

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS kesehatan mulai aktif pada tanggal 1 Januari 2014. Jaminan kesehatan memberikan jaminan berupa perlindungan kesehatan agar para peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau sudah dibayarkan oleh pemerintah (Kemenkes, 2013).

Peserta jaminan kesehatan yaitu setiap orang, termasuk orang asing yang telah bekerja minimal 6 bulan di Indonesia yang telah membayar iuran, meliputi:

1. Penerima bantuan iuran jaminan kesehatan (PBI): fakir, miskin dan orang yang tidak mampu dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan
2. Bukan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan (non PBI) terdiri dari:

- a. Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya
 - i. Pegawai negeri sipil
 - ii. Anggota TNI
 - iii. Anggota Polri
 - iv. Pejabat Negara
 - v. Pegawai pemerintahan non pegawai negeri
 - vi. Pegawai swasta
 - vii. Pekerja yang tidak termasuk diatas yang menerima upah
 - 1. Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- b. Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya
 - i. Pekerja diluar hubungan kerja atau pekerja mandiri
 - ii. Pekerja bukan termasuk diatas yang tidak menerima upah
 - Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling sedikit 6 (enam)
- c. Bukan pekerja dan anggota keluarganya
 - i. Investor
 - ii. Pemberi kerja
 - iii. Penerima pensiun, terdiri dari :

- a) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun
- b) Anggota TNI dan Polri yang berhenti dengan hak pensiun
- c) Pejabat Negara yang berhenti dengan pensiun
- d) Janda, duda atau anak yatim piatu dari penerima pensiun yang mendapat hak pensiun
- e) Penerima pensiun lain
 - i. Janda, duda dan anak yatim piatu dari penerima pensiun lain yang mendapat hak pensiun
 - ii. Veteran
 - iii. Perintis Kemerdekaan
 - iv. Janda, duda dan anak yatim piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan
 - v. Bukan pekerja yang termasuk diatas yang mampu membayar iuran
- d. Anggota keluarga yang ditanggung antara lain :
 - 1. Pekerja penerima upah

- a. Keluarga inti meliputi istri/suami dan anak yang sah (anak kandung) anak tiri dan atau anak angkat) sebanyak 5 (lima) orang
 - b. Anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah dan anak angkat yang sah dengan kriteria :
 - i. Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri
 - ii. Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal
2. Pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja :

Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang diinginkan (tidak terbatas)
 3. Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan yang meliputi anak ke-4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua
 4. Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan yang meliputi kerabat lain seperti saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dll.

Peserta BPJS kesehatan memiliki hak dan kewajiban sebagai berikut :

Hak Peserta

1. Mendapat kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan
2. Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku
3. Mendapat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang berkerjasama dengan BPJS kesehatan
4. Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke kantor BPJS kesehatan

Kewajiban peserta

1. Mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku
2. Melaporkan perubahan data peserta, baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat pertama
3. Menjaga kartu agar tidak rusak, kehilangan atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak
4. Menaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan

B. Fraud dalam Pelayanan Kesehatan

1. Definisi Fraud secara umum

Menurut Merriam-Webster *Dictionary of Law*, fraud merupakan kesengajaan melakukan kesalahan terhadap kebenaran untuk tujuan mendapatkan sesuatu yang bernilai atas kerugian orang lain atau mendapatkannya dengan membelokan hukum atau kesalahan representasi suatu fakta, baik dengan kata maupun tindakan; kesalahan alegasi (mendakwa orang melakukan tindakan kriminal), menutupi sesuatu yang harus terbuka, menerima tindakan atau sesuatu yang salah dan merencanakan melakukan sesuatu yang salah kepada orang lain sehingga dia bertindak di atas hukum yang salah. (Busch, 2012).

