

Optimalisasi Penerapan Kebijakan Pencegahan Kecurangan JKN Melalui Penguatan Kapasitas Tim Anti Fraud di Kabupaten Jember

Ringkasan Eksekutif

Fraud layanan kesehatan berpotensi terjadi dan semakin berkembang besar di Indonesia. Saat ini sudah ada regulasi yang mengatur tentang pengendalian fraud yaitu PMK No. 36/2015 yang saat ini sudah direvisi menjadi PMK No. 16/2019 namun regulasi ini belum optimal dijalankan karena keterbatasan kemampuan tim antifraud. Situasi ini memungkinkan potensi fraud berkembang semakin besar, peserta program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mendapat pelayanan yang tidak bermutu, dan pelaku dapat terkena sanksi pidana.

Sasaran Pembaca

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

Masalah Kebijakan

Sejauh ini program JKN sudah dapat meningkatkan mutu layanan kesehatan dari sisi dimensi keterjangkauan terhadap sarana pelayanan sedangkan dimensi yang lainnya masih terdapat kendala dalam implementasinya. Pemenuhan dimensi mutu berupa pelayanan yang efektif dan efisien sangat sulit diterapkan dan hal ini lumrah terjadi pada sistem pembayaran dengan sistem asuransi, karena dua hal tersebut erat kaitannya dengan pembiayaan dan standarisasi pelayanan.

Permenkes no 36 tahun 2015 menjelaskan bahwa fraud merupakan tindakan kecurangan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS dan provider selaku pemberi pelayanan kesehatan serta komponen pendukung lainnya seperti penyedia obat dan alat kesehatan untuk mendapatkan keuntungan bagi diri sendiri. Potensi fraud terjadi karena adanya perubahan sistem pembayaran pelayanan kesehatan oleh jaminan, adanya perubahan dalam mekanisme pembayaran klaim INA CBG dan sifat dasar manusia yang selalu ingin lebih.

Hasil Penelitian

Berdasar hasil penelitian tentang *Evaluasi Sasaran Mutu Peta Jalan JKN dengan Pendekatan Realist 2018* yang dilakukan oleh tim PKMK FK KMK UGM dan FKM Universitas Jember menunjukkan bahwa upaya pengendalian kecurangan dalam kerangka JKN belum berjalan efektif karena lemahnya kapasitas tim dalam memahami tanggung jawab sebagai tim pencegahan kecurangan. Tim Fraud di FKTL telah terbentuk namun bekerja hanya memverifikasi dan mengklarifikasi dokumen sebelum dikirim ke BPJS. Sejauh ini *Clinical pathway* juga belum terlaksana sesuai prosedur yang telah ditetapkan di Rumah Sakit.

Dalam hal fraud, telah ada upaya deteksi dini fraud di tingkat FKTP maupun FKRTL melalui kegiatan verifikasi dan klarifikasi dokumen pasien saat mendaftar dan dokumen resume medis sebelum dikirimkan ke BPJS. Tim antifraud di FKRTL bekerja merujuk pada kebijakan Permenkes 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan

Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional. Kebijakan terkait fraud ini hanya disosialisasikan dengan cara men-share file di grup whatsapp agar dapat dibaca oleh seluruh staf. Belum ada upaya pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya. Budaya pencegahan anti fraud lebih ditekankan pada tim medis yang disampaikan secara berkala oleh komite medis. Namun demikian, tata kelola manajemen di faskes sudah lebih tertata dengan adanya kebijakan terkait fraud, karena staf akan berusaha bekerja sesuai jalur yang telah ditetapkan sehingga dapat dikatakan fraud merupakan upaya deteksi dini jika ada hal yang mengarah pada kecurangan. BPJS maupun Dinas Kesehatan Jember belum melakukan monitoring dan evaluasi terkait fraud di faskes. Jika ada perselisihan terkait kecurigaan fraud dari BPJS terhadap faskes, dinas kesehatan menjembatani hal tersebut sehingga jelas duduk perkara karena tidak adanya kebijakan khusus anti fraud.

Akibat Jika Tidak Ada Perbaikan

Sejak dicanangkan program JKN di Indonesia pada tahun 2014 riset publik *anti corruption clearing house* KPK mencatat potensi terjadinya fraud di FKTRL sebagai berikut :

Potensi Fraud	Pertengahan 2015	Akhir 2015	2016
Jumlah klaim	175.774	1.127.773	1.000.000
Nilai kerugian	440 M	12,46 T	2T

Fraud merupakan bagian dari korupsi. Fraud di dunia kesehatan menggambarkan terjadinya kecurangan yang dapat dilakukan oleh semua pihak yang terlibat dalam program JKN. Fraud pada layanan kesehatan selain dapat berpotensi menurunkan mutu layanan kesehatan, fraud juga dapat menimbulkan kerugian finansial negara seperti yang tercantum dalam tabel diatas. Salah satu bentuk fraud, *standard of care*, membuat dana kesehatan meningkat namun dengan mutu di bawah standar. Fraud layanan kesehatan berpotensi semakin banyak terjadi namun belum diiringi dengan sistem pengendalian yang mumpuni.

