020 sd 2022 karena pandemi Covid yang membuat penurunan akses peserta ke Fasilitas Kesehatan akibat beralihnya layanan Kesehatan ke layanan penyakit Covid. Defisit yang dimaksud ialah tidak berimbangnya penerimaan iuran yang didapat dengan realisasi biaya pelayanan Kesehatan atau dengan kata lain terdapat saldo negative antara penerimaan iuran dengan realisasi biaya pelayanan Kesehatan. Yang dimaksud dengan Fraud dalam Jaminan Kesehatan Nasional ialah Tindakan yang sengaja berupa penipuan untuk mendapatkan pembiayaan klaim yang lebih besar dari yang seharusnya sehingga ada pihak yang dirugikan (Ariati, 2015). Dalam mengatasi kecurangan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional, Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan regulasi berupa Peraturan Menteri Kesehatan no 16 tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) serta Pengenaan sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (Fraud) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

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., sehingga terdapat 3 unsur yang harus dipenuhi Ketika mendefinisikan Fraud yaitu Tindakan yang dilakukan dengan sengaja, Tindakan untuk mendapatkan keuntungan Finansial dan Tindakan yang curang tidak sesuai ketentuan sehingga merugikan pihak lain. (Quensland, 2012)

PMK Nomor 16 Tahun 2019, yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan, bertujuan untuk mengurangi insiden kecurangan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sebagaimana dijelaskan dalam pendahuluan, PMK ini dirancang sebagai dasar hukum untuk langkah-langkah pencegahan kecurangan dalam program JKN. Diterbitkan pada bulan April 2019, PMK ini menggantikan PMK Nomor 36 Tahun 2015. Isi dari PMK Nomor 16 Tahun 2019 mencakup berbagai kegiatan, seperti meningkatkan kesadaran, pelaporan, deteksi, investigasi, dan pemberian sanksi. Sasaran PMK ini mencakup peserta JKN, BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, penyedia alat kesehatan dan obat, serta pihak-pihak terkait lainnya.

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 medis (5) inefisiensi dalam system (6) tidak transparan dalam fasilitas Kesehatan dan (7) faktor budaya.

Diperlukan sebuah upaya sistematis untuk dan berkelanjutan untuk mengendalikan Fraud layanan kesehatan. Kegiatan dalam sistem anti Fraud harus berupa siklus yang dimulai dari pembangunan kesadaran- pelaporan- deteksi – investigasi- pemberian sanksi.

Pembangunan kesadaran merupakan kunci untuk mencegah terjadinya atau meluasnya Fraud layanan kesehatan. Pembangunan kesadaran dapat dilakukan dalam bentuk sosialisasi dan edukasi Permenkes no 16 tahun 2019 menyebutkan terkait hal-hal yang dapat dijadikan aspek penanganan terhadap kejadian terindikasi fraud yaitu pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan JKN yaitu sebagai berikut Pasal 3 BPJS Kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus membangun sistem pencegahan Kecurangan (fraud) melalui:

- a. penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan (fraud);
- b. pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (fraud);
- c. pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya; dan
- d. pembentukan tim pencegahan Kecurangan (fraud).

Tim pencegahan Kecurangan (fraud) sebagaimana dimaksud pada bertugas:

- a. menyosialisasikan regulasi dan budaya yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya;
- b. meningkatkan budaya
- c. pencegahan Kecurangan (fraud);
- d. mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan/atau tata kelola klinis yang baik;
- e. melakukan upaya deteksi dan penyelesaian Kecurangan (fraud);
- f. monitoring dan evaluasi; dan
- g. pelaporan.

Pencegahan terjadinya kecurangan dalam pelayanan kesehatan dilakukan oleh satuan- satuan pelayanan jaminan kesehatan nasional sebagai berikut: a) Pemerintah sebagai lembaga pengatur telah melakukan upaya pencegahan dengan menetapkan indikator kecurangan, standar pelayanan, standar pengobatan, standar obat. dan peraturan medis. Perangkat ini dapat digunakan di semua layanan medis.