Elemen prasyarat terjadinya fraud adalah

- a. Fakta pernyataan material harus dibuat
- b. Pernyataan adalah salah dan orang yang membuat mengetahui hal tersebut salah
- c. Orang yang membuat pernyataan harus merencanakan untuk menerima tindakan tersebut salah atau membuat orang lain salah karena pernyataan tersebut
- d. Orang yang dituju pernyataan salah tersebut diharapkan bertindak atas dasar pernyataan tersebut
- e. Pernyataan salah dibuat seseorang dengan harapan mendapat sesuatu yang bernilai atau membuat sesuatu yang merugikan kepihak yang dituju oleh pernyataan tersebut

Fakta material merupakan sesuatu yang kritis yang memberi arti dari pernyataan tersebut. Fakta tersebut melahirkan hubungan langsung kepada tujuan pernyataan. Pernyataan dapat dibuat melalui oral (pembicaraan langsung atau telepon), tulisan atau komunikasi via elektronik (fax, email, internet, dll). Pernyataan salah harus berhubungan dengan fakta, ini termasuk pernyataan yang menutupi fakta material.

Tindakan kecurangan asuransi berarti tindakan atau perilaku curang yang dilakukan seseorang yang mengetahui dan merencanakan, berbuat curang atau menutupi informasi materil berkaitan dengan satu atau lebih dari hal berikut :

- a. Dengan pengetahuan menyampaikan atau menyiapkan atau mempercayai bahwa hal itu akan dipresentasikan kepada atau oleh asuransi, reasuransi, broker, agen, informasi salah sebagai bagian untuk mendukung fakta materil.
- b. Pengajuan atau penerimaan asuransi baru atau diperbaharui dengan risiko atas perusahaan asuransi, reasuransi atau orang lain dalam bisnis asuransi oleh seseorang yang mengetahui atau seharusnya mengetahui bahwa perusahaan asuransi atau orang lain yang bertanggung jawab terhadap risiko adalah insolven pada saat transaksi.

- c. Melepas, menutupi, merubah atau merusak harta benda (*assets*) atau pencatatan perusahaan asuransi, reasuransi atau orang lain dalam bisnis asuransi
- d. Berniat melakukan kecurangan, mengurangi, mencuri atau mengkonversi uang dana, premi, kredit atau property perusahaan asuransi atau orang yang bekerja pada bisnis asuransi
- e. Transaksi bisnis asuransi yang melanggar prasyarat hukum seperti surat izin, sertifikat otoritas atau otoritas legal untuk transaksi bisnis asuransi
- f. Berusaha untuk curang, membantu perbuatan urang atau melakukan konspirasi untuk melakukan kecurangan.

2. Definisi Fraud dalam pelayanan kesehatan

Fraud pada pelayanan kesehatan umumnya memiliki komponen yang sama yang ditetapkan oleh undang-undang. Perbedaan fraud pada pelayanan kesehatan adalah elemen kecurangan berhubungan dengan pelayanan kesehatan, cakupan pelayanan dan kecurangan pembayaran jasa atau produk kesehatan. Dalam sistem kesehatan ada tiga pihak utama yang melakukan fraud, yaitu penyedia atau penyelenggara (*insure* atau asuransi kesehatan), pemberi pelayanan kesehatan atau provider (dalam

hal ini FKTL, FKTP, dll) dan penerima manfaat atau peserta (pasien). (Thornton, et al, 2013)

Menurut *National Health Care anti-Fraud Association* (NHCAA) kecurangan pelayanan kesehatan adalah kesengajaan melakukan kesalahan atau memberi keterangan yang salah (misrepresentasi) oleh seseorang atau entitas yang mengetahui hal itu dan dapat menghasilkan sejumlah manfaat yang tidak legal kepada individu, entitas atau pihak lain.

NHCAA memberikan catatan lebih lanjut bahwa bentuk umum fraud adalah pernyataan salah, keterangan yang salah atau dengan sengaja menghilangkan fakta. Hal tersebut sangat kritis untuk menentukan pembayaran manfaat asuransi. Tindakan kecurangan adalah tindakan criminal yang hampir tidak bervariasi, walaupun mungkin ada variasi alamiah spesifik atau tingkatan perbuatan criminal antara negara bagian.

Healthcare fraud di definisikan dengan lebih komprehensif sebagai representasi suatu fakta yang sengaja bahwa seseorang mengetahui palsu atau tidak yakin benar dan mengetahui bahwa representasinya dapat mengakibatkan beberapa keuntungan yang tidak sah untuk diri sendiri atau orang lain. (*Departement of Health and Human Service*, 2014). Biasanya fraud pada pelayanan kesehatan lebih

mengacu pada: pernyataan yang salah atau klaim yang palsu, skema yang rumit, *cover – up strategies*, *misrepresentations of value*, *misrepresentations of servis* (Busch, 2012)

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2015, fraud merupakan tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan serta penyedia obat dan alat kesehatan untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan.

