

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### 1.1 Latar Belakang

Penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional di Indonesia dimulai tepat pada tanggal 1 Januari 2014 yang di selenggarakan oleh badan khusus yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan. BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang menjalankan program jaminan kesehatan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional). Kepesertaan BPJS Kesehatan bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia dan termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran atau yang telah dibayarkan iurannya oleh pemerintah. Berdasarkan data per 30 September 2022 dari BPJS Kesehatan jumlah peserta JKN yang terdaftar sejumlah 244.600.449 jiwa yang memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan di semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sesuai domisili tempat tinggal dan ke tempat fasilitas kesehatan rujukan yang telah ditetapkan (KESEHATAN, 2022). Masyarakat dapat menikmati fasilitas kesehatan baik Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang terdiri atas puskesmas atau yang setara, praktik dokter, praktik dokter gigi, klinik pratama atau yang setara; dan Rumah Sakit Kelas D

Pratama atau yang setara. Selain itu juga dapat menikmati Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang terdiri atas klinik utama atau yang setara, rumah sakit umum, dan rumah sakit khusus (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional). Fasilitas Kesehatan yang sudah berkerja sama dengan BPJS Kesehatan sejumlah 27.762 tempat per 01 September 2022 (KESEHATAN, 2022). Banyaknya masyarakat yang menjadi peserta BPJS Kesehatan yang juga difasilitasi tempat pelayanan kesehatan yang cukup banyak diharapkan hal ini dapat mengoptimalkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Indonesia yang telah menjadi peserta BPJS Kesehatan dan dapat menstabilkan pembiayaan kesehatan di Indonesia. Saat ini untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sudah lebih mudah karena banyaknya akses yang disediakan oleh pemerintah. Menurut Dirjen Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI, dr. Bambang Wibowo, SpOG, MARS pada tahun 2016 mengungkapkan bahwa pemerintah melakukan lima upaya guna menguatkan pelayanan kesehatan yaitu peningkatan akses, peningkatan mutu, regionalisasi rujukan, penguatan dinas kesehatan, dan dukungan lintas sektor (Rokom, 2016). Meskipun adanya berbagai upaya yang di upayakan oleh pemerintah, hal tersebut tidak menutup kemungkinan terjadinya kecurangan dari berbagai pihak yang terdiri dari provider fasilitas kesehatan, peserta asuransi kesehatan, perusahaan asuransi kesehatan baik itu asuransi sosial dan komersial, penyedia obat dan alat kesehatan, maupun oleh pihak pemerintah.

Kecurangan dalam pelayanan kesehatan biasa disebut dengan fraud. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan dan Penangan Kecurangan Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) , definisi 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.

Menurut WHO tahun 2018 dalam (Rizki, 2020) memperkirakan terdapat 7,29% dana kesehatan hilang akibat pelayanan yang terbukti fraud di seluruh dunia. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 16 tahun 2019 menjelaskan laporan *Report to the Nations Acfe* (RTTN) *Association of Certified Fraud Examiners* (ACFE) 2018 kerugian akibat Kecurangan (fraud) pada pelayanan kesehatan mencapai 5% dari total biaya pelayanan kesehatan. Di Indonesia Pada tahun 2015 terdapat 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 (Aulia, 2020). Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) membuat Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP) atas kinerja BPJS Kesehatan pada tahun 2016 terdapat 9.767 puskesmas dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) lainnya yang menerima dana kapitasi diseluruh Indonesia senilai Rp 13 triliun untuk target 188 juta peserta, tetapi tata kelola puskesmas masih buruk sehingga meningkatkan potensi Fraud dan kerawanan dalam pengelolaan dana kapitasi (BPK RI, 2016). Menurut Indonesian Corruption

Watch (ICW) dalam (Rizki, 2020) pada periode 2014 sampai 2017 terdapat 12 isu pemotongan, penyimpangan dan penyelewengan dana kapitasi di 12 daerah, dalam pemantauan terhadap 26 puskesmas di 14 provinsi dari bulan Maret sampai Agustus 2017 ditemukan 13 potensi fraud yang terjadi di Puskesmas.

