

Tesis Revisi Prillia Sukmawati

MH

by Prillia Sukmawati Mh

Submission date: 28-Aug-2023 03:39PM (UTC+0700)

Submission ID: 2152645839

File name: 198040052_PRILLIA_S_MIH_-_Prillia_Sukmawati.pdf (331.36K)

Word count: 7522

Character count: 50125

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Penelitian

Kelangsungan kesejahteraan manusia sebagai makhluk sosial bergantung pada pemenuhan kebutuhan esensial, salah satu diantaranya adalah aspek kesehatan. Hal ini tercermin dalam Pasal 28 H ayat (1) UUD 1945 yang menegaskan hak setiap manusia untuk hidup sejahtera baik secara fisik dan mental, memiliki tempat tinggal yang layak, berada di lingkungan yang sehat; juga dijamin hak mendapatkan layanan kesehatan. Pasal 1 angka 3 UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Saki menjelaskan bahwa Pelayanan Kesehatan Paripurna meliputi upaya promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, dan rehabilitasi. Aspek pelayanan kesehatan, promosi dan pencegahan penyakit diberikan untuk fasilitas layanan kesehatan di tingkat pertama, misalnya pusat kesehatan masyarakat, klinik primer, dan praktik dokter swasta. Di sisi lain, pelayanan kesehatan pengobatan dan rehabilitasi disediakan di fasilitas layanan kesehatan rujukan, termasuk klinik utama dan rumah sakit.

Berdasarkan informasi dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada 2015, data menunjukkan terdapat sekitar 70% dari jumlah kematian global disebabkan oleh Penyakit Tidak Menular (PTM), dengan angka mencapai 39,5 juta dari total 56,4 juta kematian. Dalam konteks kematian akibat PTM tersebut, sekitar 45% diantaranya berhubungan dengan penyakit jantung dan gangguan pembuluh darah, yang mengakibatkan 17,7 juta dari 39,5 juta kematian. Hasil survei Riset

Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi Penyakit Jantung Koroner (PJK) menurut diagnosa dokter bahwa Indonesia memiliki presentase 1,5%. Tingkat prevalensi yang paling tinggi tercatat di Provinsi Kalimantan Utara dengan angka 2,2%, diikuti oleh Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) dan Gorontalo masing-masing sebesar 2%. Selain tiga provinsi ini, ada delapan provinsi lain yang memiliki tingkat prevalensi lebih tinggi dibandingkan tingkat nasional. Provinsi-provinsi tersebut yaitu Aceh, Sumatera Barat, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, dan Sulawesi Tengah.

Ditinjau dari perspektif jenis kelamin, tingkat prevalensi PJK pada populasi perempuan (1,6%), angka tersebut lebih tinggi jika dibandingkan prevalensi PJK pada populasi laki-laki (1,3%). Secara menarik, analisis berdasarkan pekerjaan mengindikasikan bahwa prevalensi PJK tertinggi terjadi pada kelompok aparatur pemerintahan, termasuk Pegawai Negeri Sipil (PNS), Tentara Nasional Indonesia (TNI), Kepolisian Republik Indonesia (Polri), serta perusahaan Badan Usaha Milik Negara (BUMN) dan Badan Usaha Milik Daerah (BUMD), dengan angka prevalensi sebesar 2,7%. Fakta yang serupa juga terlihat pada dimensi tempat tinggal, dimana masyarakat yang tinggal di kota lebih rentan terhadap PJK dengan presentase prevalensi 1,6% dibandingkan dengan masyarakat yang tinggal di desa dengan presentase prevalensi 1,3%.

Pelayanan Kateterisasi jantung adalah salah satu jenis pelayanan medis yang bersifat kuratif dan diimplementasikan di lingkungan Rumah Sakit. Berdasarkan ketentuan UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Angiografi koroner

memainkan peran sentral dalam prosedur kateterisasi jantung, dimana tujuannya adalah untuk melakukan pemeriksaan menyeluruh terhadap seluruh cabang di pembuluh darah koroner, termasuk pembuluh darah alami maupun graft bypass. Pedoman dari American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) menunjukkan bahwa angiografi koroner direkomendasikan (Kelas 1) dalam kasus pasien yang memiliki gejala nyeri di dada dirasakan setelah jantung berhenti mendadak; juga pada pasien dengan penyakit koroner kronis yang memiliki gejala yang terasa atau memiliki gejala risiko tinggi pada saat dilakukan pemeriksaan non-invasif; dan ketika terdapat bukti secara klinis yang mendukung adanya kegagalan jantung. Pada dasarnya tidak ada kondisi kontraindikasi mutlak yang terkait dengan angiografi koroner. Walaupun begitu, adanya masalah kesehatan seperti gangguan ginjal atau non-ginjal perlu diatasi sebelumnya berdasarkan pertimbangan analisis mengenai risiko dan manfaat, yang melibatkan partisipasi pasien, spesialis kardiologi, nefrologi, dan ahli lainnya yang memiliki kompetensi dalam penanganan pasien tersebut.

Pelayanan Kateterisasi Jantung ini termasuk dalam jenis pelayanan kesehatan yang memerlukan biaya tinggi, dengan biaya satu kali tindakan yang bisa mencapai puluhan juta rupiah. Dari perspektif pembiayaan dari Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), penelitian oleh Mahulae J. dan rekan-rekan (2016) mengindikasikan bahwa salah satu sumber pembiayaan terbesar berkaitan dengan penyakit-penyakit katastrofik, yang mengambil sekitar 30% dari total anggaran JKN pada tahun 2016, atau setara dengan sekitar Rp. 16,9 triliun. Kategori penyakit katastrofik ini termasuk penyakit jantung, gagal jantung kronis, kanker, stroke,

thalasemia, hemofilia, dan leukemia.

Berdasarkan data dari BPJS Kesehatan tahun 2017 mengungkapkan bahwa biaya rawat inap tertinggi dalam kategori penyakit katastrofik adalah untuk penyakit jantung, dengan klaim pengobatan sebesar Rp 9,25 triliun. Di Provinsi Sumatera Barat, BPJS Kesehatan mencatat di tahun 2017 penyakit jantung menduduki peringkat atas dalam hal pengeluaran biaya pengobatan, dengan total klaim sebesar Rp. 230,7 miliar per tahun dengan jumlah peristiwa 330.492 kasus penyakit jantung. Situasi ini menghadirkan tantangan dalam hal pembiayaan kesehatan, baik bagi pasien maupun bagi Rumah Sakit sebagai penyedia pelayanan kesehatan. Dalam pandangan Satjipto Rahardjo, konsep Hukum sebagai social engineering merujuk pada penggunaan hukum secara sadar untuk membentuk keteraturan atau kondisi sosial yang sesuai dengan harapan atau untuk menginduksi perubahan yang diinginkan. Hal ini menjadi latar belakang bagi pemerintah dalam membentuk Program Jaminan Sosial melalui UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Pada penulisan ini, penekanan penulis difokuskan pada aspek jaminan kesehatan. Hal ini merujuk pada ketentuan yang tercantum dalam UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Pasal 19 ayat (1) dan ayat (2) tentang prinsip dan tujuan penyelenggaraan JKN. Dengan prinsip jaminan kesehatan ini, diharapkan akan tercipta solusi yang dapat mengatasi tantangan pembiayaan dalam sektor kesehatan, dengan cakupan yang melibatkan seluruh segmen masyarakat di Indonesia. Realisasi pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional oleh pemerintah melalui UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial,

BPJS ini terdiri dari atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS merupakan lembaga yang memiliki fungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

Rumah sakit mempunyai tugas dan fungsi sebagaimana tertuang pada UU No. 44 Tahun 2009, diharapkan menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk menyediakan pelayanan yang dicakup oleh manfaat asuransi kesehatan dalam kerangka Program Jaminan Kesehatan Nasional. Perjanjian kerjasama ini memiliki durasi satu tahun dan memerlukan pembaruan setiap tahunnya. Beberapa hal yang tidak termasuk dalam perjanjian kerjasama juga diatur secara terpisah. Salah satu hal tersebut berhubungan dengan pemberian layanan kateterisasi jantung di lingkungan Rumah Sakit. Menurut Surat Edaran BPJS Kesehatan Nomor 365/Wil-V/0218 mengenai Pelaksanaan Kerja Sama dan Komitmen PFKRTL (Pelayanan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan).