3. Teori penyebab terjadinya fraud

Fraud pada dasarnya tidak terjadi begitu saja namun ada alasan penyebab dan kemungkinan yang dijadikan alasan untuk melakukan tindakan fraud.

Menurut David T Wolfe dan Dana R. Hermanson terdiri dari empat kondisi yang umumnya hadir saat terjadinya fraud (Priantara, 2013)

a. Insentif atau tekanan untuk melakukan fraud (*pressure*)

- i. Tekanan yang dirasakan oleh pelaku kecurangan yang dipandang sebagai kebutuhan, berikut faktor yang dapat mengakibatkan terjadinya tekanan:
 - ii. Tingkat persaingan yang kuat atau kejenuhan yang diiringi dengan menurunnya pendapatan atau keuntungan
 - iii. Menjauhi kritik karena menurunnya tingkat pendapatan
 - iv. Menutupi kesalahan
- b. Peluang atau kesempatan untuk melakukan fraud (*opportunity*)

Pengendalian internal yang lemah memudahkan fraud tumbuh dan berkembang pesat selain itu system pengawasan eksternal yang tidak memadai membuat deteksi fraud tidak maksimal.

- c. Dalih untuk membenarkan tindakan fraud (*rationalization*)

Pendapatan yang rendah dan berorientasi laba melatarbelakangi timbulnya rasionalisasi

- d. Kapabilitas

- i. Kemampuan untuk berbuat atau memanfaatkan kesempatan untuk melakukan kecurangan dimana fungsi tersebut tidak dimiliki oleh orang lain

- ii. Kecerdasan untuk paham dan eksploitasi kelemahan pengendalian internal untuk keuntungan pihak lain
- iii. Keyakinan yang kuat bahwa kejadian fraud tidak akan terdeteksi atau kemampuan untuk menyetatkan orang lain
- iv. Kemampuan untuk mempengaruhi orang lain untuk membantu terlibat dalam atau menyembunyikan kejadian fraud
- v. Kemampuan untuk mempengaruhi orang lain untuk membantu terlibat dalam atau menyembunyikan kejadian fraud
- vi. Kemampuan berbohong dan mengalihkan keyakinan
- vii. Mengelola stress dengan baik karena biasanya kecurangan dilakukan secara berkelanjutan

4. Bentuk – bentuk Fraud dalam JKN

Tipe kecurangan dalam pelayanan kesehatan menurut Asosiasi Asuransi Kesehatan Amerika (AAKA) dalam surveynya mengelompokan tipe utama pelaku fraud sebagai berikut :

- a. Pemberi pelayanan kesehatan (PPK)
- b. Konsumen
- c. Agen/lainnya

Bentuk utama dari kecurangan PPK yang terdeteksi sebagai berikut

- a. Penagih jasa yang tidak diberikan
- b. Kecurangan diagnosa atau tanggal
- c. Obat nama dagang untuk obat generik
- d. Menghilangkan *co-pay* dan deductibles
- e. Kesalahan klaim berhubungan dengan laboratorium, pengurangan berat, terapi fisik
- f. *Unbundling* (tidak dibundel)
- g. Ada pertanyaan terhadap fungsi PPK

Bentuk utama fraud yang terdeteksi dilakukan oleh konsumen sebagai berikut:

- a. Kecurangan memberikan keterangan palsu pada aplikasi asuransi
- b. Kesalahan pencatatan pekerjaan atau eligibilitas
- c. Pemalsuan klaim

Karakteristik umum tindakan kecurangan klain oleh PPK termasuk :

- a. Tagihan untuk pembayaran yang tidak disertai dengan tersedianya dukungan dokumen
- b. Tagihan jasa yang tidak pernah dilakukan

- c. Pemalsuan diagnosis untuk mengesahkan pelayanan yang tidak dibutuhkan dan tarif mahal
- d. Tanggal dari pelayanan, prosedur dan suplai yang telah disampaikan tidak konsisten dengan fakta dan kronologi kasus
- e. PPK tidak bekualifikasi, tetapi mempunyai izin sebagai PPK dan spesialis.

