

MEMAHAMI REGULASI DAN IMPLEMENTASI PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR 16 TAHUN 2019 DAN KECURANGAN PADA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Abriadi¹, Arlin Adam²
adydech@gmail.com¹

Universitas Pejuang Republik Makassar

ABSTRAK

Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 16 Tahun 2019 mengenai Pencegahan Fraud pada Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai pengganti dari Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 masih di perlukan pemahaman dalam implementasinya. Masih ada potensi kecuragam atau fraud dalam pelaksanaan JKN yang belum dapat dibuktikan dan ditindaklanjuti oleh Tim Pencegahan Fraud sesuai amanat dari PMK Nomor 16 Tahun 2019. Untuk itu tulisan ini memberikan Gambaran pemahaman kebijakan PMK Nomor 16 tahun 2019 agar implementasinya dapat berjalan dengan baik.

Kata Kunci: Fraud, JKN, Tim Pencegahan Kecurangan.

PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah berjalan hampir 11 (sebelas) tahun dari sejak diluncurkannya pada tahun 2014. Dilihat dari usianya masih banyak hal yang perlu dibenahi, salah satunya adalah dari sisi pengendalian biaya kesehatan. Dan untuk mendukung tercapainya sustainibilitas JKN ini maka kebijakan program anti fraudJKN diluncurkan pada bulan April 2015 melalui Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 36 Tahun 2015 yang telah diperbaharui menjadi PMK Nomor 16 Tahun 2019 mengenai Pencegahan Fraud pada Program JKN. Potensi fraud pada biaya pelayanan kesehatan menurut The National Health Care Anti-Fraud Association di Amerika diperkirakan mencapai 3-10% dari total seluruh biaya pelayanan kesehatan. Perkiraan ini tidak hanya mencengangkan dari sisi besarnya biaya tapi juga dari sisi skala cakupannya, hal ini menggambarkan adanya ketidakpastian besaran biaya (Simborg, 2008). Pada Program Medicare di Amerika yang sebagian dananya adalah dari publik, diperkirakan kurang lebih 10% dari total biaya pelayanan kesehatannya pada tahun 2014 adalah fraud (McGee et al., 2018). Hal ini yang membuat potensi fraud menjadi hal yang perlu menjadi fokus perhatian utama dalam pembiayaan kesehatan. Menurut penelitian Stowell pada tahun 2018, walaupun ada upaya penambahan anggaran dari pemerintah Amerika di bidang kesehatan, namun apabila tidak disertai dengan upaya pemberantasan fraud, maka akan terus berdampak tidak baik pada pertumbuhan ekonomi.(Stowell et al., 2018) Seperti halnya yang terjadi di Amerika, menurut kajian Hanevi Jasri, di Indonesia pada penyelenggaraan program JKN pada tahun 2015 terdapat potensi fraud kurang lebih 175.774 klaim Rumah Sakit (RS) dengan nilai rupiah kurang lebih sebesar 440 M(Djasri et al., 2016). Nilai ini baru diperkirakan dari potensi fraud fasilitas kesehatan (faskes), belum dari kemungkinan pelaku fraud segmen lain seperti BPJS Kesehatan, pasien, pemangku kepentingan maupun penyedia alat kesehatan dan obat. Jadi potensi fraudyang sudah bisa diperkirakan nilainya ini belum final mengingat sistem deteksi fraudbelum berjalan optimal. (Soputan et al., 2018) Fraud sering diartikan sebagai perbuatan yang disengaja untuk meraih keuntungan finansial. Penyalahgunaan dapat berupa penyalahgunaan wewenang atau bisa juga terhadap sumber daya (Ai et al., 2021).