Pemerintah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional terhadap potensi penyelewengan; b) Perusahaan asuransi melakukan penyelidikan berkala terhadap klaim ganti rugi fasilitas pemeriksaan kesehatan dan pengobatan; c) Penyedia pelayanan kesehatan/fasilitas rumah sakit menyampaikan dokumen sesuai pelayanan yang diberikan kepada peserta jaminan kesehatan nasional, memberikan pelayanan dan manfaat sesuai standar seperti menghormati hak peserta, rumah sakit melakukan penilaian internal oleh Unit Pengawasan Internal (IPS); dan d) Peserta memberikan informasi identifikasi dirinya untuk mencegah penyalahgunaan oleh pihak yang tidak berkepentingan yang meminta informasi terkait layanan yang diberikan oleh penyedia layanan medis (Jasri, 2016).

Beberapa penyimpangan hal dibawah ini termasuk dalam kategori “Fraud” dalam pelayanan kesehatan:

- a. Upcoding berarti berusaha membuat kode diagnosa dan tindakan dari pelayanan yang ada lebih tinggi atau lebih kompleks dari yang sebenarnya dikerjakan di institusi pelayanan kesehatan atau sebaliknya.
- b. Phantom Billing berarti bagian penagihan dari institusi Rumah Sakit membuat suatu tagihan ke pihak penyelenggara JKN dari suatu tagihan yang tidak ada pelayanannya.
- c. Inflated Bills adalah suatu tindakan membuat tagihan dari suatu pelayanan di RS menjadi lebih tinggi dari yang seharusnya.
- d. Service unbundling or fragmentation adalah suatu tindakan yang sengaja melakukan pelayanan tidak langsung secara keseluruhan tapi dibuat beberapa kali pelayanan.
- e. Standart of Care berarti suatu tindakan yang berusaha untuk memberikan pelayanan dengan menyesuaikan dari tarif INA CBG yang ada, sehingga dikhawatirkan cenderung menurunkan kualitas dan standar pelayanan yang diberikan.
- f. Cancelled Service adalah melakukan pembatalan pelayanan yang rencananya diberikan dan tetap ditagihkan pada sistem.
- g. No Medical Value adalah melakukan suatu layanan kesehatan yang tidak memberikan manfaat untuk pemeriksaan dan penatalaksanaan pasien
- h. Unnecessary Treatment berarti melakukan suatu pengobatan atau pemberian layanan kesehatan yang tidak dibutuhkan dan tidak diperlukan oleh pasien
- i. Length of Stay adalah melakukan perpanjangan masa rawat inap di institusi pelayanan kesehatan untuk mencapai tarif penggantian yang lebih tinggi.
- j. Keystroke mistake adalah kesalahan yang dilakukan dengan sengaja dalam penginputan penagihan pasien dalam sistem tarif untuk mencapai penggantian tarif yang lebih tinggi.

Beberapa hal yang menjadi penyebab terjadinya fraud menurut teori Fraud Diamond yang merupakan pandangan baru terhadap fenomena fraud yang diusulkan oleh Wolfe & Hermanson (2004). Teori ini adalah bentuk pembaruan dari Teori Fraud Triangle oleh Cressey (1950) yang menambahkan elemen kualitatif yang diyakini memiliki hubungan signifikan dengan tindakan fraud. Jika dalam Teori Fraud Triangle (Cressey, 1950) Tuanakotta (2010:207) menjelaskan bahwa terdapat elemen yaitu Incentive/Pressure (tekanan), Opportunity (peluang) dan Rationalization (rasionalisasi), 3 elemen tersebut dalam Teori Fraud Diamond mengalami penambahan elemen yaitu Capability/Capacity.