Umumnya kecurangan konsumen melibatkan sedikitnya satu dari tiga jenis fraud :

- a. Klaim fraud

Merupakan bentuk kecurangan dengan merubah tagihan rekening, penyampaian klaim untuk anggota keluarga yang tidak berhak dan misrepresentasi respon pada pertanyaan spesifik pada formulir klaim.

- b. Eligibilitas fraud

Usaha curang untuk mendapatkan jaminan asuransi yang sebenarnya tidak menjadi haknya. Bentuknya dapat berupa penipuan, misrepresentasi atau menyembunyikan informasi pada formulir aplikasi asuransi. Kecurangan ini dapat dilakukan oleh agen, perusahaan, karyawan, orang yang dijamin dan pelamar asuransi

c. Aplikasi fraud

Kecurangan ini dilakukan bila fakta pemberian informasi bohong dibuat dengan rencana untuk meyakinkan bahwa pelamar tidak ada limitasi kondisi, bahkan memperluas jaminan kepada individu yang sebenarnya tidak legal sebagai anggota keluarga pelamar.

National Health Care-Anti Fraud Association (NHCAA) tahun 2012 memberikan catatan bahwa bentuk umum fraud adalah pernyataan yang salah, keterangan yang salah atau dengan sengaja menghilangkan fakta.

Tabel 1. Bentuk fraud yang berpotensi dilakukan di layanan kesehatan menurut *National Health Care-Anti Fraud Association* (NHCAA, 2012)

Tindakan	Definisi Operasional
<i>Keystroke Mistake</i>	Kesalahan dalam mengetikkan kode diagnosis, prosedur yang dapat mengakibatkan klaim lebih besar atau lebih kecil
<i>Upcoding</i>	Memasukan klaim penagihan atas dasar kode yang tidak akurat, yaitu diagnose atau prosedur yang lebih kompleks atau lebih banyak menggunakan sumber daya sehingga menghasilkan nilai klaim lebih tinggi dari seharusnya.

<i>Phantom billing</i>	Tagihan untuk layanan yang tidak pernah diberikan
<i>Service Unbundling or Fragmentation</i>	Menagihkan beberapa prosedur secara terpisah yang seharusnya dapat ditagihkan bersama dalam bentuk paket pelayanan untuk mendapatkan klaim lebih besar pada satu episode perawatan
<i>Repeat billing</i>	Menagihkan lebih dari satu kali untuk prosedur, obat-obatan dan alkes yang sama padahal hanya diberikan satu kali
<i>Cancelled services</i>	Penagihan terhadap obat, prosedur atau layanan yang sebelumnya sudah direncanakan namun kemudian dibatalkan
<i>No Medical Value</i>	Penagihan untuk layanan yang tidak meningkatkan derajat kesembuhan pasien atau malah memperparah kondisi pasien, khususnya yang tidak disertai bukti efikasi secara ilmiah
<i>Standar of Care</i>	Penagihan layanan yang tidak sesuai standar kualifikasi dan keselamatan pasien yang berlaku
<i>Inflated Bills</i>	Menaikan tagihan global untuk prosedur dan perawatan yang digunakan pasien khususnya untuk alat implant dan obat-obatan

<i>Self Referral</i>	Penyedia layanan kesehatan yang merujuk kepada dirinya sendiri atau rekan kerjanya untuk memberikan layanan, umumnya disertai insentif uang atau komisi
<i>Type of Room Charge</i>	Menagihkan biaya perawatan untuk ruangan yang kelas perawatannya lebih tinggi dari pada yang sebenarnya digunakan pasien
<i>Time in OR</i>	Menagihkan prosedur menggunakan waktu rata-rata maksimal operasi bukan durasi operasi yang sebenarnya. Khususnya jika durasi operasi tersebut lebih singkat daripada reratanya
<i>Cloning</i>	Menggunakan system rekam medis elektronik dan membuat model spesifikasi profil pasien yang terbentuk secara otomatis dengan mengkopi profil pasien lain dengan gejala serupa untuk menampilkan kesan bahwa semua pasien dilakukan pemeriksaan lengkap
<i>Length of stay</i>	Menagihkan biaya perawatan pada saat pasien tidak berada di RS atau menaikkan jumlah hari rawat untuk meningkatkan klaim.
<i>Unnecessary treatment</i>	Penagihan atas peeriksaan atau terapi

	yang tidak terindikasi untuk pasien
--	-------------------------------------

Dari bentuk-bentuk fraud tersebut tidak semuanya dijumpai di FKTP, adapun tindakan kecurangan JKN yang dilakukan pemberi pelayanan kesehatan di FKTP sesuai dengan penjelasan Permenkes No. 36 tahun 2015 antara lain :