Rumah Sakit yang hendak menyediakan layanan kateterisasi jantung harus memperoleh rekomendasi dari Kantor Pusat BPJS Kesehatan berupa hasil kredensialing. Selain itu, kantor cabang BPJS Kesehatan setempat perlu menyusun addendum untuk perjanjian kerja sama yang mencakup penambahan layanan kateterisasi jantung sesuai dengan format yang ditetapkan. Dalam hal ini, Surat Edaran BPJS Kesehatan Nomor 531/Wil-V/0318 yang mengatur pelayanan laboratorium kateterisasi jantung, kemoterapi, dan radioterapi, di poin 3 menyatakan bahwa Kantor Cabang wajib memastikan bahwa Rumah Sakit yang telah memberikan layanan laboratorium kateterisasi jantung telah memenuhi semua persyaratan yang berkaitan dengan pelayanan tersebut, terutama dalam hal

kompetensi sumber daya manusia (termasuk sertifikasi intervensi oleh kolegium) serta standar fasilitas dan infrastruktur sesuai dengan BAPETEN. Kantor Cabang juga diharuskan memastikan bahwa komitmen Rumah Sakit dalam memberikan layanan kembali dipegang teguh.

Dalam rangka menerapkan regulasi di atas, Kantor Cabang BPJS Kesehatan di Bandung telah melakukan penyelidikan terhadap Rumah Sakit yang telah menyelenggarakan layanan kateterisasi jantung di Kota Bandung. Berdasarkan hasil Audit Klaim, terungkap bahwa pada salah satu Rumah Sakit Tipe B TNI/Polri dari tahun 2018 hingga 2019 terjadi 11 kasus kecurangan (fraud). Meskipun Rumah Sakit ini telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan Bandung dalam pengimplementasian program Jaminan Kesehatan Nasional dan memiliki rencana untuk menambahkan layanan kateterisasi jantung, namun saat ini Rumah Sakit masih menunggu proses kredensialing dari Kantor Pusat BPJS Kesehatan. Dalam kondisi ini, Rumah Sakit tetap melanjutkan layanan kateterisasi jantung untuk 11 pasien sesuai dengan data terlampir dan telah mengajukan klaimnya kepada BPJS Kesehatan Bandung. Terdapat potensi kecurangan (fraud) pada kedua belah pihak dalam 11 kasus ini.

Kecurangan (fraud) telah terdeteksi di RSUD Menggala karena kurangnya definisi yang gamblang mengenai satu rangkaian layanan, serta tidak adanya bukti secara tertulis untuk menolak diagnosis atau jenis layanan tertentu. Kecurangan tersebut menimbulkan kerugian bagi RSUD Menggala dikarenakan klaim terhadap layanan yang diberikan tidak bisa dibayarkan. Kecurangan serupa juga diidentifikasi oleh BPJS Kesehatan Cabang Ambon, di mana dari total 82.837 kasus

rawat jalan yang diajukan sejumlah 8 rumah sakit di kota tersebut, 411 kasus atau 0,5% memiliki catatan koreksi berupa kesalahan dalam pengkodean, serta berpotensi menimbulkan kerugian kurang lebih Rp. 113.947.900. Dalam kasus rawat inap, berdasarkan jumlah total 24.746 kasus, terdapat 697 kasus atau 2,81% yang memiliki indikasi upcoding dan berpotensi memiliki kerugian mencapai Rp. 1.537.708.800,-. Dengan demikian, potensi total kerugian akibat upcoding selama satu tahun mencapai Rp. 1.651.656.700,-. Kedua kecurangan tersebut menyebabkan kerugian bagi RSUD dan BPJS Kesehatan.

Salah satu bentuk kecurangan klasik yang dilakukan pihak petugas BPJS adalah berkolusi dengan pihak peserta maupun fasilitas kesehatan dalam membuat klaim palsu dan memanipulasi jenis layanan yang sebenarnya tidak dijamin menjadi dapat dijamin. Sebagai contoh nyata, tindakan kecurangan dalam FKRTL adalah menulis kode diagnosis pasien secara berlebihan atau *upcoding*. Tindakan kecurangan tersebut dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti tarif INA-CBGs yang dinilai rendah oleh rumah sakit sehingga pihak rumah sakit berupaya untuk mendapatkan keuntungan dengan cara lain. Selain itu, proses pembayaran klaim BPJS Kesehatan ke pihak rumah sakit yang didasarkan pada tarif INA-CBGs bersifat tanpa batas sehingga dapat merangsang terjadinya kecurangan. Hal tersebut menunjukkan bahwa regulasi saat ini berupa UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN dan UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS belum memiliki cukup kekuatan untuk mencegah terjadinya kecurangan (fraud).

Melalui ketentuan Surat Edaran BPJS Kesehatan No. 365/Wil-V/0218 perihal Pelaksanaan Kerjasama dan Komitmen FKRTL Penyelenggaraan Pelayanan

Laboratorium Kateterisasi dan Surat Edaran BPJS Kesehatan No. 531/Wil-V/0318 tentang ketentuan pelayanan laboratorium kateterisasi Jantung, kemoterapi dan Radioterapi, terdapat ketidaksesuaian dengan ketentuan regulasi dari BPJS Kesehatan tentang penambahan pelayanan kateterisasi jantung di Rumah Sakit dikarenakan belum terdapat addendum perjanjian kerjasama antara pihak BPJS Kesehatan dengan pihak Rumah Sakit Tipe B TNI/Polri. Dampaknya, pemberian pelayanan kateterisasi jantung dalam jumlah 11 kasus ini dianggap tidak pantas untuk dibayarkan oleh BPJS Kesehatan, dan sebagai langkah selanjutnya, Rumah Sakit Tipe B TNI/Polri diwajibkan untuk mengembalikan jumlah pembayaran berlebihan yang telah diterima atas layanan tersebut. Tindakan ini mengindikasikan terjadinya praktik kecurangan (*fraud*) pada tahap implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Rumah Sakit Tipe B TNI/Polri.

Berdasarkan konteks tersebut, tampaknya diperlukan penyelidikan lebih mendalam untuk mengungkap potensi adanya kecurangan pada pengimplementasian Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Selain itu, juga perlu dilakukan kajian terhadap penerapan prinsip-prinsip hukum perjanjian dalam Addendum Perjanjian Kerjasama terkait peningkatan layanan kateterisasi jantung. Oleh karena itu, melalui identifikasi masalah pada latar belakang tersebut penulis terdorong untuk melakukan penelitian yang lebih komprehensif dalam konteks penyusunan tesis yang berjudul: Analisis Pelayanan Kesehatan Pada Program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Dihubungkan Dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap

Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan, Studi kasus Pelayanan kateterisasi Jantung di RS TNI/POLRI Kota Bandung.