Penjelasan dari elemen yang menjadi alasan dilakukan fraud adalah Incentive/Pressure (Tekanan), Incentive atau tekanan dapat didefinisikan sebagai motif dari perilaku seseorang untuk melakukan penyelewengan karena dipicu oleh adanya dorongan yang dirasakan (Arles, 2014). Setiap pelaku harus menghadapi beberapa jenis tekanan untuk dapat melakukan penipuan. Tekanan yang dirasakan diartikan sebagai motivasi yang menuntun pelaku untuk terlibat dalam perilaku yang tidak etis. Tekanan semacam ini dapat terjadi pada semua pihak di semua tingkatan organisasi dan dapat terjadi karena berbagai alasan (Ruankaew, 2016). Alasannya dapat berupa adanya tekanan finansial, tekanan karena adanya dorongan dari kebiasaan yang buruk dan tekanan yang berhubungan dengan pekerjaan (Wijayani, 2016) Opportunity (Peluang/Kesempatan) Elemen Opportunity dalam kaitannya dengan fraud diartikan sebagai suatu keadaan yang memungkinkan seseorang untuk dapat melakukan tindakan yang tidak dibenarkan seperti tindakan penyelewengan (Arles, 2014). Peluang bisa terjadi karena dipengaruhi oleh lemahnya pengendalian internal, pengawasan yang kurang terkontrol, atau karena posisi yang strategis. Dengan memanfaatkan suatu kondisi atau posisi tertentu, seseorang dapat dengan leluasa mengatur kepentingan orang banyak. Rationalization

(Rasionalisasi) Konsep rasionalisasi menunjukkan bahwa pelaku harus bisa merumuskan beberapa bentuk rasionalisasi yang dapat diterima secara moral sebelum terlibat dalam perilaku yang tidak etis (Abdullahi, Mansor & Nuhu, 2015). Rasionalisasi memungkinkan penipu memandang tindakan ilegalnya sebagai suatu Tindakan yang dapat diterima. Alasan seperti tergoda untuk melakukan fraud karena merasa rekan kerjanya juga melakukan hal yang sama dan tidak menerima sanksi atas tindakan fraud tersebut bisa menjadi pembenaran dari penyelewengan yang terjadi (Zulaikha & Hadiprajitno, 2016). Pada akhirnya, tindakan rasionalisasi ini hanya akan menghasilkan pemakluman dari tindakan fraud yang telah terjadi, apalagi jika tindakan fraud dilakukan secara terus-menerus. Capacity/Capability (Kemampuan) Capacity atau kapabilitas diartikan sebagai suatu kemampuan atau kelebihan seseorang dalam memanfaatkan keadaan yang melingkupinya, yang mana kemampuan ini lebih banyak diarahkan pada situasi untuk mengelabui sistem pengendalian internal dengan tujuan untuk melegalkan hal-hal yang sebenarnya dilarang dalam suatu organisasi (Arles, 2014).

Keterkaitan antara teori Fraud Diamond dengan penelitian ini menekankan pada motivasi untuk melakukan suatu tindakan, apakah tindakan tersebut tunduk pada aturan seperti mengikuti SOP (Standard Operating Procedures) yang ada atau sebaliknya, menyimpang dari kenyataan. Implikasinya berkaitan dengan bagaimana tekanan dapat memotivasi seseorang untuk bertindak negatif, tekanan tersebut bisa berasal dari atasan seperti diminta membayar imbalan, mengirimkan sejumlah uang kepada pengurus, manajemen atau kepada instansi terkait lainnya sebagai kompensasi atas manfaat atas kecurangan yang dilakukan tersebut. yang dilakukan pada penagihan klaim Fasilitas Kesehatan.

