

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Permasalahan

Program Jaminan Kesehatan Nasional merupakan salah satu program Jaminan Sosial yang merupakan hak dan kewajiban bagi setiap warga negara Indonesia yang diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Setiap warga negara dan orang asing yang telah bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia wajib mengikuti program jaminan sosial, sehingga tercipta mekanisme subsidi silang dan gotong royong masyarakat dalam jaminan kesehatan yang berdasarkan pada sistem jaminan sosial yang berbasis asuransi sosial.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar masyarakat memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. JKN merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi yang sifatnya wajib berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang SJSN.

Sejak beroperasi 1 Januari 2014 sampai sekarang BPJS Kesehatan mengalami banyak tantangan dalam melaksanakan program jaminan kesehatan nasional (JKN), salah satunya pencegahan terjadinya tindak

kecurangan (*fraud*). Menurut Kepala Sub Bagian Hukum Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan, Andi Ardjuna Sakti, tindak kecurangan disinyalir bisa terjadi dalam pelaksanaan JKN. Bisa dibiliang *fraud* adalah tindakan yang dilakukan untuk mencari keuntungan secara tidak wajar.¹ Mengacu pada Permenkes 36 Tahun 2015 Tentang Pencegahan Kecuranagn (*fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistim Jaminan Sosial Nasional, ada sejumlah pihak yang berpotensi melakukan *fraud* dalam program JKN yakni peserta, fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP), fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL), petugas BPJS Kesehatan, penyedia obat dan alat kesehatan. Kecurangan yang terjadi dalam program JKN sangat merugikan, bukan saja terhadap BPJS Kesehatan dan pesertanya tapi juga Negara. Sebab, sebagian peserta BPJS Kesehatan iurannya dibayar oleh Pemerintah yang anggarannya berasal dari APBN/APBD.

Ketentuan Pasal 7 Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 bahwa dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional, BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS, harus membangun sistem pencegahan kecurangan JKN.

Fraud dalam pelaksanaan JKN adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan. *Fraud* secara khusus dalam era

¹ Info BPJS-Kesehatan, 2015, Edisi XXIX Bulan November

Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh BPJS adalah suatu tindakan yang dilakukan secara sengaja untuk mencurangi atau mendapat manfaat dari program layanan kesehatan dengan cara yang tidak sepatasnya sehingga merugikan negara sebagai penyelenggara dan penyandang dana sistem JKN.

Dalam konteks JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, *fraud* secara khusus dapat dipahami sebagai suatu tindakan yang dilakukan secara sengaja untuk mencurangi atau mendapat manfaat dari program layanan kesehatan dengan cara yang tidak sepatasnya sehingga merugikan Negara sebagai penyelenggara dan penyandang dana (peserta) sistem JKN. Selama periode mulai diluncurkannya JKN 1 Januari 2014 KPK mendeteksi ada 6 pintu masuk terjadinya *fraud* dalam JKN difasilitas kesehatan, sedangkan BPJS Kesehatan mendeteksi ada 10 tindakan yang diduga *fraud*, yaitu : *Up coding; Phantom Billing; Inflated Bills; Service unbundling or fragmentation; Standard of Care; Cancelled service; No Medical Value; Unnecessary treatment; Lengh of Stay; Keystroke Mistake.*²

Kesepuluh peluang *fraud* tersebut, memang ada yang sudah terkendali dengan adanya verifikasi yang dilakukan oleh verifikator BPJS Kesehatan, tetapi masih banyak juga modus yang tidak terjangkau oleh verifikator karena akses data yang terbatas.

PKMK FK UGM telah melakukan kajian tentang *fraud* dapat disimpulkan bahwa pada layanan kesehatan sangat berpotensi untuk

² Kompartemen hukum, advokasi dan mediasi, 2017, *fraud pada jaminan kesehatan nasional*, Diakses 21 Oktober 2018 dari <http://www.pdpersi.co.id/kanalpersi/hukum/content/article>

terjadinya *fraud*. Di seluruh Indonesia, hingga pertengahan tahun 2015 terdeteksi potensi *fraud* dari 175.774 dengan nilai Rp. 440 M. Potensi ini berasal klaim Rumah Sakit atau provider pelayanan kesehatan, belum termasuk dari peserta JKN, staf BPJS Kesehatan, dan penyedia alat kesehatan dan obat.³

Di samping itu, dalam tatanan hukum Indonesia tindak pidana curang (*fraud*) terhadap perusahaan asuransi yang diatur oleh Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) dikategorikan dengan tindak pidana penipuan sebagaimana termaktub dalam Pasal 378 KUHP, Pasal 381 dan Pasal 382 KUHP.⁴

Di dalam Pasal 378 KUHP disebutkan “Barang siapa dengan maksud untuk menguntungkan diri sendiri atau orang lain secara melawan hukum, dengan memakai nama palsu atau martabat palsu, dengan tipu muslihat, ataupun rangkaian kebohongan, menggerakkan orang lain untuk menyerahkan barang sesuatu kepadanya, atau supaya memberi hutang maupun menghapuskan piutang, diancam dengan pidana penjara paling lama empat tahun”.