- i. Memanfaatkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- ii. Manipulasi klaim pada pelayanan yang dibayar secara non-kapitasi
- iii. Menerima komisi atas rujukan ke FKRTL
- iv. Menarik biaya dari peserta yang seharusnya telah dijamin dalam biaya kapitasi dan atau non kapitasi sesuai dengan standar tarif yang telah ditetapkan
- v. Melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu
- vi. Melakukan upaya pemindahan peserta ke FKTP tertentu
- vii. Tidak melaporkan perubahan sumber daya yang berpengaruh terhadap pembayaran kapitasi

C. Hubungan kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) terutama puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan di Indonesia, sejak di launching program JKN, puskesmas diwajibkan bermitra dengan BPJS kesehatan. FKTP lainnya seperti klinik swasta boleh bermitra dengan BPJS setelah memenuhi persyaratan yang berlaku. Dalam Peraturan BPJS kesehatan No. 1 tahun 2014, BPJS kesehatan memiliki wewenang untuk membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang telah ditetapkan oleh pemerintah. BPJS juga memiliki wewenang untuk membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan (Peraturan BPJS Kesehatan, 2014)

Fasilitas kesehatan milik pemerintah dan pemerintah daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerjasama dengan BPJS kesehatan. Fasilitas kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan dapat menjalin kerjasama dengan BPJS kesehatan. Kerjasama dilaksanakan dengan membuat perjanjian tertulis. Amanat kerjasama tersebut tertuang dalam pasal 36 Peraturan Presiden No. 12 tahun 2013.

Perjanjian kerjasama antara fasilitas kesehatan dan BPJS kesehatan memuat hak dan kewajiban kedua belah pihak yang tercantum dalam Permenkes No. 71 tahun 2013 pasal 12 :

1. Hak fasilitas kesehatan paling sedikit terdiri atas :

- a. Mendapatkan informasi tentang kepesertaan, prosedur pelayanan, pembayaran dan proses kerjasama dengan BPJS kesehatan
 - b. Menerima pembayaran klaim atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap
2. Kewajiban fasilitas kesehatan paling sedikit terdiri atas :
 - a. Memberi pelayanan kesehatan kepada peserta sesuai ketentuan yang berlaku
 - b. Memberi laporan pelayanan sesuai waktu dan jenis yang telah disepakati
3. Hak BPJS kesehatan paling sedikit terdiri atas :
 - a. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan
 - b. Menerima laporan pelayanan sesuai waktu dan jenis yang telah disepakati
4. Kewajiban BPJS kesehatan paling sedikit terdiri atas :
 - a. Memberi informasi kepada fasilitas kesehatan berkaitan dengan kepesertaan, prosedur pelayanan, pembayaran dan proses kerjasama dengan BPJS kesehatan

- b. Melakukan pembayaran klaim kepada fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap

Kerjasama antara BPJS kesehatan dan FKTP dapat terjalin jika FKTP telah memenuhi syarat-syarat yang telah tercantum dalam Permenkes No.71 tahun 2013 pasal 6 yaitu :

1. Praktek dokter atau dokter gigi harus memiliki :
 - a. Surat ijin praktik
 - b. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP)
 - c. Perjanjian kerjasama dengan laboratorium, apotek dan jejaring lain
 - d. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan jaminan kesehatan nasional
2. Puskesmas atau yang setara harus memiliki :
 - a. Surat ijin operasional
 - b. Surat ijin praktik (SIP) bagi dokter/dokter gigi, surat ijin praktik apoteker (SIPA) bagi apoteker dan surat ijin praktik atau surat ijin kerja (SIP/SIK) bagi tenaga kesehatan lainnya.
 - c. Perjanjian kerjasama dengan jejaring jika diperlukan

