

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Permasalahan

Penelitian ini mengkaji profil akan tindakan kecurangan (*Fraud*), tindak lanjut yang sudah dilakukan oleh tim anti kecurangan (*Fraud*) dan penyelesaian perselisihan terhadap kecurangan (*Fraud*) yang ditemukan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Menurut *The institute of internal auditor*, kecurangan (*Fraud*) merupakan suatu ketidak beresan dan tindakan illegal yang bercirikan penipuan yang disengaja, untuk mengambil harta atau hak orang lain atau pihak lain.¹

Pada surat edaran Otoritas Jasa Keuangan (OJK) Nomor 46 tahun 2017 disebutkan bahwa *fraud* adalah tindakan penyimpangan atau pembiaran yang sengaja dilakukan untuk mengelabui, menipu, atau memanipulasi sehingga pihak lain menderita kerugian, sedangkan pelaku *fraud* memperoleh keuntungan.

Fraud sendiri sebenarnya telah banyak diatur dalam peraturan di Indonesia, diantaranya dalam Kitab Undang - Undang Hukum Pidana (KUHP) Pasal 378 yang menyatakan, 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

¹ Arens, Elder, Beasley, Hegazy, 2008, *Auditing and Assurance Services 12*, Salemba Empat, Jakarta, halaman 24.

supaya memberi hutang maupun menghapuskan piutang diancam karena penipuan dengan pidana penjara paling lambat empat tahun.

Kecurangan (*Fraud*) pada sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menurut Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 36 Tahun 2015 adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan. Empat tahun berjalannya program JKN yang di kelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sangat besar kemungkinan kerugian yang diakibatkan oleh *Fraud*.

Pasal 5 pada Permenkes Nomor 36 tahun 2015 tentang *Fraud* dalam Pelaksanaan Program JKN pada Sistem Jaminan Sosial Nasional menyatakan bahwa ada lima bentuk kecurangan yang berpotensi terjadi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), yang pertama memanfaatkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Berdasarkan ketentuan Pasal 1 angka 6 Perpres 32 Tahun 2014, dana kapitasi merupakan besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang aktif terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

Menurut Indonesia *Corruption Watch* (ICW) pada tahun 2017, ditemukan sebanyak dua puluh enam Puskesmas di empat belas Provinsi memiliki potensi *fraud* pengelolaan dana kapitasi, seperti adanya pemanfaatan dana kapitasi tidak sesuai peraturan perundang-undangan sejumlah dua kasus, memanipulasi bukti

pertanggungjawaban dan pencairan dana kapitasi sejumlah satu kasus serta penarikan biaya peserta yang seharusnya sudah dijamin dalam biaya kapitasi dan atau non kapitasi sesuai dengan standar tarif yang ditetapkan, sejumlah lima kasus. Sedangkan menurut para penegak hukum untuk pengelolaan dana kapitasi periode 2014-2018 ditemukan 8 kasus korupsi pengelolaan dana kapitasi puskesmas di 8 daerah, yang menimbulkan kerugian negara mencapai Rp. 5,8 miliar. Selain itu, di awal Februari tahun 2018, KPK dalam pelaksanaan Operasi Tangkap Tangan (OTT) menemukan kasus pengelolaan dana kapitasi di Jombang, dimana Kepala Dinas Kesehatan mengumpulkan dana kapitasi dari 34 puskesmas untuk menyuap Bupati Jombang. Dana kapitasi yang ditransferkan oleh BPJS Kesehatan untuk FKTP, terutama puskesmas, sangat rentan untuk dikorupsi. Besaran kapitasi yang diterima FKTP tahun 2014 sebanyak Rp 8 triliun, pada tahun 2015 sebanyak 10 triliun, dan 2016 sebanyak Rp13 triliun, dan terus meningkat seiring bertambahnya jumlah peserta JKN.²

Kedua menyalahgunakan klaim pada pelayanan nonkapitasi. Pada *Workshop Blended Learning* yang dilaksanakan pada tanggal 29 Maret Tahun 2016 di Yogyakarta tentang Penyusunan Proposal Penelitian Pencegahan dan Pengurangan *Fraud* dalam JKN menjelaskan bahwa proyeksi kerugian akibat *fraud* di Indonesia adalah sekitar 5 - 10% atau setara dengan Rp. 1,8 Triliun - Rp.3,6 Triliun dari prediksi premi BPJS Kesehatan Tahun 2014 sekitar Rp.