Dalam ketentuan Pasal 381 KUHP disebutkan “Barang siapa dengan akal dan tipu muslihat menyesatkan orang menanggung asuransi tentang hal ikhwal yang berhubungan dengan tanggungan itu, sehingga ia menanggung asuransi itu membuat perjanjian yang tentu tidak akan dibuatnya atau tidak

³ Admin Anti- Corruption Clearing House, 2017, *Korupsi dalam pelayanan kesehatan di era jaminan kesehatan nasional : kajian besarnya potensi dan sistem pengendalian fraud*, Diakses 20 Juli 2019 dari <https://acch.kpk.go.id/id/component/content/article?id=672>:

⁴ Kanon Armiyanto, 2007, *Kecurangan (fraud) Dalam Jaminan/Asuransi Kesehatan diadakan oleh PAMJAKI, tanggal 13 Desember 2007*, Hotel Bumi Karsa, 2007

dibuatnya dengan syarat serupa itu, jika sekiranya diketahuinya keadaan hal ikhwal yang sebenarnya, dihukum penjara selama-lamanya satu tahun empat bulan”.

Dalam penyelenggaraan program JKN memerlukan upaya kendali mutu dan kendali biaya untuk menjamin agar iuran yang dibayar oleh peserta dapat dikembalikan kepada peserta dalam bentuk layanan yang efisien dan efektif. Dalam Peraturan Presiden 12 Tahun 2013 pada Pasal 42 dikatakan “pelayanan kesehatan kepada peserta Jaminan Kesehatan Nasional harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada keamanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya. Oleh sebab itu harus ada lembaga independen yang mewakili masyarakat dengan fungsi membantu penyelenggaraan program JKN, kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan pemberi pelayanan, status kesehatan peserta dan tingkat kepuasannya, termasuk memantau kinerja BPJS Kesehatan.

Permenkes 71 Tahun 2013 memerintahkan BPJS Kesehatan membentuk tim kendali mutu kendali biaya yang merupakan ujung tombak dalam upaya kendali mutu dan biaya program JKN. Kemudian dalam Peraturan BPJSK Nomor 1 Tahun 2014 Pasal 84 “dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya, BPJS Kesehatan membentuk tim kendali mutu dan tim kendali biaya terbagi menjadi tim koordinasi dan tim teknis. Tim koordinasi terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi, dan pakar klinis. Serta tim teknis yang terdiri dari unsur klinisi yang merupakan komite medis rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Selain itu tugas dari tim kendali mutu kendali biaya yaitu melakukan sosialisasi kewenangan tenaga medis terhadap kompetensinya, pelaksanaan audit medis, pembinaan etika disiplin profesi. Hal ini senada dalam Perpres Nomor 111 tahun 2013 tentang perubahan atas Peraturan Presiden nomor 12 Tahun 2013 tentang jaminan kesehatan yang terdapat pada Pasal 43A ayat (1) “BPJS Kesehatan mengembangkan teknis operasionalisasi sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas Jaminan Kesehatan.

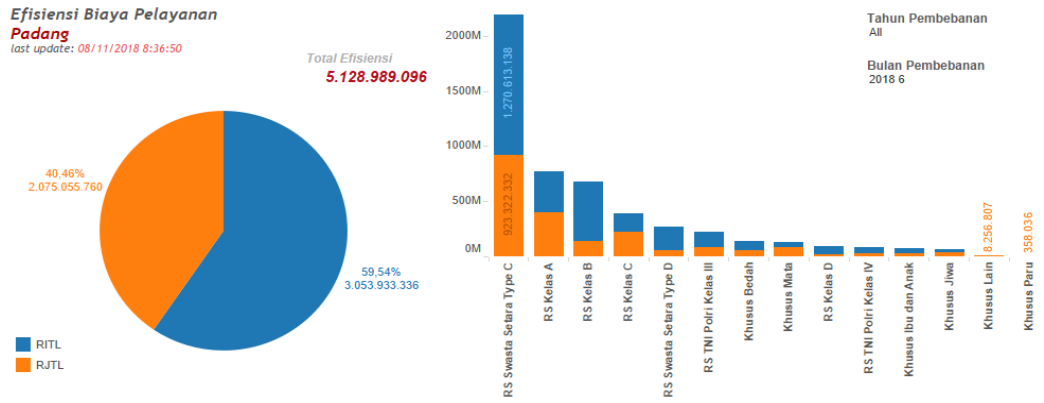
Pada penelitian yang dilakukan oleh Grol dan Wensing menyimpulkan bahwa program yang dirancang dengan baik untuk implementasi penjaminan mutu dan audit medis, menggunakan variasi intervensi yang berbeda, harus dikembangkan. Program semacam itu harus mencakup pelatihan profesional di konsep dan metode jaminan kualitas serta penyediaan dukungan keuangan untuk kegiatan jaminan kualitas.⁵

Saat ini BPJS Kesehatan sudah menginisiasi pembentukan tim kendali mutu kendali biaya di tiap cabang. Salah satu kegiatan rutin yang dilakukan oleh tim kendali mutu kendali biaya adalah *Utilisasi Review* dan audit medis. Tim kendali mutu kendali biaya cabang Padang sepengetahuan penulis rutin melakukan pertemuan pembahasan *utilisasi review* serta analisis klaim. Dari kegiatan ini akan teridentifikasi masalah yang menyimpang dari standar yang ditetapkan (*fraud*). Kegiatan ini dilakukan secara berkala dengan frekuensi 2-3 kali dalam satu tahun dengan menghasilkan rekomendasi yang harus

⁵ Ricard Grol and Michel Wensing, 2015, “Implementaion of quality assurance and medical audit: general practitioners perceived obstacles and requirements”, *British Journal of General Practice*, Oktober 1995, hlm. 548

dilakukan berbagai pihak sebagai upaya kendali mutu dan kendali biaya dalam pelayanan kesehatan.