Harapan peneliti hasil penelitian ini mampu memberikan sumbangsih yang positif terhadap penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional, sehingga masyarakat Indonesia dan khususnya masyarakat di kota Bandung dapat menikmati pelayanan kesehatan yang memiliki mutu dan standar yang tinggi, melalui pemanfaatan sepenuhnya dari Program Jaminan Kesehatan Nasional..

B. Identifikasi Masalah

1. Bagaimanakah aturan pelayanan kesehatan pada program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit dihubungkan dengan **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan?**
2. Bagaimanakah pelaksanaan pelayanan kesehatan program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit dihubungkan dengan **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan?**
3. Bagaimanakah permasalahan dan proses penyelesaian permasalahan pelayanan kesehatan pada program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit dihubungkan dengan **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia**

No. 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan?

C. Tujuan Penelitian

Melalui latar belakang dan identifikasi masalah yang telah diuraikan diatas, tujuan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui, menganalisis dan mengkaji aturan pelayanan kesehatan pada program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit dihubungkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan
2. Untuk mengetahui, menganalisis dan mengkaji pelaksanaan pelayanan kesehatan program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit dihubungkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan
3. Untuk mengetahui dan mengkaji permasalahan dan proses penyelesaian permasalahan pelayanan kesehatan pada program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit dihubungkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan

Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap
Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan

D. Kegunaan Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat yang positif terhadap Rumah Sakit, BPJS Kesehatan dan ilmu hukum. Manfaat ini akan dijabarkan atas kegunaan dalam aspek teoritis dan praktis.

1. Kegunaan Teoritis

1. Sebagai sumber literasi dalam bidang hukum kesehatan di Perpustakaan Kampus Pascasarjana Unpas Bandung
2. Dapat memberikan wawasan dan pengetahuan dalam bidang Ilmu hukum kesehatan khususnya pada pencegahan kecurangan dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional

2. Kegunaan Praktis

1. Menjadi masukan untuk pihak BPJS Kesehatan dalam Mengimplementasikan Permenkes No. 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan
2. Menjadi masukan untuk pihak Rumah Sakit agar dapat menjalankan Permenkes No. 36 Tahun 2015 Tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional sehingga tidak berpotensi dianggap melakukan tindakan kecurangan.

E. Kerangka Pemikiran

D Dalam konteks hierarki norma hukum, Hans Kelsen berpendapat bahwa norma-norma hukum mengikuti hirarki yang terdiri dari berbagai tingkatan dan lapisan dalam suatu sistem tata susunan. Dengan kata lain, norma yang berkedudukan lebih rendah di dalam hierarki akan berlaku dan berakar pada norma lain yang berkedudukan lebih tinggi, sementara norma yang kedudukannya lebih tinggi berakar pada norma yang kedudukannya lebih tinggi lagi, dan seterusnya, hingga mencapai norma dasar (Grundnorm) yang bersifat hipotesis dan fiktif. Konsep ini dikembangkan lebih lanjut oleh Hans Nawiasky, yang menyatakan bahwa dalam konteks negara norma hukum terstruktur dalam beberapa tingkatan, yaitu Norma fundamental negara, Aturan-aturan dasar Negara/aturan pokok Negara, Undang-undang dan Peraturan pelaksana serta peraturan otonom.

Di dalam konteks Indonesia, prinsip hierarki norma hukum sebagaimana yang dijelaskan oleh Kelsen dalam teori stufenbau dapat diobservasi pada tata urutan peraturan perundang-undangan berdasarkan Undang-Undang Nomor 12 tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundangundangan, yang terdiri dari UUD '1945; Ketetapan MPR; UU/Perpu; 4. PP 5. Perpres; 6. Perda dan Perwali/Perbup. Kesehatan merupakan hak bagi seluruh masyarakat Indonesia sebagaimana tersirat dalam Pancasila Sila ke 5, keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Sehubungan dengan butir ke (3) yaitu untuk menjaga keseimbangan antara hak dan kewajiban, setiap warga negara Indonesia berhak dan berkewajiban dalam menjaga

kesehatan. Hal tersebut juga selaras dengan Undang- Undang Dasar 1945 Pasal 28H ayat (1).

Indonesia menerapkan konsep negara hukum material dan juga mengadopsi prinsip-prinsip dari negara welfare state. Melalui analisis menyeluruh isi UUD'45, ditarik kesimpulan bahwa Indonesia adalah negara hukum material atau negara yang memiliki paradigma welfare state. Dalam kerangka ini, negara memiliki tanggung jawab mutlak dalam meningkatkan kesejahteraan umum serta mewujudkan keadilan sosial terhadap semua warganya. Di berbagai belahan dunia, terdapat beberapa model welfare state yang disesuaikan dengan ideologi masing-masing negara, antara lain:

1. Model Institusional (Universal)

Model institusional, juga dikenal sebagai model Universal atau Welfare State Scandinavia (terinspirasi oleh paham liberal), menganggap kesejahteraan merupakan hak semua warga negara. Oleh karena itu, pelayanan diberikan secara merata tanpa memandang status sosial atau ekonomi masyarakat. Model ini diimplementasikan oleh beberapa Negara seperti Swedia, Finlandia, Norwegia, dan Denmark.

2. Model Koorporasi (Bismarck)

Model ini mirip dengan model institusional/ universal, dimana jaminan sosial juga diatur dengan struktur lembaga yang luas. Perbedaannya terletak pada kontribusi ketiga pihak: yaitu pemerintah, dunia usaha/bisnis, dan buruh/pekerja. Pelaksanaan jaminan sosial disediakan oleh negara dan diberikan kepada pekerja melalui layanan asuransi. Konsep ini diterapkan

oleh negara Jerman dan Austria.

3. Model Residual.

Model ini mengadopsi pendekatan selektif dalam pelayanan social dan dipengaruhi oleh paham konservatif serta ideologi neo-liberal dan pasar bebas. Negara memberikan pelayanan sosial yang bersifat dasar, terutama terhadap kelompok masyarakat yang kurang mampu, seperti masyarakat miskin, pengangguran, penyandang disabilitas, dan lansia yang tidak mampu. Ruang lingkup model ini luas namun pelayanan yang diberikan bersifat temporer dan efisien. Contohnya, Inggris memberlakukan model ini dengan pelayanan sosial yang relatif singkat dan terbatas. Model ini dianut oleh beberapa Negara seperti Anglo-Saxon seperti Inggris, Amerika Serikat, Australia, dan Selandia Baru.

4. Model Minimal.

Model minimal memiliki ciri adanya pengeluaran pemerintah yang minim untuk pembangunan sosial. Pada prakteknya program jaminan sosial dan kesejahteraan diberikan secara sporadis, parsial, dan minimal, terutama untuk pegawai negeri, anggota militer, dan pekerja swasta yang bisa membayar premi. Negara yang menerapkan model ini mengalokasikan anggaran yang kecil untuk belanja sosial dikarenakan masih dalam kategori negara berpendapatan rendah atau mempunyai keterbatasan dalam pembangunan sosial. Contohnya adalah negara-negara Latin seperti Brasil, Italia, Spanyol, Chili, serta di wilayah Asia seperti Sri Lanka, Filipina, Korea Selatan, dan Indonesia.

