

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Menurut data WHO, tahun 2015 dunia menghabiskan 7,3 triliun USD untuk kesehatan, hampir 10% dari PDB global. Pengeluaran kesehatan tumbuh lebih cepat daripada pertumbuhan ekonomi secara keseluruhan. Pengeluaran kesehatan rata-rata per kapita adalah 1.011 USD. Setengah dari negara di dunia membelanjakan kurang dari 366 USD per orang. Secara keseluruhan, sistem pembiayaan kesehatan di seluruh dunia berubah menjadi lebih tergantung pada cara pra-bayar wajib dan gabungan, meski pun terdapat berbagai variasi substansial antar negara. Gambaran umum menunjukkan bahwa pengeluaran pemerintah untuk kesehatan meningkat secara absolut dan juga meningkat sebagai bagian dari total pengeluaran pemerintah. Hal ini menunjukkan bahwa kesehatan telah menjadi prioritas pemerintah yang lebih besar dari waktu ke waktu. Banyak negara menyalurkan anggaran ke agen pembelian layanan kesehatan seperti dana asuransi kesehatan sosial. Pengeluaran kesehatan *out of pocket* meningkat secara absolut, tetapi relatif menurun sebagai bagian dari total pengeluaran kesehatan saat ini.

Kesehatan adalah suatu hal yang sangat penting dalam kehidupan manusia, yang mana kita rela membayar harga untuk memiliki kesehatan yang baik. Hal ini tentu saja menimbulkan lonjakan sehingga kebutuhan akan hal yang berkaitan dengan kesehatan, salah satunya yaitu Jaminan Kesehatan (Jamkes) akan meningkat. Dalam Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dinyatakan bahwa setiap Warga Negara memiliki hak yang sama akan pelayanan kesehatan. Berkaitan dengan itu juga, Sistem Jaminan Kesehatan Nasional telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 yang menyatakan bahwa kesetaraan menjadi prinsip dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional.

Sebagai jaminan bagi seluruh rakyat Indonesia untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak maka terwujudlah sebuah sistem jaminan sosial sebagai bentuk perlindungan sosial bagi rakyat, dimana hal ini telah ada sebelumnya dan baru dikembangkan menjadi lebih baik dalam satu dekade terakhir. Dalam

program jaminan kesehatan, tentunya terdapat upaya untuk mengendalikan mutu dan pembiayaan dengan meminimalkan potensi terjadinya kecurangan (*fraud*). Hal ini dilakukan agar pelayanan kesehatan dilaksanakan secara rasional, sesuai dengan kebutuhan peserta jaminan kesehatan, *cost-effective* dan untuk menjamin kelanjutan program Jaminan Kesehatan.

Fraud atau kecurangan merupakan sebuah perbuatan yang melawan hukum dan dilakukan dengan sengaja untuk tujuan tertentu (manipulasi atau memberikan laporan keliru terhadap pihak lain) yang dilakukan orang-orang dari dalam atau luar sebuah sistem atau organisasi untuk mendapatkan keuntungan pribadi atau pun kelompok baik secara langsung atau tidak langsung merugikan pihak lain. (The Association of Certified Fraud Examiners, 2016) ACFE juga mengelompokkan kecurangan (*fraud*) ke dalam tiga bentuk berdasarkan perbuatan, yaitu penyimpangan atas asset (*asset misappropriation*), kecurangan laporan keuangan (*fraudulent financial reporting*) dan korupsi (*corruption*). Di seluruh Indonesia, hingga akhir tahun 2023 terdeteksi potensi fraud dan gratifikasi semakin mengecil, dikarenakan pihak BPJS (Jaminan Kesehatan) telah melakukan sebuah upaya dengan membagi beberapa tim sebagai pengendali agar tidak terjadi *phantom billing*. Potensi fraud yang terjadi biasanya berasal dari kelompok provider pelayanan kesehatan, seperti staf BPJS Kesehatan, pasien, dan supplier alat kesehatan dan obat.

