

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Jaminan kesehatan merupakan jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Penyelenggaran jaminan kesehatan nasional di Indonesia dimulai tepat pada tanggal 1 Januari 2014. Jaminan kesehatan nasional di selenggarakan oleh badan khusus yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan. Jaminan kesehatan ini bertujuan untuk mempermudah akses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat dan kemudahan akses tersebut ditunjang pula dengan mutu dan kualitas pelayanan yang baik. Secara bertahap hingga 2019 seluruh masyarakat akan ter-cover oleh pelayanan asuransi kesehatan secara menyeluruh (*Universal Health Coverage*) (Kemenkes, 2013).

Seluruh masyarakat yang sudah terdaftar menjadi peserta jaminan kesehatan dapat menggunakan haknya disemua fasilitas kesehatan yang sudah bekerja sama dengan BPJS kesehatan sesuai dengan domisili tempat tinggal dan sistem rujukan yang telah ditetapkan. Masyarakat dapat

menikmati pelayanan kesehatan tingkat pertama yaitu pelayanan kesehatan non spesialisik yang dilakukan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas atau yang setara, praktik dokter dan dokter gigi, klinik pratama atau yang setara dan rumah sakit tipe D pratama atau yang setara. Selain itu masyarakat dapat menikmati pelayanan tingkat lanjutan bersifat spesialisik atau subspeialisik dan pelayanan kesehatan darurat medis yang tindakan harus secepatnya dilakukan untuk mencegah kematian, keparahan serta kecacatan. (Kemenkes, 2013).

Dengan berbagai akses kemudahan yang didapatkan oleh peserta dan tidak disertai dengan kompensasi yang sepadan yang diberikan oleh pihak BPJS kepada penyedia pelayanan kesehatan menimbulkan banyak peluang permasalahan yang terjadi dalam sistem pelayanan kesehatan terhadap masyarakat. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan menyebutkan bahwa untuk pelayanan rawat jalan RS Pratama, Praktek Dokter atau Fasilitas Kesehatan yang setara sebesar Rp. 8.000,00 sampai Rp. 10.000,00. Praktek Dokter Gigi diluar fasilitas kesehatan A1 dan B1 sebesar Rp. 2.000,00. Dengan besar tarif yang ditetapkan tersebut banyak yang tidak mencukupi dalam alokasi biaya yang di butuhkan, sehingga peluang

timbulnya pelayanan yang dibawah standar dapat terjadi dan mempengaruhi kualitas pelayanan, ketersediaan obat dan alat serta fasilitas-fasilitas pendukung lainnya membuat proses pelayanan terhadap masyarakat tidak optimal. Dengan permasalahan tersebut besar kemungkinan terjadinya fraud (kecurangan) sangat besar (Suhadi, 2015).

Era jaminan kesehatan nasional menimbulkan peluang besar terjadinya fraud, namun hal tersebut masih dianggap sesuatu hal yang baru serta kebanyakan orang Indonesia masih awam dan belum aware tentang fraud yang dilakukan oleh pihak tertentu. Fraud pelayanan kesehatan merupakan faktor dominan yang menyebabkan melambungnya biaya kesehatan di Amerika Serikat. *The Federal Bureau of Investigation* (FBI) memperkirakan sekitar 3 – 10% dari total biaya kesehatan hilang karena fraud atau di perkirakan 75 dolar sampai 250 dolar pada tahun 2009 (Morris, 2009).

Dalam memperkirakan kejadian tersebut setelah kita menghitung premi BPJS kesehatan sekitar 38.5 triliun dan memperkirakan potensi terjadinya fraud sekitar 5% maka akan hilang sebesar 1.8 triliun per tahun (Suhadi, 2015).

Pelaku fraud program JKN terbesar pertama adalah pelaksana pelayanan kesehatan, kedua adalah peserta program JKN dan yang ketiga adalah penyelenggara program JKN yaitu BPJS kesehatan. Pelaksana pelayanan kesehatan merupakan yang paling banyak melakukan fraud.

Fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) atau fakes primer sering kali luput dari pengawasan terhadap fraud karena masyarakat lebih condong terhadap fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKTL) yaitu rumah sakit (Ilyas, 2012).

Besarnya fraud yang dilakukan oleh pelaksana pelayanan kesehatan salah satunya dapat disebabkan karena adanya peluang untuk melakukan kecurangan, kurangnya pengawasan dari pihak berwenang serta hukum yang belum efektif dalam mengatasi fraud (Busch, 2012).

Kurangnya pengawasan mungkin dikarenakan nilai atau dana yang terlibat besarnya relatif kecil sehingga tidak menjadi prioritas oleh penegak hukum, namun jika dibiarkan berlalu dan kita kumulasikan maka hasil kerugiannya akan sangat besar. Contohnya dari 70 klaim persalinan di DKI Jakarta yang ditagihkan terdapat 22 klaim yang dilakukan *upcoding*. Dalam hal ini formulir pengajuan klaim yang tertera dikolom tindakan tidak sesuai dengan yang terlampir pada berkas kalim persalinan peserta tersebut. Dengan kejadian tersebut angka yang tadinya terlihat kecil jika diakumulasikan dapat menghasilkan total yang sangat besar untuk untuk suatu kerugian (Ilyas, 2012).

Frekuensi yang paling sering dilaporkan terjadinya fraud adalah kecurangan diagnosa dan tanggal pemberian jasa kesehatan yaitu sekitar 43% dari kasus. Fasilitas kesehatan mungkin merubah diagnosa untuk dapat

sesuai dengan program cakupan manfaat atau mengganti tanggal pemberian jasa agar jatuh pada periode eligibilitas tanggungan. Insiden tertinggi dari fraud fasilitas kesehatan adalah penagihan jasa yang sebenarnya tidak diberikan sekitar 34% kasus. Penagihan ini biasanya dilakukan pada manipulasi kode prosedur untuk peningkatan pembayaran dari dua atau lebih pada pasien yang sama dan hari/waktu yang sama (Suhadi, 2015).

Dengan latar belakang tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dalam rangka menganalisa potensi terjadinya fraud di fasilitas kesehatan tingkat pertama di kabupaten Nganjuk Jawa Timur yang belum menjadi prioritas dalam penegakan hukum.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

1. Bagaimana potensi fraud oleh penyelenggara pelayanan kesehatan tingkat pertama di kabupaten Nganjuk?
2. Bagaimana permasalahan yang mendasari timbulnya fraud di fasilitas kesehatan tingkat pertama?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan Penelitian ini adalah :

1. Mengetahui potensi terjadinya fraud yang dilakukan oleh penyelenggara pelayanan kesehatan tingkat pertama.
2. Mengetahui permasalahan sehingga timbulnya fraud di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

D. Manfaat Penilitin

Adapun manfaat penilititan yang dapat diperoleh dari terlaksananya penelitian ini adalah:

1. Bagi keilmuan
Dapat menambah sumbangan ilmu pengetahuan mengenai potensi terjadinya fraud yang disebabkan oleh penyedia layanan dan pemberi layanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama
2. Bagi pelayanan fasilitas kesehatan tingkat pertama
Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi dan referensi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan sehingga bisa mencegah timbulnya fraud serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan agar dapat memberikan pelayanan yang lebih baik
3. Bagi peneliti

Dapat menambah wawasan maupun pengetahuan baru tentang potensi terjadinya fraud terutama di fasilitas kesehatan tingkat pertama.