Peluang (opportunity/peluang) terkait dengan lemahnya pengendalian internal baik tidak berjalan seperti biasa atau ada hubungan internal antara Bagian Keuangan dengan Pemberi Jasa Layanan Kesehatan di fasilitas Kesehatan. Pencegahan kecurangan harus dilakukan secara menyeluruh, terstruktur, dan sistemik dengan melibatkan semua sumber daya manusia di rumah sakit. Strategi pencegahan kecurangan dapat diimplementasikan melalui beberapa pendekatan, termasuk penerapan kebijakan dan regulasi anti-kecurangan, pengelolaan korporatif yang berfokus pada kontrol mutu dan pengendalian biaya, serta pengelolaan klinik yang berorientasi pada pengendalian mutu dan biaya. Penting untuk mengembangkan budaya anti- kecurangan dan meningkatkan peran pemangku kepentingan. Fasilitas Kesehatan juga perlu melakukan upaya deteksi dini terhadap potensi kecurangan pada setiap klaim yang diajukan kepada BPJS Kesehatan.

Keterbukaan informasi, baik dalam proses pengambilan keputusan maupun dalam penyampaian informasi yang sesuai dengan kebutuhan untuk mencegah Kecurangan JKN, dapat disebut sebagai transparansi. Kejelasan fungsi struktur sistem dan pertanggungjawaban pelayanan, sehingga pengelolaan dapat berjalan efektif, dapat disebut sebagai akuntabilitas. Kesesuaian atau kepatuhan dalam pengelolaan pelayanan terhadap prinsip organisasi yang sehat, dalam upaya mencegah Kecurangan JKN, dapat disebut sebagai tanggungjawab. Suatu keadaan di mana organisasi dikelola secara profesional tanpa adanya benturan kepentingan, pengaruh, atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan prinsip-prinsip organisasi yang sehat dalam upaya mencegah Kecurangan JKN, dapat disebut sebagai independensi.

Penatalaksanaan Kecurangan tersebut sangat berkaitan dengan tata kelola perusahaan yang baik (good corporate governance), dan tata kelola klinis yang baik (good clinical governance) di Fasilitas Kesehatan sebagaimana tertuang dalam Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 yaitu:

Pelaksanaan prinsip Good Corporate Governance dan Good Clinical Governance di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, antara lain:

1. Penetapan kewenangan dan uraian tugas tenaga kesehatan dan non-kesehatan.
2. Penetapan dan penerapan Standard Operational Procedure (SOP). Untuk SOP layanan klinis mengacu ke Pedoman Nasional
3. Pelayanan Kedokteran (PNPK), Panduan Praktik Klinis (PPK), Clinical Pathway (CP) dan/atau pedoman lain yang ditetapkan oleh Menteri.
4. Penetapan prosedur internal untuk pengajuan klaim non-kapitasi.
5. Pengelolaan dana jaminan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pelaksanaan prinsip Good Corporate Governance dan Good Clinical Governance di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan, antara lain:

1. Penetapan kewenangan dan uraian tugas tenaga kesehatan dan non-kesehatan.
2. Penetapan dan penerapan Standard Operational Procedure (SOP). Untuk penetapan SOP layanan klinis mengacu ke Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) dan/atau pedoman lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
3. Penetapan prosedur internal untuk pengajuan klaim.

Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 mengamanatkan upaya pembinaan dan pengawasan terhadap pencegahan kecurangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan kewenangan masing-masing. Upaya tersebut melibatkan berbagai metode seperti advokasi, sosialisasi, bimbingan teknis, pelatihan, peningkatan kapasitas SDM, serta monitoring dan evaluasi. Peraturan ini juga menyediakan sanksi administratif untuk pelaku kecurangan, termasuk teguran lisan, teguran tertulis, dan/atau perintah pengembalian kerugian kepada pihak yang dirugikan. Meskipun sanksi administratif diberlakukan, peraturan ini tidak menghapus kemungkinan penerapan sanksi pidana sesuai dengan Pasal 378 KUHP. Oleh karena itu, di masa depan disarankan untuk membuat peraturan khusus yang mengatur mengenai kecurangan, yang dapat berbentuk undang-undang Anti Kecurangan dalam Pelayanan Kesehatan. Pencegahan kecurangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dilakukan melalui Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB), yang memiliki tanggung jawab dari pelaksanaan program-program anti-kecurangan hingga melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap program yang telah diimplementasikan. Menjalankan peran sebagai tim anti-kecurangan dalam layanan kesehatan tidaklah mudah. Mereka harus menjaga hubungan yang akrab dengan rekan sejawat sambil tetap tegas dalam menegakkan aturan.