- d. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan jaminan kesehatan nasional
3. Klinik pratama atau yang setara harus memiliki :
- a. Surat ijin operasional
 - b. Surat ijin praktik (SIP) bagi dokter/dokter gigi dan surat ijin praktik atau surat ijin kerja (SIP/SIK) bagi tenaga kesehatan lainnya.
 - c. Surat ijin praktik apoteker (SIPA) bagi apoteker dalam hal klinik menyelenggarakan pelayanan kefarmasian
 - d. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP)
 - e. Perjanjian kerjasama dengan jejaring jika diperlukan
 - f. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan jaminan kesehatan nasional
4. Rumah sakit kelas D pratama atau yang setara harus memiliki :
- a. Surat ijin operasional
 - b. Surat ijin praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktik
 - c. Nomor pokok wajib pajak (NPWP) badan
 - d. Perjanjian kerjasama dengan jejaring jika diperlukan
 - e. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan jaminan kesehatan nasional

Dalam Permenkes No. 71 tahun 2013 pasal 9 dan 10 ditetapkan mengenai seleksi dan kredensialing fasilitas kesehatan calon mitra BPJS kesehatan. Dalam hal penetapan pilihan fasilitas kesehatan, BPJS kesehatan melakukan seleksi dan kredensialing dengan menggunakan kriteria teknis yang meliputi sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan dan komitmen pelayanan. Kriteria teknis yang dimaksud, di gunakan untuk menetapkan kerjasama dengan BPJS kesehatan, jenis dan luasnya pelayanan, besar kapitasi dan jumlah peserta yang bisa dilayani.

Bentuk pelayanan yang harus diselenggarakan oleh fasilitas kesehatan yang disyaratkan dalam hubungan kerjasama sesuai dengan Perpres No. 12 tahun 2013 pasal 42 menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan kepada peserta jaminan kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien serta efisiensi biaya. Penerapan kendali mutu pelayanan jaminan kesehatan dilakukan secara menyeluruh meliputi pemenuhan standar mutu fasilitas kesehatan, memastikan proses pelayanan kesehatan berjalan sesuai standar yang ditetapkan serta pemantauan terhadap iuran kesehatan peserta.

D. Pelayanan FKTP dalam program JKN

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di FKTP dibiayai dengan metode kapitasi maupun non kapitasi. Tarif kapitasi adalah besaran pembayaran perbulan yang dibayar dimuka oleh BPJS kesehatan kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Tarif non kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan kepada FKTP berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

Pelayanan yang dibiayai oleh kapitasi yaitu administrasi pelayanan, pelayanan promotif dan preventif, pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis, tindakan medis non spesialisik baik operatif maupun non operatif, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai termasuk pil dan kondom untuk pelayanan keluarga berencana dan pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama.

Pelayanan yang dibiayai oleh non kapitasi dapat berlaku untuk pelayanan-pelayanan yaitu pelayanan ambulan, pelayanan obat rujuk balik, pemeriksaan penunjang pelayanan rujuk balik, pelayanan skrining kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio untuk kanker leher rahim, rawat inap tingkat pertama, jasa pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter sesuai kompetensi dan kewenangannya, pelayanan keluarga berencana berupa MOP/vasektomi, kompensasi pada daerah yang tidak terdapat fasilitas kesehatan yang

memenuhi syarat, pelayanan darah, pelayanan gawat darurat di fasilitas yang tidak bekerjasama dengan BPJS kesehatan.

Besarnya aturan tarif kapitasi diatur dalam Permenkes No. 59 tahun 2014 pasal 4 yang mengatakan bahwa besaran tarif kapitasi berdasarkan seleksi dan kredensial yang dilakukan oleh BPJS kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/kota dengan mempertimbangkan sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan dan komitmen pelayanan.