Indonesia termasuk dalam kategori model minimal yang dijelaskan sebelumnya, hal ini dilihat melalui dasar-dasar yang mendasarinya seperti Undang-Undang Dasar 1945, UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, dan juga dari alokasi anggaran pemerintah yang terbatas untuk pembangunan sosial. Guna mendukung prinsip welfare state, Mochtar Kusumaatmadja mengajukan suatu konsep hukum pembangunan yang menggambarkan hukum sebagai alat rekayasa sosial. Dalam konsep ini, hukum dianggap sebagai alat untuk menginisiasi perubahan dalam masyarakat. Implementasi konsep hukum ini memerlukan lingkungan hukum yang mencakup ketaatan hukum dari aparat pemerintah, budaya hukum yang tercermin dalam masyarakat, dan juga ketaatan hukum dari individu-individu dalam masyarakat.

Guna mewujudkan paradigma welfare state, pemerintah Indonesia merancang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai alat penstimulus transformasi sosial serta menjaga hak dan kewajiban masyarakat Indonesia tetap seimbang, terutama dalam aspek kesehatan. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) lahir pada tahun 2004 berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, khususnya dijelaskan dalam Pasal 2. Guna menerapkan Sistem Jaminan Sosial Nasional tersebut pemerintah Indonesia membentuk Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS).

Asal usul dari BPJS Kesehatan berasal dari entitas Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES). Pada tahun 2014, PT ASKES (Persero) mengalami transformasi menjadi Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial

(BPJS) Kesehatan, sesuai dengan yang diatur dalam UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Pasal 9 ayat (1), BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Standard pelayanan minimal Rumah Sakit diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Salah satu dari berbagai layanan medis yang diadakan di Rumah Sakit adalah pelayanan kateterisasi jantung. Pelayanan ini diwajibkan untuk dilakukan sesuai dengan pedoman pelayanan teknik kardiovaskuler yang telah ditetapkan. Konformitas dengan regulasi ini mengacu pada Pasal 1 angka 2 dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 91 Tahun 2014. Definisi Kateterisasi jantung berasal dari istilah laboratorium kateterisasi (catheterization laboratory) yang sering disingkat menjadi kateterisasi jantung. Tempat ini digunakan untuk melaksanakan tindakan kateterisasi, baik untuk tujuan diagnostik (mengidentifikasi kelainan struktural atau fungsional pada pembuluh darah jantung, pembuluh darah lainnya, atau organ lain) maupun terapeutik (memperbaiki kelainan struktural atau fungsional pada pembuluh darah jantung, pembuluh darah lainnya, atau organ lain).

Pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan didasarkan bahwa Iuran dan hasil investasinya adalah dana yang dipercayakan oleh Peserta untuk dimanfaatkan semaksimal mungkin demi kepentingan Peserta Jaminan Sosial. Dalam memanfaatkan manfaat dari Jaminan Kesehatan, peserta memiliki kebebasan untuk memilih sesuai dengan preferensi dan tindakannya, namun ini bisa mengakibatkan timbulnya biaya tambahan serta selisih biaya yang perlu ditanggung oleh peserta. Contohnya, saat seorang peserta yang memiliki hak kelas 2 saat dirawat ingin

mendapatkan pelayanan selevel dengan hak kelas 1. Hal ini sesuai dengan yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2018 mengenai Penerapan Biaya Tambahan dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan.

Tindakan yang tidak sesuai dalam pemanfaatan layanan bisa memunculkan potensi terjadinya kecurangan (Fraud) pada pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Konformitas dengan regulasi ini mengacu pada **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019** mengenai **Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan**. Pelanggaran tersebut bisa dijalankan oleh individu mana pun, tak terkecuali peserta dan juga lembaga kesehatan, sesuai dengan pernyataan yang terdapat dalam **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2015** tentang **Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional** pada Pasal 1 angka 1. Pelanggaran (Fraud) dalam Pelaksanaan **Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional** yang nantinya dirujuk sebagai Pelanggaran JKN. Demi menghindari terjadinya pelanggaran semacam itu, BPJS Kesehatan telah mengambil tindakan dengan merumuskan kebijakan dalam bentuk Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial **Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020** yang mengatur **Sistem Pencegahan Kecurangan Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan**.

F. Metode Penelitian

Penelitian di bidang hukum merupakan kegiatan ilmiah yang melibatkan analisis dan konstruksi, yang dilaksanakan dengan pendekatan metodologis, sistematis, dan konsisten. Selanjutnya, akan diuraikan mengenai rincian penelitian ini, seperti spesifikasi, metode pendekatan, tahapan, teknik dan alat pengumpulan data, analisis data, lokasi, serta jadwal penelitian.

1. Spesifikasi Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti menerapkan metode deskriptif analitis. Menurut Soemitro, metode deskriptif analitis digunakan untuk menjelaskan peraturan perundang-undangan yang berlaku dalam konteks teori hukum serta pengimplementasian hukum positif yang berkaitan dengan masalah yang ada. Dalam penelitian ini, penulis menggambarkan analisis terkait Pelayanan Kesehatan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit, dengan fokus pada studi kasus Pelayanan Kateterisasi Jantung di RS TNI/POLRI Kota Bandung. Beberapa contoh hukum positif yang relevan dengan hal tersebut meliputi:

- a. Undang-Undang Republik Indonesia No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- b. Undang-Undang Republik Indonesia No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
- c. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan

2. Metode Pendekatan

Pada penelitian hukum ini menggunakan metode pendekatan yuridis normatif, yakni pendekatan yang bertujuan untuk mengkoordinasikan ketentuan hukum yang berlaku dengan peraturan hukum lainnya serta menerapkan peraturan hukum tersebut dalam praktik di lapangan. Teknik pengumpulan data adalah melalui inventarisasi, pengumpulan, pemeriksaan, dan evaluasi berbagai bahan kepustakaan (data sekunder) dan sumber hukum primer. Penelitian hukum normatif, atau sering disebut penelitian hukum kepustakaan, melibatkan beberapa aspek: 1. Penelitian tentang prinsip-prinsip hukum, 2. Penelitian tentang sistematika hukum, 3. Penelitian mengenai harmonisasi vertikal dan horizontal, 4. Perbandingan hukum, 5. Sejarah hukum.

3. Tahap Penelitian

1. Penelitian Kepustakaan

Menurut Soemitro penelitian hukum normatif merupakan penelitian kepustakaan yang melibatkan analisis terhadap data sekunder. Tahapan ini berperan penting dan bisa menjadi studi kepustakaan yang merupakan komponen utama dari seluruh proses penelitian.

Pengumpulan data sekunder melalui studi kepustakaan menunjukkan adanya proses informasi dari buku, literatur, dan teori para ahli hukum yang berkaitan dengan topik penelitian ini, serta sumber-sumber lain yang relevan. Pemisahan yang jelas antara data primer dan data sekunder sangat penting untuk mendukung keberhasilan dan efektivitas penelitian. Dalam penelitian hukum, data

sekunder dapat dibagi menjadi tiga karakteristik utama yaitu bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tertier.