Dalam menjalankan aturan pencegahan kecurangan dan penerapan sanksi dalam mengatasi kecurangan dalam implemtasi Progtam JKN, terdapat pihak yang pro dan kontra. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menjelaskan bahwa investigasi dilakukan untuk memastikan adanya dugaan kecurangan JKN, memahami detail kejadian, dan mengidentifikasi latar belakang atau alasan di baliknya. Tantangan yang dihadapi di Indonesia adalah belum adanya investigator khusus untuk menangani kecurangan di layanan kesehatan, berbeda dengan di Amerika Serikat yang

memiliki profesi khusus untuk hal ini, yang tergabung dalam Association of Healthcare Fraud Investigators (AHFI). Setelah proses investigasi, investigator akan memberikan rekomendasi sanksi bagi pelaku yang terbukti melakukan tindakan fraud.

Pemberian sanksi yang tegas kepada pelaku fraud diharapkan bisa menimbulkan efek jera. Meskipun dalam Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 sudah disebutkan mengenai sanksi-sanksi administratif yang dapat dikenakan, namun penerapan sanksi tersebut hingga kini belum berjalan dengan tegas, sehingga beberapa pihak masih menganggap sanksi tersebut hanya sebagai ancaman semata. Untuk mengoptimalkan pemberantasan fraud, setelah sanksi diberikan, pelaku juga perlu mendapatkan pembinaan dan pengawasan lebih lanjut sebagai upaya untuk membangun kesadaran agar tidak mengulangi perbuatannya. Dari perspektif pendukung, dapat disimpulkan bahwa entitas yang paling berperan dalam mendukung implementasi program anti kecurangan adalah BPJS Kesehatan, KPK, dan organisasi profesi. Meskipun BPJS Kesehatan memiliki potensi sebagai pelaku kecurangan, kemungkinannya relatif kecil dibandingkan dengan kecurangan yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan dan peserta. Sebagai lembaga yang bertanggung jawab atas penyelenggaraan JKN, BPJS Kesehatan mengaudit setiap pengeluaran dengan pemeriksaan oleh lembaga pemeriksa pemerintah dan Kantor Akuntan Publik. Meski demikian, seringkali BPJS Kesehatan lebih fokus pada kecurangan yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan dan peserta, kurang memperhatikan kecurangan yang terjadi di internalnya. Namun, seiring berjalannya program JKN, BPJS Kesehatan telah menyadari pentingnya melihat kecurangan dari berbagai sudut dan aktif berupaya untuk mengendalikan kecurangan di internalnya (Djasri et al., 2016). KPK, sebagai lembaga anti-korupsi di Indonesia, memiliki kepentingan yang besar dalam implementasi program anti-kecurangan JKN, namun upayanya dalam penyelidikan dan tindakan terhadap pelaku kecurangan belum optimal (Sadikin & Adisasmito, 2016).

Pemberian sanksi bertujuan untuk menangani pelaku kecurangan (fraud). Menurut Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan Kecurangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), wewenang untuk memberikan sanksi berada di tangan Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sanksi yang diatur dalam Permenkes ini mencakup sanksi administratif seperti teguran lisan, teguran tertulis, dan/atau perintah untuk mengembalikan kerugian akibat kecurangan JKN kepada pihak yang terkena dampak.