E. Penelitian terdahulu

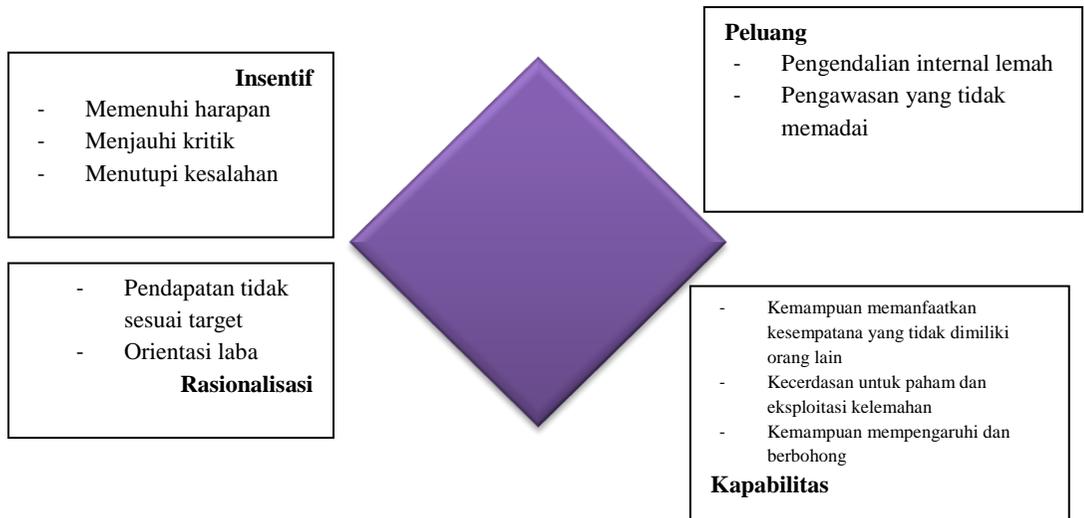
Pada penelitian oleh Suhadi et al pada tahun 2014 yang berjudul *Fraud Prevention in National Health Insurance Implementation in Kendari Indonesia* menjelaskan bahwa fraud menjadi masalah utama di Indonesia khususnya di Kendari. Penelitian dilakukan di rumah sakit, puskesmas dan penyedia layanan kesehatan lainnya yang bekerjasama dengan BPJS. Ditemukan sebanyak 12 kasus fraud, faktor yang mendorong terjadinya fraud berasal dari ketidaktahuan penyedia layanan kesehatan dan tidak terbiasa dengan system yang baru.

Penelitian oleh Stefan Furlan tahun 2008 yang berjudul *Holistic Approach to Fraud Management in Health Insurance* menjelaskan bahwa fraud menjadi masalah utama asuransi kesehatan. Penelitian ini memfokuskan upaya-upaya deteksi terjadinya fraud. ada 6 kegiatan yang

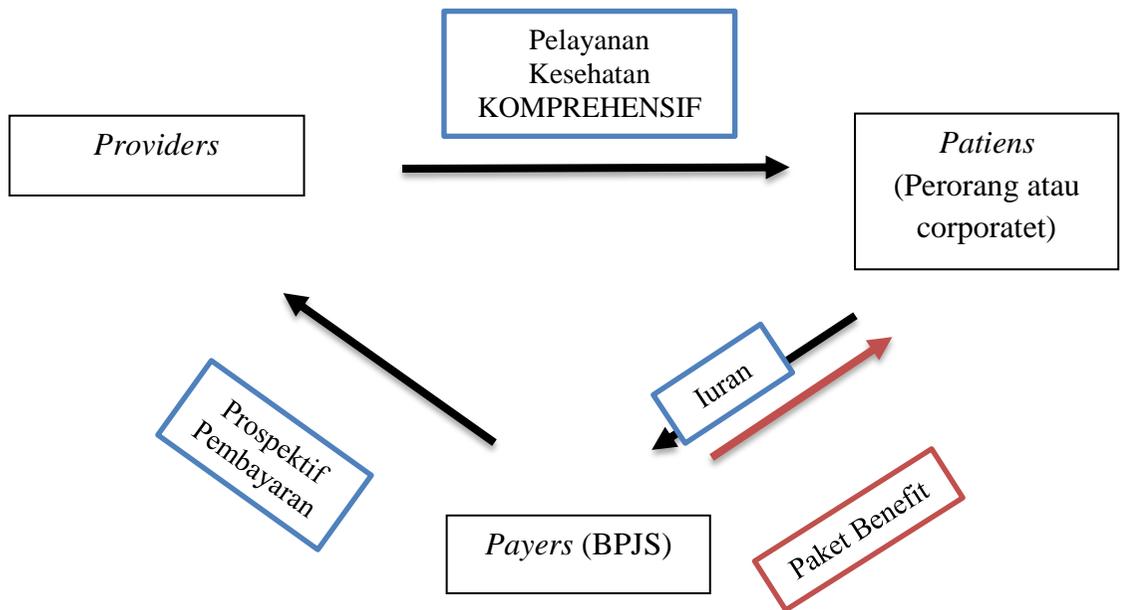
dapat dilakukan untuk deteksi : 1. *Deterrence* 2. *Prevention* 3. *Detection* 4. *Investigation* 5. *Sanction and redress* dan 6. *Monitoring*. Hal tersebut membuktikan efektifitas sistem kerja agar timbul kegiatan manajemen yang efektif dan efisien sehingga mencegah fraud lebih awal.