Tabel 1.1:
Efisiensi biaya pelkes yang terselamatkan tahun 2018



Sumber : BPJS Kesehatan

Dari tabel 1.1 di atas dapat dilihat sepanjang tahun 2018 sampai bulan November sebesar Rp. 5.128.989.096,- klaim yang berhasil diselamatkan oleh BPJS Kesehatan Cabang Padang.

Artinya dari hasil verifikasi klaim yang dilakukan oleh verifikator BPJS Kesehatan masih ditemukan angka yang sangat besar akibat dari *fraud* yang dilakukan di era JKN. Dari hasil audit klaim yang dilaporkan kepada tim kendali mutu kendali biaya Cabang Padang masih ditemukan *fraud* yang dilakukan oleh faskes maupun tenaga kesehatan itu sendiri, disengaja atau tidak disengaja. Akibat adanya *fraud* tersebut BPJS Kesehatan membayar klaim lebih besar dari biaya yang seharusnya. Selain itu, bisa menyebabkan kerugian Negara dan keberlangsungan Program Jaminan Kesehatan Nasional itu sendiri. Hal ini lah yang ingin dikaji oleh peneliti seberapa efektif kah

peran dari tim kendali mutu kendali biaya dalam melakukan pencegahan terhadap kecurangan pada jaminan kesehatan nasional.

Penelitian tentang audit medis dan kecurangan medis belum banyak dilakukan oleh penelitian sebelumnya. Sithic dan Balasubramanian meneliti bagaimana mendeteksi kecurangan medis dengan pendekatan *data mining*.⁶ Menurut Turban, dkk yang dimaksud *data mining* adalah proses yang menggunakan teknik statistik, matematika, kecerdasan buatan, *machine learning* untuk mengekstraksi dan mengidentifikasi informasi yang bermanfaat dan pengetahuan yang terkait dari berbagai database besar.⁷

Black dan Thompson menelaah hambatan dalam audit medis dan menemukan empat kategori dalam halangan audit medis yaitu (i) persepsi atas kebutuhan audit medis dan peran audit, (ii) pertimbangan praktik, (iii) dampak audit dan (iv) ketakutan atas audit medis.⁸

Penelitian yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan bersama PKMK FK UGM mengungkapkan bahwa tim kendali mutu kendali biaya sudah secara aktif melaksanakan kegiatan UR. Namun, belum ada bukti tertulis laporan pelaksanaan UR sehingga belum dapat diketahui ketepatan proses dan efektivitas kegiatan UR yang dilakukan oleh tim kendali mutu kendali biaya (penelitian berjudul “Evaluasi Kegiatan Utilization Review Sebagai Upaya

⁶ Lookman Sithic and Balasubramanian, 2013, “Survey of Insurance Fraud Detection Using Data Mining Techniques”, *International Journal Of Innovative Technology and Exploring Engineering*, February 2013, hlm. 64

⁷ Beyond Asia, 2018, *Pengertian Fungsi Proses dan Tahapan Data Mining*, Diakses 27 Juli 2019 dari, <https://beyond.asia/pengertian-fungsi-proses-dan-tahapan-data-mining/>

⁸ Nick Black and Elizabeth Thompson, 1993, “*Obstacles To Medical Audit: British Doctors Speak*”, Health Services Research Unit, Department of Public Health and Policy, hlm. 849

Kendali Mutu dan Biaya Pelayanan Kesehatan Di Fasyankes Rujukan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dilakukan pada tahun 2016.”⁹

Sepengetahuan peneliti di wilayah kerja BPJS Kesehatan Cabang Padang sudah sebagian fasilitas kesehatan yang melakukan audit secara internal yang mana bertujuan untuk membantu agar para anggota organisasi profesi dapat melaksanakan tanggung jawabnya secara efektif, serta meningkatkan mutu pelayanan medis sesuai dengan Permenkes Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk meneliti “Efektivitas Audit Medis Oleh Tim Kendali Mutu Kendali Biaya Dalam Pencegahan Kecurangan Pada Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional di BPJS Kesehatan Cabang Padang.

B. Rumusan Permasalahan

Berdasarkan uraian latar belakang yang telah dikemukakan di atas, maka yang menjadi rumusan masalah adalah :

1. Apa temuan audit medis oleh Tim Kendali Mutu Kendali Biaya dan apa faktor penyebab kecurangan medis pada penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional di BPJS Kesehatan Cabang Padang ?