Jika kecurangan dilakukan oleh penyedia layanan, sanksi administratif dapat diperberat dengan denda hingga 50% dari jumlah kerugian yang harus dikembalikan. Untuk tenaga kesehatan yang terlibat dalam kecurangan, sanksi administratif bisa mencakup pencabutan izin praktik. Selain sanksi administratif, pelaku kecurangan juga dapat menghadapi sanksi pidana sesuai dengan Pasal 379, Pasal 379a, dan Pasal 381 KUHP. Meskipun tidak disebutkan secara spesifik dalam pasal-pasal tersebut, kecurangan dalam JKN dipandang sebagai bentuk penipuan. Di sisi kontra, pihak yang menentang melibatkan fasilitas kesehatan, termasuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), serta kolegium. Alasan utamanya adalah sejak diberlakukannya regulasi anti-kecurangan, penerapannya dianggap kurang memadai, meskipun masih berada dalam batas toleransi. Fasilitas kesehatan menjadi fokus utama dalam upaya memberantas kecurangan dalam program JKN karena penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 60% kecurangan berasal dari fasilitas kesehatan (Hendartini, 2014; Santoso et al., 2018).

Potensi terjadinya penipuan dalam layanan kesehatan semakin terlihat di Indonesia, tetapi belum ada sistem pengendalian yang memadai. Diperlukan langkah-langkah sistematis

untuk mencegah penyebaran kejadian ini. Kerjasama antara berbagai pihak dalam upaya pemberantasan penipuan dalam layanan kesehatan dapat memiliki dampak positif. Pengendalian penipuan harus dilakukan secara berkesinambungan. Langkah-langkah pengendalian penipuan yang telah diimplementasikan dan dampaknya terhadap penghematan keuangan negara sebaiknya didokumentasikan dalam laporan berkala agar dapat diakses oleh publik.

Fasilitas Kesehatan harus mengoptimalkan tim pencegahan fraud yang akan menjadi ujung tombak pengembangan dan implementasi sistem pencegahan dan deteksi penipuan. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No 16/2019 menyatakan bahwa tim ini setidaknya harus terdiri dari unsur satuan pemeriksaan internal, komite medis, koder, dan unsur terkait lainnya. Tugas tim adalah melakukan pencegahan dan deteksi dini fraud berbasis data klaim kepada BPJS Kesehatan, mensosialisasikan regulasi yang berorientasi pada pengendalian mutu dan biaya untuk mendukung penerapan tata kelola organisasi dan klinis yang baik. Menurut American Institute of Certified Public Accountants (AICPA), terdapat tiga kriteria utama yang harus dimiliki oleh suatu organisasi agar dapat mencegah kecurangan (fraud), yaitu memiliki budaya kejujuran dan etika yang kuat, peranan dan komitmen manajerial yang tinggi, serta tim audit yang efektif (Law, 2011).

Dalam konteks fasilitas kesehatan, penting bagi mereka untuk memiliki keunggulan dalam menerapkan prinsip Good Corporate Governance dan Good Clinical Governance. Hal ini mencakup implementasi langkah-langkah pencegahan, deteksi, dan penyelesaian terhadap kecurangan (fraud), serta pengembangan pelayanan yang berfokus pada kontrol mutu dan pengelolaan biaya. Pentingnya tim auditor internal dan tim/komite pencegahan kecurangan yang efektif diakui sebagai salah satu kunci pencegahan kecurangan (fraud) (Law, 2011). Namun, pada kenyataannya, saat ini Tim Pencegahan Kecurangan (fraud) dan Satuan Pengawas Internal di fasilitas kesehatan sering kali menanggung dua peran sekaligus dan kurang efektif dalam menjalankan fungsi-fungsinya.

Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian Susanti tahun 2022 yang mencatat bahwa, meskipun tim pencegahan kecurangan (fraud) sudah dibentuk, perannya masih belum optimal. Untuk meningkatkan efektivitas, disarankan untuk membentuk tim pencegahan kecurangan (fraud) yang berspesialisasi, sehingga tim dapat terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya dalam mencegah kecurangan (fraud) serta dapat memprioritaskan tugas-tugasnya. Menurut American Institute of Certified Public Accountants (AICPA), tiga kriteria utama yang harus dimiliki suatu organisasi untuk dapat mencegah kecurangan (fraud) adalah budaya kejujuran dan etika yang kuat, peranan dan komitmen manajerial, serta tim audit yang efektif (Law, 2011).

