

# Komitmen Pimpinan & Edukasi Tim untuk Mengoptimalisasi Penerapan Regulasi Anti Fraud Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

## Ringkasan Eksekutif

Kebijakan pencegahan kecurangan JKN (PMK No. 36/2015 yang saat ini sudah direvisi menjadi PMK No. 16/2019) belum berjalan optimal. Penerapan regulasi ini terkendala rendahnya komitmen pimpinan organisasi dan juga kurang piawainya tim pencegahan kecurangan JKN (TPK JKN). Penerapan regulasi yang belum berjalan optimal dapat berdampak pada tingginya kasus fraud layanan kesehatan. Fraud dapat menimbulkan kerugian baik dari aspek finansial, keselamatan pasien, maupun merusak citra pelaku. Tidak kurang antara 3 – 10 % dana kesehatan hilang akibat fraud. Fraud berdampak juga pada buruknya mutu pelayanan kesehatan yang pada akhirnya merugikan pasien. Pelaku fraud terancam sanksi etika, administrasi, hingga pidana.

## Sasaran Pembaca

Kementerian Kesehatan; BPJS Kesehatan; Pemerintah Provinsi dan Kabupaten; Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten; serta Pimpinan dan Tim Anti Fraud Rumah Sakit, Puskesmas, dan Klinik.

## Masalah Kebijakan

Permenkes No. 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (per Juli 2019 diganti dengan PMK No. 16/ 2019) telah menuangkan amanat-amanat upaya pengendalian fraud layanan kesehatan. Namun, berdasar hasil penelitian PKMK FK KMK UGM berjudul Evaluasi Sasaran Peta Jalan JKN dengan Pendekatan Realist 2018, regulasi ini belum sepenuhnya dijalankan. Komponen regulasi yang umumnya sudah dijalankan adalah pembentukan TPK JKN. Tim ini umumnya baru sekedar dibentuk di tingkat Dinas Kesehatan maupun di fasilitas kesehatan (rumah sakit, puskesmas, dan klinik), namun belum menjalankan program-program anti fraud yang diamanatkan PMK No. 36/ 2015. Komponen-komponen pengendalian kecurangan JKN lainnya seperti pengembangan budaya pencegahan kecurangan serta pengembangan pelayanan kesehatan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya sudah berjalan. Namun, komponen penerapan kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan belum ada.

## Hasil Penelitian

Berdasar hasil penelitian PKMK FK KMK UGM berjudul Evaluasi Sasaran Peta Jalan JKN dengan Pendekatan Realist 2018, dapat disimpulkan bahwa program-program anti fraud belum optimal dijalankan karena:

### 1. Rendahnya komitmen pengendalian fraud baik dari sisi tim itu sendiri maupun struktur di atasnya (Kepala Dinas Kesehatan, Kepala FKTP, dan Direktur RS).

Tim Pencegahan Kecurangan JKN seharusnya dapat menjalankan program-program pengendalian fraud secara optimal bila tercipta atmosfer yang mendukung. Atmosfir kerja yang penuh etika ini harus diciptakan oleh pimpinan organisasi (tone of the top). Gaya kepemimpinan yang penuh integritas akan mendorong jajaran dibawahnya untuk berperilaku dan bekerja dengan penuh integritas (ACFE, 2015). Dalam konteks pencegahan kecurangan JKN, integritas di daerah harus mulai ditunjukkan ditingkat pemimpin tertinggi sektor kesehatan di daerah, yaitu Kepala Dinas Kesehatan. Sedangkan di tingkat faskes, Kepala FKTP maupun direktur RS harus menciptakan integritas agar sistem pencegahan kecurangan JKN berjalan.

### 2. Minimnya pengetahuan dan keterampilan terkait kecurangan JKN.

Tim Pencegahan Kecurangan JKN seharusnya juga dapat bekerja baik bila memiliki kompetensi yang memadai. Dampaknya, dengan minimnya pengetahuan tentang bentuk-bentuk fraud yang muncul, tidak ada sistem pencegahan yang benar-benar terbentuk dan tidak mendorong adanya sanksi. Situasi ini yang lebih lanjut akan berdampak pada meningkatnya kasus-kasus fraud (Sparrow cit. Dean, 2013).