Pada penelitian ini penulis memilih judul Potensi Fraud pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kabupaten Nganjuk untuk menilai potensi terjadinya fraud dan faktor apa saja yang dominan dalam membangun terjadinya fraud.

F. Landasan Teori

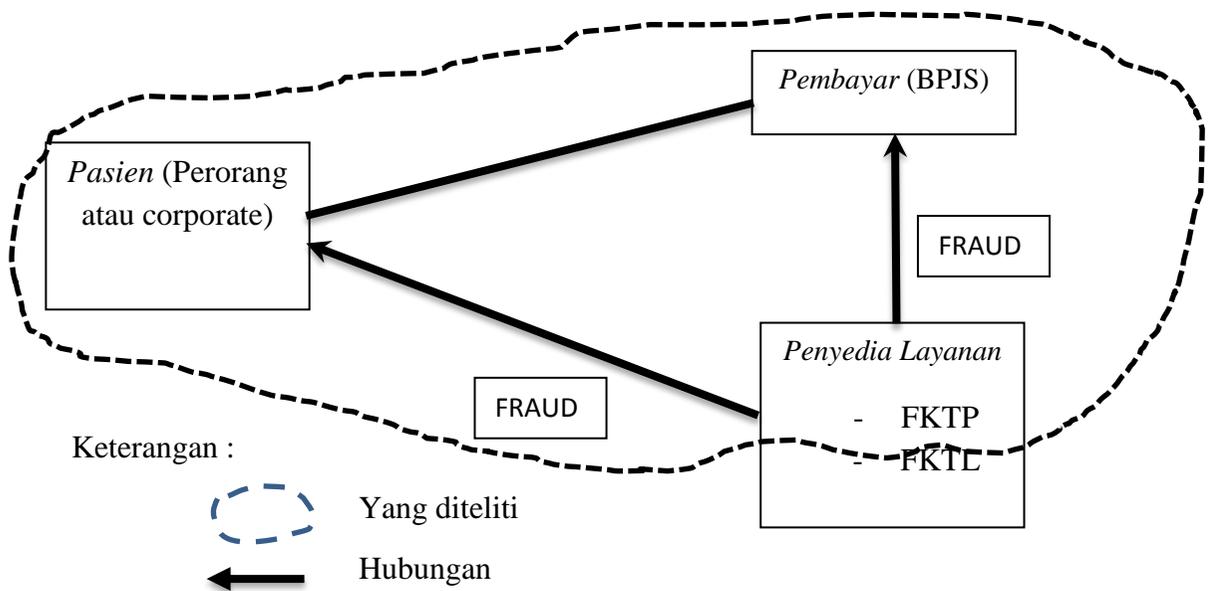


Gambar 2.1 Teori Peluang terjadinya fraud (Fraud Diamond) (David T. Wolfe dan Dana R. Hermanson)



Gambar 2.2 Desain Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

G. Kerangka konsep



Gambar 2.3 Kerangka konsep

H. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana peran insetif/tekanan terhadap kejadian fraud di FKTP?
2. Bagaimana peran rasionalisasi terhadap kejadian fraud di FKTP ?
3. Bagaimana peran kapabilitas terhadap kejadian fraud di FKTP?
4. Bagaiamana peran peluang terhadap kejadian fraud di FKTP?