Adapun data sekunder dalam penelitian yang dilakukan penulis terdiri dari:

1. Bahan-bahan hukum primer, yang digunakan meliputi:
 - a. Pancasila
 - b. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 amandemen ke IV
 - c. Kitab Undang-Undang Hukum Perdata
 - d. Undang-Undang Republik Indonesia No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
 - e. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
 - f. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
 - g. Undang-Undang Republik Indonesia No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
 - h. Undang-Undang Republik Indonesia No. 40 Tahun 2014 Tentang Perasuransian
 - i. Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan
 - j. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 36 Tahun 2015 Tentang Pencegahan kecurangan (*Fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional
 - k. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 51 Tahun 2018 Tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program

Jaminan Kesehatan

1. **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan**
- m. **Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 6 Tahun 2020 Tentang Sistem Pencegahan Kecurangan Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan**
2. Bahan-bahan hukum sekunder yang digunakan meliputi:
 - a. Buku yang ditulis oleh para ahli hukum dan pakar bidang manajemen kesehatan/rumah sakit/ asuransi/ kecurangan (*Fraud*).
 - b. Hasil penulisan atau karya ilmiah
 - c. Hasil penelitian terdahulu
3. Bahan-bahan hukum tersier, yang digunakan meliputi:
 - a. Kamus Hukum.
 - b. Kamus Besar Bahasa Indonesia.
 - c. Ensiklopedia.
 - d. Media Internet.
 - e. Bahan non hukum lain berupa buku, journal, laporan hasil penelitian yang mempunyai relevansi dengan objek kajian yang akan diteliti.

Adapun bahan hukum tersier yang digunakan merupakan bahan yang mampu menjelaskan mengenai kesehatan, manajemen rumah sakit, dan kateterisasi jantung.

2. Penelitian Lapangan

Penelitian lapangan dilakukan untuk menghimpun data primer yang diperlukan dalam mendukung analisis yang berkaitan langsung dengan objek permasalahan. Dalam fase penelitian lapangan ini, peneliti akan melaksanakan sesi wawancara dengan karyawan BPJS Kesehatan, termasuk Kepala dan staf di bidang penjaminan manfaat rujukan, serta verifikator. Selain itu, peneliti juga mewawancarai pihak Rumah Sakit Tipe B di Kota Bandung, termasuk Direktur bidang pelayanan medis, PIC JKN Rumah Sakit, dan petugas unit case mix.

4. Teknik Pengumpulan Data

1. Studi dokumen

Teknik pengumpulan data yang diterapkan pada penelitian ini melibatkan studi dokumen atau bahan pustaka. Peneliti akan memilih bahan hukum yang akan dianalisis, termasuk bahan hukum primer, sekunder, atau tersier. Analisis akan diarahkan pada dokumen-dokumen yang berkaitan dengan pelayanan kateterisasi jantung dan program jaminan kesehatan nasional di rumah sakit, dengan tujuan untuk mendapatkan informasi yang berkisar pada regulasi dan ketentuan formal melalui naskah yang ada.

2. Wawancara

Untuk melengkapi data sekunder, peneliti juga melaksanakan wawancara dengan pihak-pihak yang terkait, termasuk Manajemen Rumah Sakit (Direktur bidang pelayanan medis, PIC JKN Rumah Sakit) dan Kepala Bidang Penjaminan Manfaat Rujukan BPJS Kesehatan. Tujuan dari wawancara adalah untuk mendapat informasi secara lebih detail terhadap berbagai aspek yang berhubungan

dengan permasalahan.

5. Alat Pengumpulan Data

1. Alat pengumpulan data dalam studi dokumen meliputi buku, log book, kamus, alat tulis, kertas HVS, komputer/laptop, dan printer.
2. Alat pengumpulan data untuk wawancara mencakup daftar pertanyaan terkait permasalahan yang diteliti, yakni pelayanan kateterisasi jantung pada program Jaminan Kesehatan Nasional di rumah sakit. Selain itu, alat perekam (recorder), spidol, bolpen, kertas HVS, dan papan alas kertas (clipboard) juga digunakan.

6. Analisis Data

Data hasil studi dokumen dan data yang dikumpulkan melalui penelitian lapangan selanjutnya dianalisis secara kualitatif berdasarkan pendekatan yuridis. Analisis kualitatif merupakan metode penelitian yang memiliki output berupa data deskriptif mengenai pernyataan tertulis atau lisan responden, serta perilaku nyata yang diamati. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk memahami atau mendapatkan wawasan mengenai fenomena yang tengah diselidiki.

Proses analisis data akan dilakukan secara terstruktur, mulai dari pengumpulan informasi melalui pemeriksaan bahan kepustakaan atau data sekunder, termasuk bahan hukum primer, sekunder, dan tersier. Hal ini mencakup dokumen-dokumen dan peraturan perundang-undangan yang relevan terkait dengan pelayanan kateterisasi jantung dalam program jaminan kesehatan di

Rumah Sakit. Data kualitatif yang diperoleh melalui wawancara akan diinterpretasikan dengan menggunakan teori dan hukum positif yang relevan, kemudian digunakan untuk merumuskan kesimpulan terkait dengan permasalahan yang ada.

7. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Perpustakaan

Perpustakaan Pascasarjana Universitas Pasundan Bandung, yang berlokasi di Jl. Sumatera No 14, Bandung.

2. Instansi

Studi lapangan dilakukan di :

- a. Rumah Sakit Bhayangkara Sartika Asih, Jl. Moh. Toha No.369, Ciseureuh, Kec. Regol, Kota Bandung, Jawa Barat 40256
- b. Rumah Sakit Angkatan Udara dr. M. Salamun, Jl. Ciumbuleuit No.203, Ciumbuleuit, Kec. Cidadap, Kota Bandung, Jawa Barat 40142
- c. Kantor BPJS Kesehatan Cabang Bandung, Jl. PH.H. Mustofa No.81, Cikutra, Kec. Cibeunying Kidul, Kota Bandung, Jawa Barat 40124

BAB IV

**IMPLEMENTASI REGULASI PELAYANAN KESEHATAN
PADA KATETERISASI JANTUNG PROGRAM JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL DI RUMAH SAKIT TIPE B KOTA
BANDUNG DIHUBUNGKAN DENGAN PERMENKES NO. 16
TAHUN 2019 TENTANG PENCEGAHAN KECURANGAN
(*FRAUD*) SERTA PENGENAAN SANKSI ADMINISTRASI
TERHADAP KECURANGAN (*FRAUD*) DALAM
PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN**

- A. Implementasi Aturan Pelayanan Kesehatan Pada Program Kateterisasi Jantung Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Dihubungkan Dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan**

Sejalan dengan urgensi untuk memberikan layanan kesehatan yang bermutu, ada potensi risiko penyalahgunaan dan tindakan curang dalam pelaksanaan

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Hal ini merupakan faktor yang mendasari keluarnya Peraturan Menteri Kesehatan No. 16 Tahun 2019 mengenai Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) serta Pengenaan Sanksi Administratif terhadap Tindakan Curang dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Peraturan ini memberikan kerangka kerja yang jelas untuk mendeteksi, mencegah, dan menangani situasi tindakan curang yang mungkin terjadi dalam pelaksanaan program JKN.