⁹ Mutu Pelayanan Kesehatan, 2016, *Evaluasi Utilization Review Sebagai Upaya Kendali Mutu dan Kendali Biaya Pelayanan Kesehatan*, Diakses 18 Oktober 2018 dari <https://mutupelayanankesehatan.net/aktivitas/2449-evaluasi-utilization-review-sebagai-upaya-kendali-mutu-dan-biaya-pelayanan-kesehatan>

2. Bagaimana penyelesaian temuan audit medis oleh tim kendali mutu kendali biaya dalam pencegahan kecurangan pada penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional di BPJS Kesehatan Cabang Padang ?
3. Bagaimana model audit medis dan kecurangan medis dalam konteks Jaminan kesehatan Nasional ?

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk menganalisis efektivitas Tim Kendali Mutu Kendali Biaya dalam menindaklanjuti temuan *fraud* dan faktor penyebab kecurangan medis pada penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional di BPJS Kesehatan Cabang Padang.
2. Untuk menganalisis penyelesaian temuan audit medis oleh tim kendali mutu kendali biaya dalam pencegahan kecurangan pada penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional di BPJS Kesehatan Cabang Padang.
3. Untuk mengembangkan model audit medis dan kecurangan medis dalam konteks Jaminan kesehatan Nasional.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini mencakup manfaat secara teoritis maupun praktis, yaitu sebagai berikut :

1. Secara teoritis:
 - a. Penelitian ini diharapkan sebagai upaya untuk pengembangan ilmu pengetahuan hukum.
 - b. Penelitian ini diharapkan bisa memberikan manfaat dan sumbangsih dalam pengembangan keilmuan hukum kesehatan, khususnya terkait aturan hukum sistim jaminan sosial di Indonesia.
2. Secara praktis:
 - a. Penelitian ini dapat memberikan masukan serta manfaat bagi tim kendali mutu kendali biaya dalam pencegahan kecurangan pada Jaminan Kesehatan Nasional.
 - b. Penelitian ini dapat menjadi dasar penelitian lebih lanjut.

E. Kerangka Teoritis dan Kerangka Konseptual

1. Kerangka Teoritis

a. Teori Efektivitas

Teori efektivitas hukum menurut Soerjono Soekanto¹⁰ adalah bahwa efektif atau tidaknya suatu hukum ditentukan oleh 5 (lima) faktor, yaitu:

- (a) Faktor hukumnya sendiri (undang-undang).
- (b) Faktor penegak hukum, yakni pihak-pihak yang membentuk maupun menerapkan hukum.
- (c) Faktor sarana atau fasilitas yang mendukung penegakan hukum.

¹⁰ Soerjono Soekanto, 2008, *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penegakan Hukum*, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta, hlm. 8

- (d) Faktor masyarakat, yakni lingkungan dimana hukum tersebut berlaku atau diterapkan.
- (e) Faktor kebudayaan, yakni sebagai hasil karya, cipta dan rasa yang didasarkan pada karsa manusia di dalam pergaulan hidup.

Konsep efektivitas, Hans Kelsen memfokuskan pada subyek dan sanksi. Subyek yang melakukan harus melaksanakan hukum sesuai dengan norma hukum. Bagi yang terkena sanksi hukum harus benar-benar melaksanakan sanksi tersebut atau tidak.¹¹

b. Teori Bekerjanya Hukum

Menurut Robert B. Seidmen dalam Satjipto Raharjo, sebagai berikut:¹²

- (a) Setiap peraturan hukum menurut aturan-aturan dan memerintahkan pemangku peran seharusnya bertindak dan bertingkah laku.
- (b) Respon dan tindakan yang dilakukan oleh pemangku peran merupakan umpan balik dari fungsi suatu peraturan yang berlaku, termasuk sanksi-sanksi yaitu kinerja dan kebijakan lembaga pelaksanaan atau penetapan peraturan dan lingkungan strategis yang memengaruhinya.
- (c) Tindakan-tindakan yang diambil oleh lembaga- lembaga pelaksanaan peraturan sebagai respon terhadap peraturan hukum yang berlaku beserta sanksi-saksinya dan seluruh kekuatan

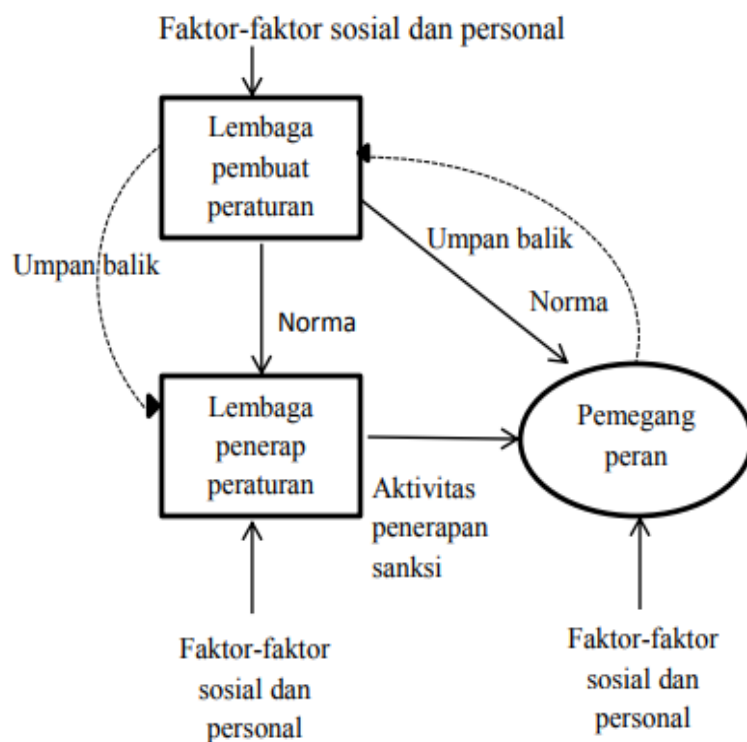
¹¹ Salim, H.S dan Erlis Septiana Nurbani, 2013, *Penerapan Teori Hukum Pada Tesis dan Disertasi*, Cetakan Pertama, Raja Grafindo Persada, Jakarta, hlm. 302