Fraud berdampak serius di bidang kesehatan, dengan berbagai modus. Potensi fraud ini dapat menyebabkan berkurangnya anggaran untuk pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan yang buruk, dan memperburuk akses pelayanan kesehatan terutama di wilayah terpencil dan penduduk miskin. (Gaitonde et al., 2016; Gee & Button, 2015; Hussmann, 2011) Menurut Prof. Dr. Laksono Trisnantoro, di Indonesia potensi fraud menyebabkan tidak meratanya pelayanan kesehatan di daerah. Penduduk di Indonesia, terutama pada daerah terpencil kemungkinan telah menjadi peserta JKN, tetapi belum mendapatkan akses terhadap pelayanan kesehatan. Fraud dalam layanan kesehatan di daerah yang lebih maju pelayanan kesehatannya dapat menyebabkan situasi ini makin buruk. Fraud bisa membuat anggaran JKN tersedot ke daerah yang mempunyai akses pelayanan kesehatan lebih baik sehingga penduduk di daerah terpencil menjadi makin sulit mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang layak. (Trisnantoro & Hendrartini, 2014) Kebijakan antifraud ini tidak lepas dari pro dan kontra aktor-aktor yang mempunyai peran penting dalam implementasinya. Bagaimana implementasinya hingga saat ini perlu dikaji dan dianalisis agar didapatkan solusi untuk mengatasi masalah dalam implementasi kebijakan anti fraud JKN. Di dalam PMK Nomor 16 Tahun 2019 telah disebutkan kegiatan-kegiatan antifraud antara lain meningkatkan awareness, pelaporan, penyelidikan dan pemberian sanksi

Analisis terhadap PMK Nomor 16 Tahun 2019 ini dibuat oleh Kementerian Kesehatan dalam rangka upaya menekan angka kejadian fraud pada program JKN. Seperti telah disampaikan pada pengantar dari tulisan ini, bahwa pada PMK ini dibuat salah satunya untuk menjadi dasar hukum tindakan pencegahan fraud pada program JKN. PMK ini diterbitkan pada bulan April 2019 sebagai pengganti PMK Nomor 36 Tahun 2015. PMK Nomor 16 Tahun 2019 telah memuat aktivitas seperti membangun awareness, pelaporan, deteksi, investigasi, dan pemberian sanksi. Sasaran dari PMK ini adalah peserta JKN, BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, penyedia alat kesehatan dan obat, dan juga pemangku kepentingan lainnya. Selain itu didapatkan juga adanya ketidakjelasan dalam pemberian sanksi administratif yang diberikan kepada faskes, peserta, BPJS Kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya. Dalam hal ini sanksi diberikan oleh Kemenkes, Dinkes, dan pemangku kepentingan lainnya, di mana ketiganya bisa masuk dalam kategori pelaku fraud. Inkonsistensi Terdapat inkonsistensi dalam definisi pemangku kepentingan seperti yang disebutkan dalam PMK sebelumnya. Pada PMK Nomor 16 Tahun 2019 definisi pemangku kepentingan yang disebutkan pada pasal 2 ayat (2) adalah semua pihak yang melakukan dan/atau berkontribusi terjadinya kecurangan (fraud). Namun di dalam penjelasan lampiran huruf E disebutkan bahwa jenis kecurangan oleh pemangku kepentingan lainnya adalah Pemberi kerja yang bukan termasuk penyelenggara negara. Belum jelasnya klausul sanksi administrasi yang diterapkan kepada pelaku fraud dan inkonsistensi dari isi dari PMK ini mulai dari definisi dan kategori pemangku kepentingan sampai ke implementasinya. Sehingga tidak jelas berpotensi menimbulkan masalah dalam implementasi PMK Nomor 16 Tahun 2019 menjadi tidak optimal.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Peran Kemenkes dan Dinas Kesehatan Sebagai lembaga yang menjadi koordinator JKN mulai dari tingkat pusat sampai daerah, Kemenkes maupun Dinkes harus lebih meningkatkan awareness terhadap adanya tindakan fraud/kecurangan di program JKN. Tingginya fraud ini akan menjadi citra buruk pemerintah dalam penyelenggaraan GCG dan mempengaruhi kualitas layanan dalam kesehatan. Setiap organisasi profesi di bidang kesehatan wajib ikut mendukung terlaksananya kebijakan program anti fraud di JKN.