Mengingat betapa merugikannya dampak dari praktik kecurangan yang dapat mengancam keberlangsungan tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih, sangat penting bagi pimpinan instansi untuk mengendalikan risiko terjadinya kecurangan. Kebijakan pengendalian penipuan perlu diterapkan dalam birokrasi pemerintahan. Tata Kelola Risiko Kecurangan dilakukan melalui manajemen risiko kecurangan yang tercantum dalam kebijakan tertulis mengenai program dan kinerja. Aktivitas Pengendalian Kecurangan meliputi pengawasan internal untuk mencegah kecurangan. Jika terjadi penyimpangan yang mengarah pada kecurangan, harus dilaporkan dan ditangani dengan cepat, yang mencakup pemberian sanksi dan hukuman yang sesuai.

Perlu juga dilakukan pemantauan dan evaluasi untuk meningkatkan deteksi kecurangan serta mengkomunikasikan hasil program manajemen risiko kecurangan kepada seluruh pegawai. Evaluasi ini diharapkan meningkatkan kesadaran akan pentingnya pencegahan kecurangan. Dalam lingkungan fasilitas kesehatan, seringkali terdapat area rawan kecurangan yang harus diidentifikasi sejak awal, seperti pengelolaan keuangan, pengadaan barang dan jasa, pelayanan publik, dan kegiatan lainnya. Pada area-area ini, peran manajemen risiko pengendalian kecurangan sangat penting agar tujuan organisasi tidak terhambat

Kesimpulan

Pencegahan fraud dalam pelayanan kesehatan telah dilakukan oleh pemangku kepentingan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui beberapa langkah penting. Pemerintah, sebagai regulator, telah mengambil tindakan preventif dengan menetapkan indikator fraud, standar pelayanan, standar terapi, serta standar penggunaan obat dan alat kesehatan yang dapat diterapkan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan. Bersama dengan BPJS Kesehatan, pemerintah secara rutin melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan JKN untuk mengidentifikasi potensi fraud. Selain itu, perusahaan asuransi juga melakukan investigasi rutin terhadap klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan untuk memastikan kebenarannya.

Penyedia layanan kesehatan atau fasilitas rumah sakit bertanggung jawab untuk mengajukan klaim yang sesuai dengan pelayanan yang diberikan kepada peserta JKN, serta memberikan layanan yang terstandarisasi dan memenuhi hak peserta. Di tingkat internal, rumah sakit melakukan verifikasi melalui Satuan Pengawas Internal (SPI) guna mencegah terjadinya kecurangan. Di sisi lain, peserta asuransi juga diharapkan untuk memberikan identitasnya dengan benar agar tidak disalahgunakan oleh pihak yang tidak berwenang, serta meminta informasi yang berkaitan dengan layanan yang diterima dari penyedia layanan kesehatan.

Potensi kerugian besar akibat fraud dalam JKN mendorong pemerintah untuk mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 16 Tahun 2019 tentang pencegahan fraud dalam JKN. Dari hasil analisis terhadap peraturan ini, direkomendasikan adanya upaya advokasi kepada para pemangku kepentingan yang berpotensi mendukung pencapaian tujuan utama kebijakan tersebut. Fraud di sektor kesehatan seringkali disebabkan oleh celah dalam sistem pembiayaan, yang mendorong beberapa fasilitas kesehatan untuk melakukan tindakan fraud sebagai strategi coping. Oleh karena itu, diperlukan kajian lebih mendalam dan evaluasi terhadap sistem pembayaran JKN.