¹² Satjipto Raharjo, 1980, *Hukum dan Masyarakat*, Alumni, Bandung, hlm. 27

dalam lingkungan strategis terhadap yang mempengaruhi dirinya, secara umpan balik sebagai respon dari pemangku peran atau dikenai peraturan hukum.

- (d) Tindakan yang diambil oleh pembuat undang-undang, juga merupakan fungsi peraturan hukum yang berlaku, termasuk sanksi-sanksinya dan pengaruh seluruh kekuatan strategis terhadap dirinya, serta umpan balik yang datangnya dari pemangku peran, pelaksanaan dan penerapan peraturan.

Bagan 1.1 :
Teori berkembangnya hukum



Sumber: Satjipto Raharjo, *Hukum dan Masyarakat*.

Dari bagan tersebut di atas dapat dijelaskan :

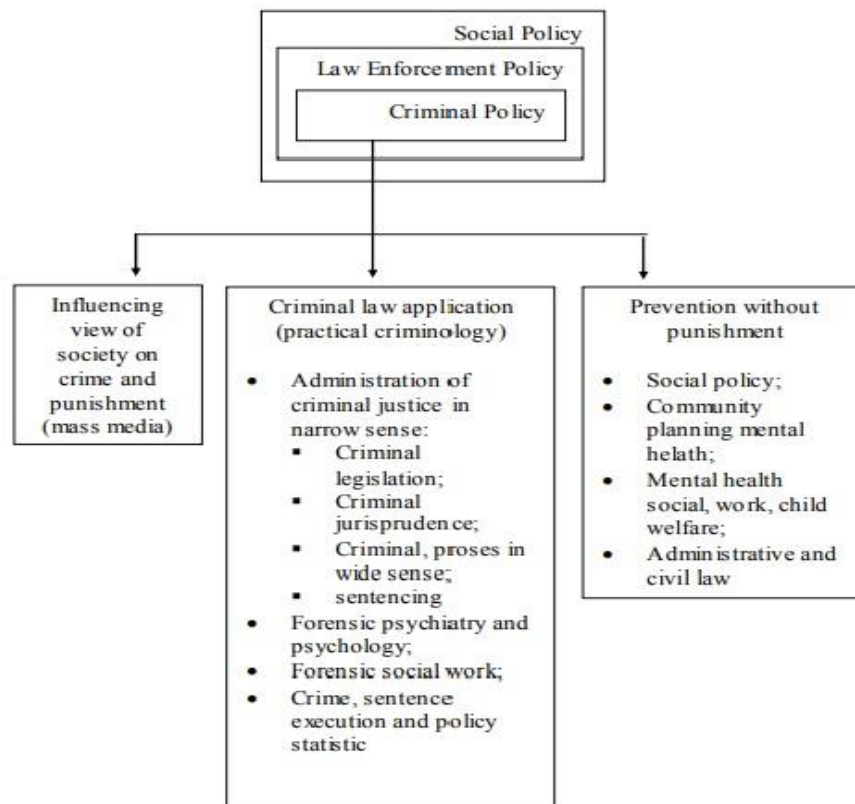
- (a) Setiap peraturan hukum memberitahukan tentang bagaimana seorang pemegang peranan (*role occupant*) itu diharapkan bertindak. Bagaimana seseorang itu akan bertindak sebagai respons terhadap peraturan hukum merupakan fungsi peraturan yang ditujukan kepadanya, sanksi-sanksinya, aktivitas dari lembaga-lembaga pelaksana serta keseluruhan kompleks sosial, politik dan lain-lainnya mengenai dirinya.
- (b) Bagaimana lembaga-lembaga pelaksana itu akan bertindak sebagai respon terhadap peraturan-peraturan hukum yang ditujukan kepada mereka, sanksi-sanksinya, keseluruhan kompleks kekuatan sosial, politik dan lain – lainnya yang mengenai diri mereka serta umpan balik yang datang dari pemegang peranan.
- (c) Bagaimana para pembuat undang-undang itu akan bertindak merupakan fungsi peraturan-peraturan yang mengatur tingkah laku mereka, sanksi-sanksinya, keseluruhan kompleks kekuatan sosial, politik, ideologi dan lain-lainnya yang mengenai diri mereka serta umpan balik yang datang dari pemegang peran birokrasi.¹³