Pemberian layanan kesehatan harus mengedepankan prinsip etika, safety patient, dan transparansi publik. Analisis Peran KPKPK sebagai lembaga pemerintah anti korupsi di Indonesia, diharapkan lebih mendorong upaya penegakan anti korupsi termasuk di antaranya korupsi dalam penyelenggaraan program JKN. KPK bekerja sama dengan UGM dalam hal edukasi dan advokasi kepada kelompok regulator. Kerja sama ini menghasilkan rencana aksi pemberantasan korupsi oleh 3 (tiga) Dinas Kesehatan yaitu Yogyakarta, Kupang dan Bandung. (Djasri et al., 2016) Terkait dengan advokasi, beberapa stakeholder yang mempunyai ipotensi baik untuk dilakukan advokasi secara intensif untuk mendukung tujuan implementasi kebijakan program anti fraud JKN. Yang pertama adalah Kemenkes dan Dinas Kesehatan. Sebagai lembaga yang berfungsi sebagai koordinator dalam program JKN mulai dari tingkat pusat sampai daerah, Kemenkes maupun Dinkes harus lebih meningkatkan awareness terhadap adanya tindakan fraud/kecurangan di program JKN. Tingginya fraud ini akan menjadi citra buruk pemerintah dalam penyelenggaraan GCG dan mempengaruhi kualitas layanan dalam kesehatan. Yang kedua adalah Organisasi Profesi seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Ikatan Apoteker Indonesia (IAI), Persatuan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Indonesia (PKFI), dan lain-lain. Setiap organisasi profesi di bidang kesehatan wajib ikut mendukung terlaksananya kebijakan program anti fraud di JKN. Pemberian pelayanan kesehatan harus mengedepankan prinsip etika, safety patient, dan transparansi publik. Dan yang terakhir adalah KPK. KPK sebagai lembaga pemerintah anti korupsi di Indonesia, diharapkan lebih mendorong lagi upaya penegakan anti korupsi termasuk di antaranya korupsi dalam penyelenggaraan program JKN.

KESIMPULAN

Kebijakan implementasi program anti fraud JKN ini mempunyai beberapa masalah yang harus diselesaikan. Dan masalah utama yang terjadi adalah kurangnya kepedulian dari masing-masing stakeholder untuk berperan aktif dalam pelaksanaannya. Hal ini menjadi hambatan dalam implementasinya. Dari hasil analisis terhadap PMK Nomor 16 Tahun 2019 didapatkan:

1. Aspek isi: Terdapat ketidakjelasan definisi operasional dari kategori pelaku fraud termasuk dengan penjelasan dari tindakan pencegahan fraud masing-masing unsur sehingga berpotensi membuat kebijakan ini tidak dapat diimplementasikan dengan optimal.
2. Aspek proses: PMK ini dibuat untuk memberikan dasar hukum bagi pelaku tindakan fraud pada program JKN, namun dalam penyusunannya masih terdapat celah dalam implementasinya.
3. Aspek aktor: tim penyusun PMK sudah melibatkan unsur regulator, organisasi profesi dan pemangku kepentingan lainnya.. Rekomendasi terhadap PMK Nomor 16 Tahun 2019 ini adalah perlunya Upaya advokasi kepada stakeholder yang mempunyai potensi untuk mendukung tercapainya tujuan utama kebijakan ini. Timbulnya fraud juga tak lepas dari masih adanya celah dalam pembiayaan kesehatan yang berujung pada tindakan fraud sebagai upaya coping strategy dari RS. Sehingga perlu adanya kajian lebih mendalam dan evaluasi terhadap sistem pembayaran JKN. Namun demikian, juga perlu diwaspadai adanya tindakan fraud dengan motivasi mencari keuntungan sebesar-besarnya oleh RS. Karena hal ini akan membutuhkan terapi yang berbeda, salah satunya adalah ketegasan aturan memberikan sanksi kepada RS yang melakukan fraud termasuk peninjauan kerja sama dalam memberikan pelayanan kepada peserta JKN.