Kaitan antara pelaksanaan aturan pelayanan kesehatan di rumah sakit dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 16 Tahun 2019 adalah bahwa Rumah Sakit Angkatan Udara (RSAU) Salamun dan RS Sartika Asih perlu memastikan bahwa pelayanan yang disediakan sesuai dengan peraturan dan pedoman yang telah ditetapkan. Ini melibatkan proses audit dan pemantauan yang ketat terhadap proses pemberian layanan, termasuk penggunaan dana dan administrasi yang akurat. Jika terjadi indikasi tindakan curang atau kecurangan dalam pelaksanaan program, maka rumah sakit dapat dikenai sanksi administratif sesuai dengan peraturan yang berlaku. Dengan demikian, penerapan aturan pelayanan kesehatan dalam kerangka program JKN di RSAU Salamun dan RS Sartika Asih harus diterapkan secara lebih teliti untuk menjamin tingkat kualitas pelayanan yang optimal serta untuk mencegah adanya tindakan curang. Peraturan Menteri Kesehatan No. 16 Tahun 2019 menjadi instrumen penting guna menjaga integritas Program JKN dan memberikan perlindungan kepada peserta JKN serta rumah sakit yang terlibat dalam program ini. Dengan demikian, hal ini memastikan bahwa pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas dapat terus disediakan bagi seluruh warga

Indonesia.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 16 Tahun 2019 Pasal 6 menjelaskan bahwa Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk memberikan sanksi administratif kepada individu atau perusahaan yang melakukan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Tindakan administratif yang diberlakukan tersebut dapat berupa teguran lisan, catatan teguran tertulis, maupun tuntutan penggantian kerugian hasil dari pelanggaran. Dalam situasi penyalahgunaan yang melibatkan personel BPJS Kesehatan, penyedia layanan kesehatan, atau penyedia obat dan alat medis, sanksi administratif dapat dilengkapi dengan denda. Denda tersebut diarahkan kepada pihak yang menderita kerugian. Dalam keadaan kecurangan yang melibatkan tenaga medis, penyelenggara pelayanan kesehatan, atau penyedia obat dan alat kesehatan, konsekuensi administratif dapat berupa pencabutan izin operasional disesuaikan dengan norma hukum yang berlaku.

Dalam bab 7 dan 8, peraturan ini pula mengelompokkan pelanggaran kecurangan menjadi tiga kategori: minor, moderat, dan signifikan. Konsekuensi administratif yang bisa diterapkan pada pelaku kecurangan sesuai dengan jenis pelanggaran melibatkan teguran lisan, catatan teguran tertulis, tuntutan penggantian kerugian, denda, dan pencabutan izin. Jenis tindakan ini akan diberlakukan sesuai dengan tingkat pelanggaran yang teridentifikasi. Dari hal di atas, tampak jelas bahwa prinsip "Law as a tool of social engineering" sudah diterapkan secara efisien.

Berkaitan dengan langkah-langkah untuk mencegah dan menangani kecurangan, BPJS Kesehatan telah mengusulkan serta mengajukan proposal melalui surat resmi kepada Pemerintah Daerah, khususnya Dinas Kesehatan Kota Bandung, untuk membentuk Tim Pencegahan Kecurangan di kawasan tersebut. Meskipun demikian, hingga kini, belum ada keluarnya Surat Keputusan yang mengatur mengenai Tim Pencegahan Kecurangan Kota Bandung. Dalam kondisi ini, BPJS Kesehatan tetap menjaga koordinasi dengan Tim Pencegahan Kecurangan yang aktif meskipun belum ada peraturan resmi yang merinci hal ini.

Pada tahap pelaksanaan, Tim Pencegahan Kecurangan telah menjalankan tugas-tugas yang termasuk di dalamnya adalah sosialisasi regulasi, upaya pencegahan tindakan curang, mendorong efisiensi tata kelola organisasi atau aspek klinis, serta usaha deteksi dan pemecahan permasalahan kecurangan. Tim ini juga melakukan pemantauan dan pelaporan, yang masih dijalankan dengan kerjasama dari seluruh lembaga yang terlibat. Walau begitu, BPJS Kesehatan memiliki peran yang lebih menonjol dalam mengenali potensi tindakan curang, karena peran BPJS Kesehatan adalah mengelola pembayaran klaim pelayanan kesehatan kepada pihak fasilitas kesehatan.

B. Implementasi Pelayanan Kesehatan Program Kateterisasi Jantung Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Dihubungkan Dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap

Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan

Pelaksanaan layanan kesehatan dalam kerangka program kateterisasi jantung melalui Jaminan Kesehatan Nasional di rumah sakit memiliki signifikansi dan mutlak harus mengacu pada regulasi yang tertuang dalam **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan**. Adanya peraturan tersebut menjadi elemen utama dalam menjaga integritas serta mutu pelayanan kesehatan yang disediakan bagi peserta program. Dokumen tersebut menjadi pijakan hukum dalam mengenali, mencegah, dan menanggulangi berbagai macam praktik kecurangan yang mungkin muncul dalam pelaksanaan program ini. Langkah-langkah pencegahan ini termasuk verifikasi klaim, analisis penggunaan layanan, dan pengawasan internal yang tegas.

Mengacu pada Surat Edaran BPJS Kesehatan No. 365/Wil-V/0218 seputar Pelaksanaan Kerjasama dan Komitmen FKRTL Penyelenggaraan Pelayanan Laboratorium Kateterisasi, serta Surat Edaran BPJS Kesehatan No. 531/Wil-V/0318 mengenai ketentuan pelayanan laboratorium kateterisasi Jantung, kemoterapi, dan Radioterapi, tampak bahwa hal tersebut tidak sesuai dengan norma-norma regulasi dari BPJS Kesehatan mengenai tambahan pelayanan kateterisasi jantung di Rumah Sakit, karena tidak ada perjanjian kerjasama tambahan yang ditetapkan antara BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit Tipe B TNI/Polri. Karena itu, pemberian 11 kasus layanan kateterisasi jantung tersebut

tidak memenuhi syarat untuk pembayaran oleh BPJS Kesehatan. Selanjutnya, Rumah Sakit Tipe B TNI/Polri diharuskan mengembalikan jumlah pembayaran yang berlebihan dari layanan tersebut. Kondisi ini menandakan adanya pelanggaran (Fraud) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Tipe B TNI/Polri.

BPJS Kesehatan telah melakukan kolaborasi dengan upaya penyesuaian klaim dan pengembalian kelebihan pembayaran dari Fasilitas Kesehatan untuk mengatasi situasi-situasi yang tidak dapat diselesaikan lewat proses penyesuaian klaim. Meski begitu, dalam situasi di mana penyesuaian klaim atau pengembalian tidak cukup efektif, BPJS Kesehatan dapat mengeluarkan peringatan tertulis sebagai tindakan pertama sebelum memutuskan kerjasama dengan Fasilitas Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan juga mengatur pemberlakuan sanksi administratif pada tindakan kecurangan yang terbukti. Tindakan disiplin ini meliputi teguran lisan, catatan teguran tertulis, permintaan penggantian kerugian, dan sanksi denda, yang disesuaikan dengan tingkat pelanggaran. Pentingnya langkah ini adalah untuk memberikan efek pencegahan kepada individu atau entitas yang mencoba melakukan tindakan curang. Selain itu, peraturan ini juga menegaskan pentingnya kesepakatan kerjasama dengan para pihak yang terkait, seperti Dinas Kesehatan dan asosiasi profesi, dalam mengatasi konflik atau potensi tindakan curang. Ini bertujuan untuk memastikan penanganan kasus pelanggaran dilakukan dengan adil dan transparan.

Sanksi yang diberlakukan pada fasilitas kesehatan yang terbukti melakukan

tindakan kecurangan adalah dengan menghentikan kerjasama dan memberlakukan masa tunggu satu tahun sebelum mungkin kerjasama diulang. Namun, saat ini yang teridentifikasi adalah potensi tindakan curang, sehingga tindakan yang diambil saat ini bukanlah pemutusan kerjasama, melainkan koordinasi untuk penyesuaian klaim, perbaikan klaim, dan pemberian peringatan administratif.