## Akibat Jika Tidak Ada Perbaikan

Program-program pencegahan kecurangan JKN yang tidak dijalankan oleh Tim Pencegahan Kecurangan JKN, akan menyebabkan peningkatan resiko fraud. Fraud dapat berdampak pada aspek finansial, mutu layanan klinis, dan pada citra serta nama baik pelaku seperti berikut:

### 1. Dampak terhadap finansial.

Perkiraan di seluruh dunia, sebesar 7,29% dana kesehatan hilang akibat pelayanan yang terbukti fraud. Menurut FBI di Amerika Serikat, dana yang hilang mencapai 3 – 10%. Sedangkan dalam kajian Simanga Msane dan Qhubeka Forensic Services (lembaga investigasi fraud) di Afrika Selatan, dana yang diperkirakan hilang akibat perbuatan fraud adalah sebesar 0,5 – 1 juta dollar Amerika. Di Indonesia sendiri, KPK menyatakan dalam satu semester pada tahun 2015, ada sekitar 175 ribu klaim dari pelayanan kesehatan ke BPJS dengan nilai Rp 400 miliar yang terdeteksi ada kecurangan. Hingga saat ini sudah ada 1 juta klaim yang terdeteksi.

Peraturan Presiden No. 75/ 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden No. 82/ 2018 Tentang Jaminan Kesehatan yang salah satunya mengatur peningkatan tarif iuran jaminan kesehatan menimbulkan potensi dampak fraud yang lebih besar. Meningkatnya iuran kesehatan akan berdampak pada semakin meningkatnya dana kesehatan yang dikelola BPJS Kesehatan. Akibatnya, dana yang berpotensi hilang karena fraud juga semakin besar. Selain itu, tingginya biaya iuran dapat menyebabkan komposisi pelaku fraud juga semakin bervariasi. Bisa jadi, fraud akan cukup banyak juga dilakukan oleh peserta yang tidak puas dengan iuran yang tinggi.

## 2. Dampak terhadap mutu.

Fraud berdampak juga pada penurunan mutu layanan klinis yang pada akhirnya akan berdampak pada keselamatan pasien. Pasien akan menjadi korban dari pelayanan kesehatan yang buruk. Sistem jaminan kesehatan nasional pun akan menjadi korban sehingga tidak dapat optimal menyediakan pelayanan kesehatan bagi peserta program. Berikut contoh-contoh dampak potensi fraud yang terkait dengan penurunan mutu layanan kesehatan (Transparency International, 2019):

1. Resistensi Antimikroba. Selama ini resistensi antimikroba hanya dikaitkan dengan penggunaan antibiotik berlebih. Ternyata, resistensi ini erat kaitannya dengan praktek korupsi. Tim peneliti menemukan data di 28 negara-negara Eropa yang menunjukkan bahwa tingginya angka fraud layanan kesehatan, berkaitan erat dengan tingginya kejadian resistensi antibiotik di antara negara-negara ini.
2. Rujukan yang tidak dibutuhkan pasien. Klinisi dapat melakukan fraud dengan cara merujuk pasien ke provider lain untuk mendapatkan bayaran. Dampaknya, pasien seringkali harus membayar mahal biaya perawatan di faskes baru dengan mutu yang sama saja atau bahkan lebih buruk.
3. Tingginya tindakan Sectio Caesarea (SC) yang tidak sesuai indikasi. Angka tindakan SC yang tidak sesuai indikasi, di seluruh dunia mencapai 6,2 juta. Sepertiga dari kasus ini ditemukan di Cina. Tindakan bedah yang tidak perlu, termasuk SC, terbukti memberi dampak buruk bagi kesehatan pasien jangka panjang.

Sayangnya, di Indonesia data-data penurunan mutu layanan kesehatan akibat fraud belum terdokumentasi.