DAFTAR PUSTAKA

- Dina Anjayani (2021) Analisis Kebijakan dan Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 pada Program Jaminan Kesehatan Nasional - <https://jurnal-jkn.bpjs-kesehatan.go.id/index.php/jjkn/article/view/37/13>
- Ai, J., Russomanno, J., Guigou, S., & Allan, R. (2021). A Systematic Review and Qualitative Assessment of Fraud Detection Methodologies in Health Care. *North American Actuarial Journal*, 0(0), 1–26. <https://doi.org/10.1080/10920277.2021.1895843>
- Bardach, E., & Patashnik, E. M. (2015). *A practical guide for policy analysis* fifth edition.
- Djasri, H., Rahma, P. A., & Hasri, E. T. (2016). Korupsi Dalam Pelayanan Kesehatan Di Era Jaminan Kesehatan Nasional: Kajian Besarnya Potensi Dan Sistem Pengendalian Fraud. *Integritas*, 2(1), 113–133.
- European Commission. (2013). Study on Corruption in the Healthcare Sector (Issue October). <https://doi.org/10.2837/58154>
- Gaitonde, R., Oxman, A. D., Okebukola, P. O., & Rada, G. (2016). Interventions to reduce corruption in the health sector. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008856.pub2>
- Gee, J., & Button, M. (2015). The financial cost of fraud 2015: What data from around the world shows. PFK Littlejohn LLP and University of Portsmouth, 1–24.
- Hendartini, Y. (2014). Deteksi dan Investigasi Fraud dalam Asuransi Kesehatan: Bagaimana di Indonesia ? 1–19.
- Hussmann, K. (2011). Addressing Corruption in the Health Sector: Securing Equitable Access to Health Care for Everyone. *U4 Issue*, 1, 39.
- Khairi, H. (2008). Konsep Dasar Kebijakan Publik. *Atmospheric Environment*, 42(13), 2934–2947.
- McGee, J., Sandridge, L., Treadway, C., Vance, K., & Coustasse, A. (2018). Strategies for Fighting Medicare Fraud. *The Health Care Manager*, 37(2), 147–154.
- Sadikin, H., & Adisasmito, W. (2016). Analisis Pengaruh Dimensi Fraud Triangle Dalam Kebijakan Pencegahan Fraud Terhadap Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUP Nasional Cipto Mangunkusumo. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(2), 28–34. <https://doi.org/10.7454/eki.v1i2.1871>
- Santoso, B., Hendartini, J., Djoko Rianto, B. U., & Trisnantoro, L. (2018). System for Detection of National Healthcare Insurance Fraud Based on Computer Application. *Public Health of Indonesia*, 4(2), 46–56. <https://doi.org/10.36685/phi.v4i2.199>
- Simborg, D. W. (2008). Healthcare Fraud: Whose Problem is it Anyway? *Journal of the American Medical Informatics Association*, 15(3), 278–280. <https://doi.org/10.1197/jamia.M2672>
- R., Tinangon, J., & Lambey, L. (2018). Analisis Resiko Kecurangan terhadap Sistem Pengelolaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Di FKTP Pemerintah Kota Bitung. *Jurnal Riset Akuntansi Dan Auditing “Goodwill,”* 9(2), 140–149. <https://doi.org/10.35800/jjs.v9i2.26469>
- Stowell, N. F., Schmidt, M., & Wadlinger, N. (2018). Healthcare fraud under the microscope: improving its prevention. *Journal of Financial Crime*, 25(4), 1039–1061. <https://doi.org/10.1108/JFC-05-2017-0041>
- Trisnantoro, L., & Hendartini, Y. (2014). Fraud di Jaminan Kesehatan Nasional. 1–25.