Selain itu peneliti juga pernah menemukan salah satu kasus di berkas klaim non kapitasi yang terindikasi berpotensi fraud pada saat melakukan verifikasi dokumen klaim non kapitasi fasilitas kesehatan tingkat pertama pada klaim non kapitasi Bulan Juni 2022. Dimana terdapat 2 berkas pengajuan klaim non kapitasi (Pemeriksaan PNC) dengan identitas yang sama melakukan pelayanan berbeda (Pemeriksaan PNC 1 dan PNC 2) secara berkelanjutan pada tanggal yang berbeda, tetapi pada hasil pemeriksaan yang kedua klaim tersebut sama dan berkas klaim pemeriksaan PNC 2 adalah berkas pemeriksaan PNC 1 yang hanya diganti tanggal pelayanan, potensi fraud ini adalah *phantom billing* yaitu melakukan klaim atas layanan yang tidak pernah diberikan, akibatnya pihak asuransi membayarkan klaim yang seharusnya tidak dibayarkan (Latifah, 2022).

Berdasarkan hasil penelitian Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada berjudul Evaluasi Sasaran Peta Jalan JKN dengan Pendekatan Realist 2018 dalam (Rahma,2019), Tim Pencegahan Kecurangan (TPK) JKN belum bisa melaksanakan upaya-upaya pencegahan kecurangan yang diamanatkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 karena rendahnya komitmen pengendalian fraud

baik dari sisi tim itu sendiri maupun struktur di atasnya (Kepala Dinas Kesehatan, Kepala FKTP, dan Direktur RS), dan minimnya pengetahuan dan keterampilan terkait kecurangan JKN. Akibatnya dapat berdampak terhadap dana kesehatan yang tidak teralisasi sebagaimana mestinya, berdampak terhadap mutu pelayanan yang akan berpengaruh kepada kenyamanan dan keselamatan pasien JKN sendiri, dan berdampak terhadap citra dan nama baik pelaku fraud.

Dengan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut dengan tujuan menganalisis potensi fraud pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Malang khususnya klaim non kapitasi yang diharapkan dapat menambah wawasan tentang potensi fraud dan menjadi evaluasi dalam mencegah serta menindaklanjuti potensi fraud pada bidang kesehatan.

## 1.2 Rumusan Masalah

1.2.1 Bagaimana potensi fraud klaim non kapitasi oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berkerjasama dengan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Malang?

1.2.2 Bagaimana tindak lanjut potensi fraud klaim non kapitasi oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berkerjasama dengan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Malang?

## 1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui potensi fraud klaim non kapitasi oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berkerjasama dengan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Malang.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Untuk mengetahui jenis dan jumlah potensi fraud klaim non kapitasi oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berkerjasama dengan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Malang.

1.3.2.2 Untuk mengetahui tindak lanjut potensi fraud klaim non kapitasi oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berkerjasama dengan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Malang.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Dapat mengetahui potensi fraud klaim non kapitasi oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berkerjasama dengan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Malang.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

#### 1. Manfaat Bagi Penulis

Dapat menambah wawasan atau pengetahuan baru tentang potensi terjadinya fraud klaim non kapitas FKTP, dan dapat menambah pengalaman dalam menganalisis potensi fraud klaim non kapitasi kesehatan tingkat pertama.

#### 2. Manfaat Bagi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Dapat dijadikan sebagai referensi ilmu pengetahuan yang dapat diletakkan di perpustakaan dan membantu instansi

dalam mengembangkan pembahasan mata kuliah yang berkaitan dengan potensi fraud khususnya bidang fraud klaim non kapitasi FKTP.

3. Manfaat Bagi BPJS Kesehatan

Dapat menjadi bahan evaluasi dan referensi dalam mendeteksi potensi fraud klaim non kapitasi FKTP dan meningkatkan kebijakan pencegahan fraud di fasilitas kesehatan.