## 3. Dampak terhadap citra dan nama baik.

Fraud juga mengancam citra dan nama baik pelaku. Di Amerika Serikat, menurut data National Health Care Anti-fraud Association (NHCAA) yang dipublikasikan setiap minggu, pelaku yang terbukti melakukan fraud dikenakan sanksi pidana maupun administrasi. Pelaku

fraud juga kerap kali mendapat sanksi etik dari organisasi profesi berupa pencabutan ijin praktek atau operasi. Di Indonesia, sanksi yang diterapkan kepada pelaku fraud, seperti yang dilaporkan di media-media massa nasional sepanjang tahun 2017 – 2019, terwujud dalam bentuk pemutusan kerja sama dan denda.

## Rekomendasi

Langkah strategis yang perlu dilakukan agar kebijakan pencegahan kecurangan JKN dapat berjalan optimal di daerah adalah:

1. Pimpinan Dinas Kesehatan serta pimpinan provider layanan kesehatan (FKTP & FKRTL) berkomitmen tinggi untuk menerapkan upaya-upaya pengendalian kecurangan JKN.
2. Mengembangkan dan meningkatkan kompetensi Tim Pencegahan Kecurangan JKN di tingkat Dinas Kesehatan dan provider layanan kesehatan melalui program edukasi dan training terkait JKN. Edukasi dan training ini diharapkan tidak sebatas sosialisasi regulasi. Edukasi dan training yang perlu diikuti minimalnya terkait: penerapan Good Corporate dan Clinical Governance, koding dan rekam medis, teknis penilaian resiko fraud, teknis deteksi potensi fraud, teknis investigasi potensi fraud, teknis pelaporan dan pengelolaan laporan dugaan fraud, dan teknis Monitoring dan Evaluasi. Edukasi dan training harus diberikan secara berkelanjutan dan ada follow up berkala untuk menjamin tim mendapat pemahaman yang baik dan ilmu yang dilatihkan benar-benar diterapkan di lapangan.

## Daftar Pustaka

- AHIMA Foundation. (2010). A Study Of Health Care Fraud And Abuse: Implications For Professionals Managing Health Information.
- Association of Certified Fraud Examiner (ACFE). (2015). Tone At The Top: How Management Can Prevent Fraud In The Workplace. Diunduh di <http://www.dmcps.com/2015/> pada 4 Januari 2018.
- Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission (COSO). (2016). Fraud Risk Management Guide Executive Summary. Diunduh di <https://www.coso.org/Documents/COSO-Fraud-Risk-Management-Guide-Executive-Summary.pdf> pada 4 Januari 2018.
- Dean PC, Vazquez-Gonzalez J, dan Fricker L. (2013). Causes and Challenges of Healthcare Fraud in the US. International Journal of Business and Social Science, Vol. 4(14), 1-4.
- Komisi Pemberantasan Korupsi. (2015). Laporan Hasil Kajian Pembangunan Alat Diagnostik dan Petunjuk Pelaksanaan Pencegahan Fraud/ Korupsi Di FKRTL Berdasarkan Permenkes 36/ 2015.
- Laursen KK. (2013). Leadership Strategies and Initiatives for Combating Medicaid Fraud and Abuse. Diunduh di <http://scholarworks.waldenu.edu/dilley> pada 4 Januari 2018.
- National Healthcare Anti-Fraud Association (NHCAA). (2007). The NHCAA Fraud Fighter's Handbook. A Guide to Healthcare Fraud Investigations & SIU Operations. NHCAA: New York.
- The Department of Health and Human Services and The Department of Justice (HHS & DOJ). (2017). Health Care Fraud and Abuse Control Program Annual Report for Fiscal Year 2017. Diunduh di <https://oig.hhs.gov/publications/> pada 5 Januari 2018.

## Tim Penulis

Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc., PhD  
drg. Puti Aulia Rahma, MPH, CFE

## Korespondensi

Puti Aulia Rahma | [putiauliarahma@ugm.ac.id](mailto:putiauliarahma@ugm.ac.id) |  
0813 2935 8583