C. Permasalahan dan proses penyelesaian permasalahan pelayanan kesehatan pada program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit dihubungkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan

1. Permasalahan

Peneliti mengambil dua contoh permasalahan yang berbeda untuk dijadikan ilustrasi, yakni kasus RSAU Salamun dan RS Sartika Asih. Kedua rumah sakit ini merupakan institusi tipe B dalam lingkup TNI/POLRI yang menjalankan layanan kateterisasi jantung. Akan tetapi, perbedaan terletak pada tindakan kecurangan (*Fraud*) yang terdeteksi pada pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional.

a. RSAU Salamun

RSAU Salamun telah menyediakan layanan kateterisasi jantung sejak tahun 2019 dan menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan. Dalam skema ini, seluruh

peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional berhak menjalani tindakan kateterisasi dengan jaminan penuh dari BPJS Kesehatan. Namun, situasi mengalami masalah saat rumah sakit mengajukan klaim terkait kateterisasi jantung. Permasalahan muncul ketika diagnosa utama yang dicantumkan pada klaim tidak sesuai dengan pedoman INA CBG. Hal ini memengaruhi peningkatan tingkat keparahan kasus (*severity level*), yang pada gilirannya mengakibatkan peningkatan biaya klaim yang harus ditanggung oleh BPJS Kesehatan.

Berdasarkan data dari tim verifikator BPJS Kesehatan pada tahun 2020, teridentifikasi 17 kasus kateterisasi jantung dengan diagnosa utama yang tidak sesuai dengan standar INA CBG. Secara spesifik, kode diagnosa utama yang seharusnya digunakan adalah kode untuk kondisi akut dalam kasus kateterisasi jantung, seperti I21 atau I11.9. Namun, dalam kasus tersebut, diagnosa lain yang tidak sesuai dengan pedoman INA CBG digunakan sebagai input. Akibatnya, situasi ini menimbulkan selisih biaya dan kelebihan pembayaran sebesar Rp.245.723.500,- oleh BPJS Kesehatan

Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 16 Tahun 2019 pasal 2 ayat (1) bahwa Kecurangan (*Fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dapat dilakukan oleh berbagai pihak. Dalam situasi ini, rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan telah terlibat dalam tindakan kecurangan (*Fraud*) yang melibatkan manipulasi diagnosis penyakit dan/atau tindakan terhadap pasien. Manipulasi ini dilakukan dengan tujuan meningkatkan jumlah klaim dengan cara yang tidak sah, yakni dengan memalsukan informasi mengenai diagnosis dan/atau tindakan medis yang dilakukan. Hal ini juga mengacu pada ketentuan yang

ditegaskan dalam Pasal 5 ayat (4) dari Peraturan Menteri Kesehatan No. 36 Tahun 2015. Karena mengacu pada aturan yang telah disebutkan, rumah sakit telah terlibat dalam tindakan kecurangan (Fraud) dengan bentuk yang disebut sebagai upcoding. Sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 16 Tahun 2019 Pasal 6 ayat (2) huruf C, rumah sakit dikenai sanksi administratif berupa tuntutan untuk mengembalikan kerugian akibat kecurangan (fraud) kepada pihak yang terkena kerugian.

b. RS Sartika Asih

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari Staf bidang Penjaminan Manfaat Rujukan BPJS Kesehatan cabang Bandung, pelayanan kateterisasi jantung pada salah satu Rumah Sakit Tipe B TNI/Polri telah terjadi sebanyak 11 kasus dalam rentang tahun 2018 hingga 2019, dengan total nominal sekitar 88.752.100,-.

Rumah Sakit ini telah menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan cabang Bandung sejak tahun 2014 dalam rangka turut melaksanakan program Jaminan Kesehatan Nasional. Menurut informasi awal dari wawancara dengan staf penjaminan manfaat rujukan BPJS Kesehatan Cabang Bandung, Rumah Sakit tersebut berencana untuk memperluas pelayanan kateterisasi jantung. Untuk menambah fasilitas ini, Rumah Sakit Tipe B TNI/Polri harus melalui proses kredensialing yang melibatkan verifikasi oleh Kantor Pusat BPJS Kesehatan. Proses tersebut bertujuan untuk memastikan bahwa sarana, prasarana, dan tenaga kesehatan yang tersedia sesuai dengan regulasi yang telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan, Kolegium PERKI, dan BAPETEN.

Namun, dalam kasus ini, Rumah Sakit belum berhasil menyelesaikan proses kredensialing dari Kantor Pusat BPJS Kesehatan, sehingga tidak dapat diterbitkan addendum perjanjian kerjasama terkait penambahan layanan kateterisasi jantung. Akibatnya, terdapat kebingungan mengenai status kerjasama Rumah Sakit dalam menyediakan layanan ini. Meskipun demikian, Rumah Sakit tetap melayani 11 pasien yang membutuhkan kateterisasi jantung dan mengajukan klaim pelayanan tersebut kepada BPJS Kesehatan Bandung. Proses pengajuan klaim ini mengikuti alur bisnis yang ada di BPJS Kesehatan, dengan tahapan verifikasi yang mencakup pengecekan data yang potensial melanggar regulasi medis yang berlaku.

Dalam 11 kasus ini, data yang ada dalam sistem menunjukkan bahwa tidak ada pelanggaran regulasi medis, sehingga secara otomatis sistem menganggap bahwa data tersebut layak untuk dijamin oleh BPJS Kesehatan. Meskipun demikian, regulasi yang bersifat administratif seperti perjanjian kerjasama dan addendum tidak sepenuhnya dapat diakomodasi oleh sistem BPJS Kesehatan, sehingga terdapat potensi fraud yang mungkin terjadi pada kedua belah pihak. Situasi ini sejalan dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 16 Tahun 2019, Pasal 2 ayat (1) yang melibatkan pihak-pihak dalam kecurangan (fraud).

Dalam situasi ini, Rumah Sakit belum melaksanakan perubahan pada perjanjian kerjasama terkait layanan kateterisasi jantung. Kondisi ini tidak memenuhi unsur subjektif suatu perjanjian, berupa adanya kesepakatan antara pihak-pihak terlibat, sehingga dapat disimpulkan bahwa perjanjian tersebut dianggap batal. Dalam hal ini, penyelesaian ditegakkan berdasarkan Pasal 6 ayat

(2) huruf C dari Peraturan Menteri Kesehatan No. 16 Tahun 2019, yang memberikan wewenang kepada Rumah Sakit untuk mengembalikan kerugian akibat tindakan kecurangan (fraud) kepada pihak yang merugi.

2. Penyelesaian

Proses penanggulangan kasus kecurangan (fraud) pada program Jaminan Kesehatan Nasional yang terjadi di sejumlah rumah sakit Tipe B dapat dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan melalui tiga tahap utama, yaitu deteksi dini terhadap potensi kecurangan, penanganan terhadap kasus kecurangan yang telah terjadi, dan upaya pencegahan terhadap kecurangan yang berpotensi terjadi.

a. Deteksi Dini

BPJS Kesehatan telah menerapkan pendekatan deteksi dini yang komprehensif guna mengidentifikasi potensi kasus kecurangan. Proses ini melibatkan analisis klaim yang diajukan serta pengelolaan Utilization Review (UR). UR merupakan mekanisme untuk mengevaluasi kebutuhan medis dan klinis pasien dan memastikan kelayakan layanan medis sesuai dengan standar medis. Dengan menganalisis UR, BPJS Kesehatan mampu mendeteksi aktivitas yang tidak sejalan atau mencurigakan. Selain itu, BPJS Kesehatan juga menerima pengaduan dari peserta program jaminan kesehatan yang memiliki informasi atau indikasi kecurangan. Pengaduan ini diterima dan diperiksa lebih lanjut untuk langkah investigasi. BPJS Kesehatan juga melaksanakan kunjungan lapangan dan konfirmasi sampel untuk memastikan kesesuaian terhadap peraturan dan pedoman yang berlaku.