Namun, juga harus diwaspadai adanya fraud yang dilakukan dengan motivasi untuk mencari keuntungan yang sebesar-besarnya oleh fasilitas kesehatan. Hal ini memerlukan pendekatan yang berbeda, termasuk penerapan aturan yang tegas, sanksi yang jelas bagi fasilitas yang terbukti melakukan fraud, hingga peninjauan kembali kerja sama dengan fasilitas yang terlibat dalam pelanggaran..

Referensi

- Abdullahi, R., Mansor, N. & Nuhu M.S. (2015). Fraud triangle theory and fraud diamond theory. Understanding the convergent and divergent for future research. *International Journal of Academic Research in Accounting, Finance and Management Science*, 1 (1): 38-45.
- Ardiyani, Susmitra. 2015. Analisis Determinan Financial Statement Melalui Pendekatan Fraud Triangle. *Accounting Analysis Journal*. Vol 4 (1), hal 1- 10 Arles, Leardo. 2014.

- Faktor-Faktor Pendorong Terjadinya Fraud: Predator Vs. Accidental Fraudster Diamond Theory Refleksi Teori Fraud Triangle (Klasik) Suatu Kajian Teoritis. Papper Ilmiah. Fakultas Ekonomi. Universitas Riau: Riau.
- Ariati, N. (2015). Pencegahan Korupsi dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. Diambil dari http://mds.marshall.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1044&context=mgmt_faculty
- Cressey, DR, 1973, *Other People's Money* (Montclair: Patterson Smith, 1973) hal.30.
- Creswell, J. W. 2014. *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches— 4th ed.* USA : SAGE Publications, Inc.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches: Sage publications*
- Djasri, H., Rahma, P. A., & Hasri, E. T. (2016). Korupsi Dalam Pelayanan Kesehatan Di Era Jaminan Kesehatan Nasional: Kajian Besarnya Potensi Dan Sistem Pengendalian Fraud. *Integritas*, 2(1), 113–133.
- Hendrartini, Y. (2014). Deteksi dan Investigasi Fraud dalam Asuransi Kesehatan : Bagaimana di Indonesia ? 1–19.
- Jasri, H. (2016). Blended Learning Optimalisasi Peran Tim Pencegahan Kecurangan JKN di Rumah Sakit. *Mutu Pelayanan Kesehatan*. Diambil dari <https://www.mutupelayanankesehatan.net/41-cop-fraud/243-bimbingan-teknis-tim-pencegahan-kecurangan-jkn-di-rumah-sakit>
- Law, P. (2011). Corporate governance and no fraud occurrence in organizations. *Managerial Auditing Journal*, 26(6), 501–518. 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>
- Ruankaew, Thanasak. 2016. Beyond the Fraud Diamond. *International Journal of Business Management and Economic Research(IJBMER)*, Vol 7(1),2016, 474-476
- Sadikin, H., & Adisasmito, W. (2016). Analisis Pengaruh Dimensi Fraud Triangle Dalam Kebijakan Pencegahan Fraud Terhadap Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUP Nasional Cipto Mangunkusumo. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(2), 28–34. <https://doi.org/10.7454/eki.v1i2.1871>
- Shahriari, 2001, *Institutional Issues in Informal Health Payments in Poland*, Wahington DC.
- Susanti, D.; Arifin, P.; Rahma, D.; Fahmi, M.; Julaeha, L.; Putri, W.; (2022) *Tackling fraud and corruption in Indonesia's health insurance system*. Bergen: U4 Anti-Corruption Resource Centre, Chr. Michelsen Institute (U4 Issue 2022:13)
- Wijayani, D. R. (2016). Insider Trading dalam Perspektif Fraud Diamond. *Proceeding SENDI_U* (pp: 633-642).
- Zulaikha, Z., & Hadiprajitno, P. T. B. (2016). Faktor-faktor yang Memengaruhi Procurement Fraud: sebuah Kajian dari Perspektif Persepsian Auditor Eksternal. *Jurnal Akuntansi dan Keuangan Indonesia*, 13 (2): 194-220.