¹³ Soerjono Soekanto dan Mustafa Abdullah, 1980, *Sosiologi Hukum dalam Masyarakat*, CV Rajawali Sakti, Jakarta, hlm. 69

c. Teori Politik Kriminal

Politik kriminal adalah salah satu jenis kebijakan publik dibuat pemerintah yang berkaitan dengan usaha mencegah dan menindak kejahatan. G. Peter Hoefnagels mengemukakan bahwa kebijakan penanggulangan kejahatan atau yang biasa dikenal dengan istilah ‘politik kriminal’ dapat meliputi ruang lingkup yang cukup luas.¹⁴ Pendapatnya tersebut secara skematis digambarkan sebagai berikut:¹⁵

Bagan 1.2:
G.Peter Hoefnagels menggambarkan ruang lingkup ‘criminal policy’



Sumber: Barda Narwawi Arief, 2008, *Bunga Rampai Kebijakan Hukum Pidana*

¹⁴ G. Peter Hoenagels dalam Barda Narwawi Arief, 2008, *Bunga Rampai Kebijakan Hukum Pidana: Perkembangan Penyusunan Konsep KUHP Baru*, Citra Aditya Nakti, Bandung, hlm. 39

¹⁵ Ibid hlm. 40

Pada bagan di atas, Hoefnagels menyatakan upaya penanggulangan kejahatan dapat ditempuh dengan:

- (a) Penerapan sarana hukum pidana (*Criminal law application*);
- (b) Pencegahan tanpa pemidanaan (*Prevention without punishment*); dan
- (c) Mempengaruhi pandangan masyarakat tentang kejahatan (*influencing people's views on crime*).

Reaksi formal ini dilaksanakan melalui proses politik yang dilakukan oleh pemerintah bersama badan legislatif, sebagai tindakan penanggulangan terhadap kejahatan yang mengatur tingkah laku masyarakat.¹⁶ Apabila suatu tingkah laku masyarakat dianggap sangat merugikan dan membahayakan secara keseluruhan, maka melalui lembaga legislatif tingkah laku tersebut dicantumkan dalam hukum pidana sebagai dilarang dan pelakunya dikenakan sanksi pidana.

Sementara teori tentang kebijakan kriminal yang disampaikan James F Gilssinan, adalah dalam kaitan kebijakan apa yang diambil pemerintah untuk mengerjakan atau tidak mengerjakan sesuatu. Sedangkan Marc Ancel mengartikan kebijakan kriminal adalah

¹⁶ Muhammad Mustofa, 2013, *Kriminologi Prilaku Menyimpang dan Pelanggaran Hukum*, Sari Ilmu Pratama, Bekasi, hlm. 14

organisasi atau lembaga yang secara rasional berperan sebagai pengontrol kejahatan di masyarakat.¹⁷

Pada buku *Criminology and Public Policy : An Introduction*, James F. Gilsinan mengemukakan bahwa terhadap hubungan antara kebijakan publik dengan kriminologi. Gilsinan menganalisa fenomena tersebut dengan menggunakan metode sebab – akibat. Kejahatan tersebut terjadi karena peraturan hukum yang berlaku masih kurang cukup kuat dalam memberantas kejahatan, bahkan adanya kebutuhan tertentu yang justru berasal sekelompok orang tertentu yang menyebabkan kejahatan ini semakin berkembang hingga taraf yang memperhatikan.

Dari penjelasan ini, dapat disimpulkan bahwa kebijakan kriminal merupakan usaha yang rasional untuk mencegah dan mengatasi kejahatan. Pada pelaksanaannya, kebijakan kriminal menggunakan sarana hukum pidana (penal), dibuat dengan sengaja dan sadar. Pilihan dan penetapan hukum pidana sebagai sarana untuk menanggulangi kejahatan benar-benar memperhitungkan semua faktor pendukung berfungsinya hukum. Dengan begitu diperlukan pendekatan fungsional yang melekat pada setiap kebijakan yang rasional.

Tjahjono, dkk mengungkapkan teori yang di cetuskan oleh Cressey yaitu *Fraud Triangle* dimana ada tiga hal yang mendorong

¹⁷G. Peter Hoenagels dalam Barda Narwawi Arief, 2008, *Bunga Rampai Kebijakan Hukum Pidana: Perkembangan Penyusunan Konsep KUHP Baru*, Citra Aditya Nakti, Bandung. hlm. 23

orang untuk melakukan *fraud*, yaitu *pressure* (dorongan), *opportunity* (peluang) dan, *rationalization* (rasionalisasi).¹⁸

2. Kerangka Konseptual

Salah satu cara menjelaskan konsep adalah definisi. Definisi merupakan suatu pengertian yang relatif lengkap tentang suatu istilah dan biasanya bertitik tolak pada referensi.¹⁹

a. Efektivitas

Menurut Anthony Allot tentang efektivitas hukum, bahwa: “hukum akan menjadi efektif jika tujuan keberadaan dan penerapannya dapat pencegahan perbuatan-perbuatan yang tidak diinginkan dapat menghilangkan kekacauan. Hukum yang efektif secara umum dapat membuat apa yang dirancang dapat diwujudkan, jika suatu kegagalan, maka kemungkinan terjadi pembetulan secara gampang jika terjadi keharusan untuk melaksanakan atau menerapkan hukum dalam suasana baru yang berbeda, hukum akan menyelesaikannya”.