BPJS Kesehatan telah mengambil pendekatan komprehensif dalam

menangani kasus kecurangan pada program jaminan kesehatan nasional. Kolaborasi dijalankan dengan melibatkan berbagai pihak, termasuk Dinas Kesehatan, Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI), dan organisasi profesi terkait. Kerja sama ini meliputi koordinasi dalam penyelesaian sengketa serta identifikasi dan penanganan potensi kasus kecurangan. Dalam situasi di mana terjadi perselisihan antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan atau penyedia layanan, BPJS Kesehatan berusaha menyelesaikannya melalui proses negosiasi dan mediasi, dengan tujuan mencapai kesepakatan yang adil bagi semua pihak.

b. Penanganan

BPJS Kesehatan menjalankan pendekatan yang komprehensif dalam penanganan kasus kecurangan (fraud) dalam program jaminan kesehatan nasional. Kerja sama dilakukan dengan berbagai pihak, termasuk Dinas Kesehatan, Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI), dan organisasi profesi terkait, untuk mengatasi kasus kecurangan. Kolaborasi ini mencakup koordinasi dalam penyelesaian sengketa dan identifikasi serta penanganan potensi kasus kecurangan. Dalam situasi di mana terdapat sengketa antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan atau penyedia layanan, BPJS Kesehatan berupaya menuntaskan perselisihan melalui negosiasi dan mediasi, dengan tujuan mencapai kesepakatan yang adil bagi semua pihak. Jika ada bukti konkret mengenai kasus kecurangan, BPJS Kesehatan akan melanjutkan penyelidikan lebih mendalam. Langkah ini melibatkan pengumpulan bukti, wawancara, dan koordinasi dengan pihak berwenang. Jika kasus kecurangan

terbukti, BPJS Kesehatan dapat menerapkan tindakan hukum sesuai dengan regulasi yang berlaku, termasuk sanksi administratif, denda, atau pencabutan izin, sesuai dengan tingkat pelanggaran yang terjadi.

c. Pencegahan

BPJS Kesehatan telah melaksanakan sejumlah langkah dalam rangka mencegah kasus kecurangan, terutama dalam proses pembayaran klaim dalam Program Jaminan Kesehatan. Langkah-langkah ini mencakup berbagai aspek dalam alur bisnis. Tindakan yang diambil termasuk:

- a. Menetapkan standar kredensialing yang harus dipenuhi oleh fasilitas kesehatan yang ingin berkolaborasi dengan BPJS Kesehatan. Selain itu, ada pula standar re-kredensialing yang perlu diikuti oleh fasilitas untuk memperpanjang kerjasama.
- b. BPJS Kesehatan menerapkan sistem penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk memverifikasi keabsahan peserta yang layak menerima layanan kesehatan. Informasi mengenai hal ini dapat diakses oleh fasilitas kesehatan melalui Aplikasi Vclaim.
- c. BPJS Kesehatan telah mengembangkan sistem verifikasi digital yang mengandung aturan dan filtrasi sesuai dengan kode medis dan regulasi tertentu. Sistem ini diterapkan melalui Aplikasi Vidi dan dapat diakses oleh pihak verifikasi di BPJS Kesehatan.
- d. Selain verifikasi sebelum klaim dibayarkan, BPJS Kesehatan juga melaksanakan verifikasi pasca klaim. Proses ini melalui Analisis Utilization Review (UR) yang rutin dilakukan dengan menggunakan

Aplikasi Business Intelligence. Melalui mekanisme ini, verifikator dan staf UR dapat mengawasi serta menganalisis aktivitas klaim.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Kesimpulan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Implementasi peraturan mengenai layanan kesehatan pada program Jaminan Kesehatan Nasional di rumah sakit telah dilakukan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019. Selain itu, penerapan sanksi terhadap tindakan kecurangan (fraud) juga sesuai dengan prinsip Hukum sebagai alat rekayasa sosial.
2. Implementasi pelayanan kesehatan pada program Jaminan Kesehatan Nasional di rumah sakit telah berjalan sesuai, meskipun terdapat beberapa rumah sakit yang masih belum sepenuhnya mengikuti ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019. Terdapat situasi di mana beberapa rumah sakit masih terdeteksi melakukan kecurangan (fraud) dalam pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan. Keadaan ini tidak sesuai dengan ketetapan dan pedoman yang telah diberlakukan.
3. Masalah kecurangan (fraud) pada layanan kesehatan program Jaminan Kesehatan Nasional terjadi di beberapa rumah sakit Tipe B. Kasus ini tergambar dalam RSAU Salamun di mana terdapat kecurangan upcoding, di mana rumah sakit menetapkan kode diagnosis atau prosedur yang lebih serius atau mahal daripada yang sebenarnya dilakukan terhadap pasien. Sedangkan di RS Sartika Asih, terdapat kecurangan dalam perjanjian kerjasama di mana fasilitas kateterisasi jantung belum memiliki kerjasama formal dengan BPJS,

tetapi tetap memberikan layanan kepada pasien melalui fasilitas BPJS. Untuk mengatasi masalah ini, BPJS Kesehatan telah menerapkan pendekatan yang melibatkan tiga tahap utama, yaitu deteksi dini terhadap potensi kecurangan, penanganan kasus kecurangan yang telah terjadi, dan pencegahan terhadap kasus kecurangan yang berpotensi muncul

B. Saran & Rekomendasi

1. Saran

Pencegahan tindakan kecurangan (fraud) membutuhkan kerjasama dari berbagai pihak, termasuk BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan rumah sakit yang bermitra dengan BPJS Kesehatan. Kerjasama ini memiliki tujuan sebagai berikut:

1. *Prevention*; untuk mencegah adanya tindakan kecurangan (fraud) secara konkret di seluruh tingkatan organisasi.
2. *Deterrence*; untuk mencegah adanya pihak yang berupaya melakukan kecurangan (fraud), sehingga mengurangi insentif untuk melakukannya.
3. *Disruption*; untuk menghalangi upaya pelaku kecurangan (fraud) semaksimal mungkin dilakukan.
4. *Identification*; untuk mengidentifikasi aktivitas yang memiliki resiko tinggi dan menjadi titik lemah dalam pengendalian.
5. *Civil action prosecution*; untuk mengambil tindakan hukum dan memberlakukan sanksi sesuai dengan pelanggaran yang dilakukan.

2. Rekomendasi

Meskipun implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional telah berjalan, masih ada beberapa kasus kecurangan (fraud) yang terjadi di berbagai pihak, termasuk peserta, petugas BPJS Kesehatan, serta fasilitas kesehatan tingkat pertama dan lanjut. Oleh karena itu, diharapkan bahwa penelitian mendatang akan memberikan masukan yang dapat meningkatkan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional dan mencegah tindakan kecurangan (fraud).

Tesis Revisi Prillia Sukmawati MH

ORIGINALITY REPORT

29%

SIMILARITY INDEX

29%

INTERNET SOURCES

17%

PUBLICATIONS

15%

STUDENT PAPERS

MATCH ALL SOURCES (ONLY SELECTED SOURCE PRINTED)

9%

★ Submitted to Universitas Brawijaya

Student Paper

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off