

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Selama perjalanan Jaminan Kesehatan Nasional ini Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial, pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Untuk mewujudkan komitmen global sebagaimana amanat resolusi WHA ke-58 tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara mengembangkan *Universal Health Coverage* (UHC) bagi seluruh penduduk maka pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan Jaminan Kesehatan masyarakat melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)(Hartati, 2016).

Dengan dikeluarkannya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)(Semaun & Juneda, 2018). BPJS telah diatur dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Untuk program Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, implementasinya telah dimulai 1 Januari 2014. Program tersebut selanjutnya disebut sebagai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Pada JKN terdapat permasalahan mulai dari kepesertaan, pembiayaan, sosialisasi, infrastruktur pelayanan kesehatan, sistem rujukan, kepuasan provider dan peserta, sampai kecurangan (*Fraud*) dalam penyelenggaraan dana JKN (Devi, 2020). Terjadinya *fraud* pada JKN yang mengakibatkan kerugian semua pihak diantaranya mengurangi kualitas pelayanan pemerintahan dan infrastruktur, serta menambahkan tekanan-tekanan atau pembengkakan terhadap anggaran pemerintah (Ubaidillah, 2020). Kerugian yang terjadi akibat *fraud* yaitu BPJS Kesehatan membayar klaim lebih besar dari biaya yang seharusnya, akibatnya mutu pelayanan memburuk serta catatan tentang pola penyakit dan tindakan menjadi sulit dipercaya. Hal ini *fraud* menjadi urusan serius bagi sektor kesehatan

yang bisa merugikan keuangan Negara dan masyarakat, juga menurunkan mutu pelayanan kesehatan.

Menurut Black's Laws menjelaskan pengertian *fraud*, suatu perbuatan yang dilakukan dengan tujuan untuk memberikan keuntungan yang tidak resmi dengan hak-hak dari pihak lain, yang secara salah dalam menggunakan jabatannya atau karakternya dalam memperoleh keuntungan untuk dirinya sendiri, yang berlawanan dengan kewajibannya dan juga hak-hak dari pihak lain (Kennedy & Siregar, 2017).

Potensi kecurangan dana JKN meliputi pemanfaatan dana kapitasi yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, pembagian pelayanan berpotensi menimbulkan *moral hazard*, biaya operasional diwarnai dengan kegiatan titipan dari departemen kesehatan, dan stok obat yang berlebihan. Biaya tambahan terjadi karena kehabisan stok obat sehingga pasien harus meningkatkan biaya untuk pembelian obat-obatan. Potensi penipuan dana non kapitasi adalah bahwa peserta harus membayar untuk keluarga berencana yang sebenarnya layanan yang sebenarnya dapat diklaim, karena terlalu lama proses pencairan (W dkk., 2017).

Menurut *Federal Bureau of Investigation* (FBI).merika kehilangan sekitar \$70 - \$234 miliarsetiap tahun untuk penipuan perawatan kesehatan, sementara menurutAsosiasi Anti-Penipuan Perawatan Kesehatan Nasional(NHCAA), Amerika kehilangan \$60 miliar, atau sekitar 3%, untuk penipuan kesehatan. Pada tahun 2018,Amerika Serikat menghabiskan \$3,6 triliun untuk perawatan kesehatan . Menurut jaringan Penipuan dan Korupsi Kesehatan (EHFCN),Eropa kehilangan £56 miliar per tahun karena penipuan di sektor kesehatan (Michaela, 2021).

Berdasarkan *Report to the Nations Acfe* (RTTN) *Association of Certified Fraud Examiners* (ACFE) 2018 kerugian akibat kecurangan pada pelayanan kesehatan mencapai 5% dari total biaya pelayanan kesehatan (Fatimah, 2021).

Sedangkan di Indonesia Berdasarkan data yang diterbitkan oleh Pemberantasan Korupsi KPU (PKK), potensi kecurangan terdeteksidari 175.774 klaim untuk Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) atau Rp. 440 miliar hingga Juni 2015 (Michaela, 2021).

Potensi kerugian sebesar Rp 19,48 triliun untuk permasalahan JKN, ditemukan pada hasil audit Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) Semester II 2016 yang disebabkan oleh 155 pemerintah daerah (pemda) yang program jaminan kesehatannya belum terintegrasi dengan program jaminan kesehatan nasional sehingga mengakibatkan jumlah dan fasilitas sumber daya manusia belum memadai untuk mendukung pelayanan kesehatan (Ubaidillah, 2020).

Pelaksanaan BPJS Kesehatan juga berpotensi meningkatkan kecurangan. Ketidaksepakatan antara BPJS Kesehatan dan penyedia layanan kesehatan akan membuka kemungkinan tipuan. Risiko kerugian akibat penipuan pun cukup besar. Perkiraan premi BPJS mencapai sekitar Rp 38,5 triliun pada tahun 2014, dengan estimasi penipuan (5%) maka jumlah kerugian mencapai menjadi Rp 1,8 triliun (Maidin & Plutturi, 2015).

Seperti yang telah dikemukakan di atas, kerugian dana jaminan sosial kesehatan akibat kecurangan (*fraud*) perlu adanya pencegahan dengan kebijakan nasional, pencegahan kecurangan (*fraud*) agar dalam pelaksanaan program JKN dalam SJSN dapat berjalan dengan efektif dan efisien. Sebagaimana yang telah dikemukakan Permenkes No 16 tahun 2019 tentang pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) serta penerapan sanksi administrasi terhadap kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program JKN.

Di Indonesia, *fraud* belum terdeteksi dengan baik. Meskipun risiko *fraud* di Indonesia bisa dikatakan tinggi, namun sulit untuk mengontrol aliran layanan dan dana yang dibutuhkan. Negara mengharuskan pembayaran klaim sesegera mungkin sedangkan penyelidikan *fraud* membutuhkan waktu yang lama (Sadikin & Adisasmito, 2016).

Oleh karena itu perlu dilakukan pencegahan. Pencegahan dan penanganan kecurangan (*Fraud*) serta penerapan sanksi administrasi terhadap kecurangan (*Fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan diatur dalam PMK Nomor 16 Tahun 2019. Dalam peraturan ini pencegahan *fraud* dilaksanakan dengan menyusun kebijakan dan pedoman, pengembangan budaya pencegahan, pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana implementasi program pencegahan kecurangan (*fraud*) JKN?

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui implementasi program pencegahan kecurangan (*fraud*) JKN.

1.3.2 Tujuan khusus

Mengetahui implementasi program pencegahan kecurangan(*fraud*) JKN dari sisi fasilitas kesehatan

1.4 Manfaat penelitian

Manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut:

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan mengenai Implementasi Program Pencegahan Kecurangan (*fraud*) JKN.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Mahasiswa

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan informasi mahasiswa mengenai implementasi pencegahan kecurangan (*fraud*) JKN.

b. Bagi institusi

Dapat menambah sumber kepustakaan tentang Implementasi pencegahan kecurangan (*fraud*) JKN khususnya untuk program studi Asuransi Kesehatan.

c. Bagi Penulis

Unuk mengembangkan pola pikir dan kemampuan penulis dalam menerapkan ilmu yang di peroleh.