Menurut Hidayat Efektivitas adalah suatu ukuran yang menyatakan seberapa jauh target (kuantitas, kualitas, dan waktu) telah tercapai. Dimana makin besar presentase target yang dicapai, makin tinggi efektivitasnya.

¹⁸ Subagio Tjahjono., dkk, 2013, *Business Crimes And Ethics Konsep Dan Studi Kasus Fraud Di Indonesia Dan Global*, Andi Publisher, Yogyakarta, hlm. 28

¹⁹ Amiruddin, 2011, *Pengantar Metodologi Penelitian Hukum*, Rajawali Pers, Jakarta, hlm. 48

b. Audit Medis

Menurut Shaw dan Costain, audit medis adalah cara pendekatan dalam menelaah pelayanan medis dalam mengidentifikasi peluang peningkatan mutu layanan dan menyediakan teknik yang tepat untuk mengidentifikasi peluang tersebut.²⁰ Audit medis adalah upaya evaluasi yang dilakukan secara profesional terhadap mutu yang diberikan terhadap pasien dengan menggunakan rekam medis oleh profesi medis. Tujuannya adalah agar tercapainya pelayanan yang prima dengan standarisasi dan peningkatan mutu layanan. Hal ini disebutkan dalam Permenkes Nomor: 755/Menkes/Per/IV/2011. Pelaksanaan audit medis dilaksanakan sebagai implementasi fungsi manajemen klinis dalam rangka menata tata klinis yang baik.

c. Tim Kendali Mutu Kendali Biaya (Tim KMKB)

Tim Kendali Mutu Kendali Biaya adalah sebuah lembaga *independent* yang dibentuk dalam rangka penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional. Tim kendali mutu kendali biaya berasal dari unsur organisasi profesi kesehatan, akademisi, dan pakar klinis yang memiliki pengetahuan khusus dibidang jaminan sosial kesehatan yang memenuhi persyaratan untuk ditetapkan menjadi anggota tim kendali mutu kendali biaya. Dalam Penyelenggaraan jaminan kesehatan menggunakan prinsip-prinsip managed care yaitu suatu teknik yang mengintegrasikan pembiayaan dan pelayanan kesehatan

²⁰ Robertus Arian, 2013, "Audit Medis Meningkatkan Mutu Pelayanan Medis", RAD Journal, hlm. 1

melalui penerapan kendali biaya dan kendali mutu yang bertujuan untuk mengurangi biaya pelayanan yang tidak perlu dengan cara meningkatkan kelayakan dan efisiensi pelayanan kesehatan. Sedangkan pengertian mutu secara luas dan komprehensif. Kendali mutu adalah sejauh mana realisasi layanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan kriteria dan standar profesional medis terkini dan baik yang sekaligus telah memenuhi atau bahkan melebihi kebutuhan dan keinginan pelanggan dengan tingkat efisiensi yang optimal. Teknik *managed care* dimaksudkan untuk meniadakan moral hazard dalam pelayanan kesehatan yang dapat mengakibatkan kerugian kesejahteraan masyarakat.²¹

Untuk pencapaian mutu dapat dilakukan diantaranya manajemen risiko, *utilization review* (UR), *peer review*, indikator, prosedur tetap, audit medis, *clinical pathway*, algoritma. Bagi penjamin biaya layanan kesehatan, aktivitas yang biasa dilakukan untuk pencapaian mutu adalah melalui *utilization review*.²²

Dalam pengendalian biaya layanan dengan cara *managed care* dilakukan dari dua sisi yaitu dari sisi PPK *supply* dan dari sisi peserta (sisi demand). Ada beberapa metode yang digunakan dalam melakukan pengendalian biaya. Diantara nya Metode pembayaran, *Utilization review*, Standarisasi Pelayanan.²³

²¹ Mukti, 2007, *Mutu pelayanan kesehatan, kendali biaya dan kendali mutu dalam managed care*. Diakses 20 OKTOBER 2018 dari <http://www.mutupelayanankesehatan.net/>

²² *ibid*

²³ *ibid*

d. Kecurangan (*Fraud*)

Fraud dalam Permenkes Nomor 36 Tahun 2015. Pada pasal 1 ayat (1) disebutkan, kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disebutkan kecurangan JKN adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS-Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan untuk mendapatkan keuntungan *Financial* dari program jaminan kesehatan dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan. Unsur dari kecurangan adalah:

- (a) *Misrepresentation of material fact*: Menyesatkan terhadap suatu fakta penting.
- (b) *Intent*: Adanya kesengajaan.
- (c) *Trust*: Dilanggarnya kepercayaan.
- (d) *Victim*: Ada pihak yang dikorbankan.
- (e) *Damage*: Adanya kerugian.

e. Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah.

F. Metode Penelitian

Metodologi penelitian merupakan sebuah proses ilmiah berupa cara untuk memperoleh data yang dapat digunakan dalam kepentingan penelitian ilmiah. Untuk mengetahui sejauh mana efektivitas hukum, maka harus dapat mengukur sejauh mana aturan hukum itu ditaati atau tidak ditaati. Jika suatu aturan hukum ditaati oleh sebagian besar target yang menjadi sasaran ketaatannya maka akan dikatakan aturan hukum yang bersangkutan adalah efektif²⁴.