Kecurangan atau fraud menjadi salah satu resiko dalam berjalannya program JKN. Fraud disinyalir berperan terhadap hilangnya dana kesehatan untuk layanan yang tidak bermutu. Di Indonesia, potensi kecurangan JKN di FKTRL sebesar 400 M (KPK, 2015). Di FKTP angka kecurangan mencapai 1 T (BBC, 2018). Fraud tidak hanya menimbulkan kerugian dari aspek finansial tetapi juga dari sisi keselamatan pasien. Misalnya pada kasus kateterisasi jantung yang tidak perlu pada 750 pasien yang menyebabkan 2 orang pasien meninggal dunia (NHCAA, 2016).

Rekomendasi

Dalam rangka merespon situasi penerapan kebijakan pencegahan kecurangan JKN di Kabupaten Jember, maka diperlukan beberapa langkah strategis supaya penerapan kebijakan tersebut lebih optimal. Langkah strategis tersebut adalah:

- Pimpinan Dinas Kesehatan membentuk lembaga Pencegahan Fraud dengan melibatkan BPJS Kesehatan, FKTRL, FKTP, organisasi profesi, asosiasi rumah sakit dan asosiasi fasilitas kesehatan serta tim independen untuk menguatkan sistem pencegahan kecurangan JKN di daerah.
- Lembaga pencegahan kecurangan JKN tingkat daerah yang sudah terbentuk menyusun program penguatan kapasitas tim dengan memberikan pemahaman secara terstruktur dan reguler tentang pencegahan, deteksi, investigasi dan penindakan kecurangan JKN kepada seluruh tim anti fraud baik yang di level kabupaten, BPJS, FKTRL dan FKTP.
- Lembaga pencegahan kecurangan JKN tingkat daerah yang sudah terbentuk segera menyusun berbagai materi edukasi untuk pencegahan fraud layanan kesehatan serta mendampingi FKTRL dan FKTP menyusun pedoman internal pencegahan fraud di layanan kesehatan dan regulasi internal terkait pencegahan fraud dengan output berbentuk SOP dan SK pimpinan.

Daftar Pustaka

Hasri, E.T., 2019. Policy Brief: Strategi Optimalisasi Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan UGM

H Djasri, PA Rahma, ET Hasri. 2016, Korupsi dalam Pelayanan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional: Kajian Besarnya Potensi dan Sistem Pengendalian Fraud, *Jurnal Integritas* <https://jurnal.kpk.go.id/Dokumen/jurnal-integritas-volume-02-nomor-1-tahun-2016/jurnal-integritas-volume-02-nomor-1-tahun-2016%20-%2006.pdf> (sitasi 3 Oktober 2020)

H Djasri, 2014. Deteksi dan Pencegahan Fraud dalam Pelayanan Kesehatan, <http://www.mutupelayanankesehatan.net/index.php/component/content/article/1533> (sitasi 12 Oktober 2020)

Khoiri Abu, 2020, Pengaruh Background Factors Dan Elemen Fraud Triangle Terhadap Fraud Intention Dalam Skema Penagihan Klaim Di Rumah Sakit Pada Era Jaminan Kesehatan Nasional (*Disertasi*)

NHCAA, 2016, The Challenge of Health Care Fraud, diakses di <https://www.nhcaa.org/resources/health-care-anti-fraud-resources/the-challenge-of-health-care-fraud/> (Sitasi 12 Oktober 2020)

PAMJAKI. (2013). Fraud Pelayanan Kesehatan. Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia. Jakarta.

Pemerintah RI. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.

Utami, D.S., Murti, B. & Suryani, N., 2016. Kajian Implementasi Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Surakarta. (UNS) (Sitasi 3 Oktober 2020)

Widyastuti, K., 2016. Pelaksanaan Ujicoba Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan. BPJS Kesehatan

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

_____ (2015). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 36 tahun 2015. Pencegahan Kecurangan (fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.

_____ (2017). Fraud Pada Jaminan Kesehatan Nasional - Bag.3 <https://www.persi.or.id/diskusi-ilmiah-hukum/124-fraud-pada-jaminan-kesehatan-nasional-bag-3>

_____ (2019). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 16 tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan 55 Kecurangan (Fraud) Serta Peneganaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta

Tim Penulis:

Yennike Tri Herawati, S. KM., M. Kes.

Ni'mal Baroya, S. KM., M. PH.

drg. Puti Aulia Rahma, MPH, CFE

Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc., PhD

Korespondensi:

Ni'mal Baroya | nbaroya@unej.ac.id | 0817 9310 690