Kecurangan (*Fraud*) klaim asuransi kesehatan dilakukan melalui penyedia layanan, pelanggan asuransi, dan perusahaan asuransi. Fraud dalam klaim asuransi kesehatan telah menjadi masalah signifikan yang pertumbuhannya merajalela dan mempengaruhi pelaksanaan layanan kesehatan global. Selain kerugian finansial yang ditimbulkan, pasien yang benar-benar membutuhkan perawatan medis menderita karena penyedia layanan tidak dibayar tepat waktu akibat keterlambatan klaim dalam pemeriksaan kesehatan (Sowah et al., 2019).

Terjadinya fraud pada jaminan Kesehatan yang mengakibatkan kerugian semua pihak perlu dilakukan pencegahan. Pencegahan dan penanganan kecurangan (*Fraud*) serta pengenaan sanksi administrasi terhadap kecurangan (*Fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan diatur dalam Peraturan

Menteri Kesehatan 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, dan pembentukan tim pencegahan kecurangan (*fraud*) (Peraturan Menteri Kesehatan, 2019). Cheliatsidou, et al. Pada 2021 mengungkapkan bahwa kejahatan keuangan yang berulang baik di sektor swasta maupun publik, menunjukkan bahwa fraud dan konsekuensi negatifnya melumpuhkan kepentingan ekonomi di seluruh dunia.

Berdasarkan pernyataan yang disampaikan oleh Direktur Utama BPJS Kesehatan, Ghufon Mukti (2023) bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menemukan adanya dugaan fraud atau kecurangan pada fasilitas pelayanan kesehatan (*fasyankes*) yang terafiliasi dengan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan nilai mencapai Rp866 miliar pada tahun 2023. Apa saja yang mungkin terjadi di Indonesia dalam konteks fraud? Tanpa pencegahan, maka terjadinya fraud dapat merusak, apalagi dengan adanya asumsi kecilnya pembayaran yang diberikan dalam skema INA-CBG. Di beberapa tempat sudah diberikan informasi seputar peningkatan *Up-Coding* secara sistematis. Adanya fraud akan memperburuk penyerapan dana BPJS oleh daerah yang banyak fasilitas kesehatan dengan yang di daerah sulit. Belakangan banyak sekali kita mendengarkan dari surat kabar, berita di TV atau sosial media lainnya terkait kecurangan dalam kesehatan terlebih dalam klaim asuransi. Disana sini banyak rumor beredar beberapa rumah sakit di Indonesia termasuk di Kota Medan tutup dikarenakan penyalahgunaan kekuasaan yang mana merugikan banyak pihak, tidak luput juga dalam melakukan kecurangan pada jaminan kesehatan sehingga terjadi lonjakan nominal pada klaim (*overklaim*).

Rumah Sakit Universitas Royal Prima Medan merupakan salah satu Rumah Sakit Swasta di Kota Medan yang menerapkan penggunaan BPJS Kesehatan bagi pasien selain asuransi. Hal ini tentu saja tidak lepas dari upaya yang mereka lakukan dalam mencegah terjadinya fraud sehingga pada saat ini tidak ditemukan kecurangan dalam klaim Jaminan Kesehatan. Ini merupakan sebuah contoh yang baik dalam pengelolaan asuransi, yang mana diketahui pihak Rumah Sakit bekerja

dan melakukan klaim sesuai dengan etik dan tidak mengambil keuntungan baik secara pribadi maupun secara kelompok terhadap asuransi dalam hal ini BPJS.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah Bagaimana Strategi RSUD Royal Prima Medan dalam melakukan pencegahan kecurangan (*fraud*) provider jaminan kesehatan nasional dalam hal ini BPJS kesehatan.

1.3. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui beberapa upaya yang dilakukan oleh RSUD Royal Prima Medan dalam mendeteksi dan mencegah terjadinya Fraud pada klaim BPJS.

1.4. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui penerapan kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan (Fraud) di RSUD Royal Prima Medan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.16 tahun 2019
2. Untuk mengetahui strategi dalam pengendalian mutu dan layanan dalam pencegahan terjadinya kecurangan (Fraud) berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.16 tahun 2019
3. Untuk mengetahui kendala yang dihadapi dalam pencegahan kecurangan (Fraud) BPJS di RSUD Royal Prima