Derajat efektivitas ditentukan oleh taraf kepatuhan masyarakat terhadap hukum, termasuk para penegak hukumnya, sehingga dikenal asumsi bahwa, "taraf kepatuhan yang tinggi adalah indikator suatu berfungsinya suatu sistem hukum. Dan berfungsinya hukum merupakan pertanda hukum tersebut mencapai tujuan hukum yaitu berusaha untuk mempertahankan dan melindungi masyarakat dalam pergaulan hidup."²⁵

1. Jenis Penelitian

Penelitian ini termasuk pada jenis penelitian kualitatif. Pada penelitian ini peneliti juga menggunakan metode penelitian kuantitatif, metode penelitian ini berlandaskan pada filsafat positivisme yang digunakan untuk meneliti populasi atau sampel tertentu teknik

²⁴ Salim, H.S dan Erlis Septiana Nurbani, 2013, *Penerapan Teori Hukum Pada Tesis dan Disertasi*, Rajawali Press, Jakarta, hlm. 375

²⁵ Soerjono Soekanto, 1985, *Efektivitas Hukum dan Peranan Saksi*, Remaja Karya, Bandung, hlm. 7

pengambilan nya dilakukan secara acak, analisis data bersifat kuantitatif/statistik dengan tujuan untuk menguji hipotesis yang telah ditetapkan.²⁶

2. Metode Pendekatan

Metode pendekatan yang dilakukan adalah *yuridis sosiologis* yang berarti penelitian terhadap permasalahan hukum akan dilakukan secara sosiologis atau memperhatikan aspek dan pranata-pranata sosial lainnya. Dalam hal ini metode pendekatan akan menitikberatkan pada peraturan perundang-undangan yang berlaku sebagai pedoman pembahasan masalah, juga dikaitkan dengan kenyataan yang ada dalam praktek dan aspek-aspek sosial yang berpengaruh.²⁷

3. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di BPJS-Kesehatan Cabang Padang karena di wilayah kerja BPJS-Kesehatan Cabang Padang banyak terdapat indikasi *fraud* dengan pertimbangan Cabang Padang berada di Provinsi Sumatera Barat yang memiliki banyak fasilitas kesehatan serta menjadi pusat rujukan.

4. Jenis data

a. Data Primer

Data primer diperoleh langsung dari pihak pertama. Sumber utama dalam penelitian ini adalah kata-kata dan tindakan. Kata-kata dan tindakan merupakan sumber data yang diperoleh dari lapangan

²⁶ Sugiyono, 2013, *Metodelogi Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*, Alfabeta, Bandung, hlm. 13

²⁷ Ronny Hanitijo Soemitro, 1982, *Metodologi Penelitian Hukum*, Gramedia Indonesia, Jakarta, hlm. 15

dengan mewawancarai narasumber. Wawancara dilakukan terhadap kepala bidang pelayanan primer dan kepala bidang pelayanan rujukan, pegawai BPJS Kesehatan, Casemix (faskes) serta ketua tim kendali mutu kendali biaya Cabang Padang yang mana beliau terlibat langsung dalam melakukan audit medis di faskes yang terindikasi melakukan *fraud*.

b. Data Sekunder

Data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini adalah buku-buku, *Utilisasi Review* dan laporan hasil temuan audit medis, profil BPJS-Kesehatan Cabang Padang, dan bahan-bahan bacaan ilmiah yang mempunyai keterkaitan terhadap penelitian ini.

5. Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini pengumpulan data dilakukan dengan melakukan kegiatan sebagai berikut:

- a. Wawancara atau *interview* yaitu proses tanya jawab secara lisan dimana dua orang atau lebih berhadapan secara fisik. Dalam proses *interview* terdapat dua pihak yang menempati kedudukan yang berbeda, satu pihak berfungsi sebagai pemberi informasi atau responden.²⁸ Peneliti melakukan wawancara dan menyiapkan pertanyaan serta melakukan survey.
- b. Studi kepustakaan yang didapatkan melalui bahan-bahan kepustakaan, peraturan-peraturan, panduan audit medis dan literature lain nya.

²⁸ Sadjipto Raharjo, 2010, *Hukum dan Masyarakat*, Angkasa, Bandung, hlm. 71

- c. Survey, ini digunakan untuk mendapatkan data primer lainnya. Kegiatan survey ini dilakukan setelah tebentuk dimensi dan item audit medis dan kecurangan medis.

6. Teknik Analisa Data

Teknik analisis data yang digunakan pada penelitian ini adalah:

- a. Teknik analisis kualitatif untuk mengetahui dan menganalisis penyelesaian audit medis yang dilakukan oleh tim kendali mutu kendali biaya di BPJS Kesehatan Cabang Padang.
- b. Teknik analisis kuantitatif dengan data menggunakan SPSS untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi temuan audit medis yang dilakukan oleh tim kendali mutu kendali biaya di BPJS Kesehatan Cabang Padang.

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) merupakan suatu software yang digunakan untuk memudahkan dalam pengolahan, perhitungan, dan menganalisa secara statistik.²⁹

²⁹ V Wiratna Sujarweni, 2012, *SPSS Untuk Paramedis* cetakan pertama, Gava Media, Yogyakarta, hlm. 25