² Dewi Anggraini, 2019, *Peta Potensi Fraud/Korupsi Pengelolaan Dana Kapitasi FKTP Program JKN*, *Indonesia Corruption Watch (ICW)*, 8 Februari 2018, https://antikorupsi.org/sites/default/files/peta_korupsi_dana_kapitasi_-_icw.pdf.

38,5 Triliun³. Jenis *fraud* yang sering dilakukan oleh tenaga kesehatan antara lain pengajuan klaim dengan mencantumkan pelayanan atau tindakan yang tidak diberikan (*phantom billing*), tindakan manipulasi terhadap diagnosa dengan menaikkan tingkat jenis tindakan (*upcoding*), memalsukan tanggal dan lama hari rawat (*prolonged length of stay*), iur biaya yang lebih besar, melakukan klaim obat yang tidak sesuai.

Klaim Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut klaim adalah sejumlah tagihan atas pelayanan rawat jalan maupun rawat inap yang dibayarkan ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dalam bentuk non kapitasi dan Fasilitas Kesehatan Tingkat lanjutan (FKRTL) dalam bentuk paket INA-CBG' s. Pada Permenkes Nomor 36 tahun 2015 dijelaskan ada dua puluh jenis tindakan kecurangan (*Fraud*) berdasarkan klaim yang ditagihkan yaitu penulisan kode diagnosis yang berlebihan (*upcoding*), menyalin klaim dari pasien lain(*cloning*), klaim palsu (*phantom billing*), peningkatan tagihan obat dan alkes(*inflated bill*), pemisahan episode pelayanan (*services unbundling or fragmentation*), rujukan semu(*selfs-referals*), tagihan berulang (*repeat billing*), memperpanjang lama perawatan (*prolonged length of stay*), memanipulasi kelas perawatan (*type of room charge*), membatalkan tindakan yang wajib dilakukan (*cancelled services*), melakukan tindakan yang tidak perlu (*no medical value*), penyimpangan terhadap standar pelayanan (*standard of care*), melakukan tindakan pengobatan yang tidak perlu (*unnecessary treatment*), memperlama waktu penggunaan ventilator, tidak melakukan visitasi yang seharusnya (*phantom visi*), tidak melakukan prosedur

³ Tomo Konstantia, 2015, '*Analisis Faktor Internal dan eksternal Sebagai Bahan Penyusun Strategi Pencegahan Fraud Dana Kapitasi Puskesmas Di Kota Semarang*'. Universitas Diponegoro. Semarang. halaman 59.

yang seharusnya (*phantom procedures*), admisi yang berulang (*readmisi*), melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu, meminta *cost sharing* tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan tindakan Kecurangan JKN lainnya.

Di amerika Serikat, mencapai 43% dari kasus penagihan klaim adalah memalsukan diagnosa dan tanggal pelayanan, sementara menagihkan pelayanan yang tidak diberikan mencapai 34%.⁴ Berdasarkan dua penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa *False Claim* dan *Phantom Billing* adalah kasus kecurangan pada penagihan klaim yang sering ditemui di asuransi kesehatan.

Adapun definisi *False Claim* atau memanipulasi klaim adalah klaim fiktif dan tidak sesuai dengan keadaan yang ditagihkan oleh Fasilitas Kesehatan ke BPJS Kesehatan. Sedangkan *Phantom Billing* adalah penagihan klaim pada pelayanan yang tidak pernah diberikan, sehingga lebih mengarah ke penipuan atau korupsi.

Bentuk kecurangan yang berpotensi terjadi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang ketiga yaitu menerima komisi atas rujukan ke FKRTL. Kasus ini lebih kerjasama antara FKTP dengan FKRTL dalam memberikan rujukan, sehingga tingginya angka rujukan di sebuah Rumah Sakit tersebut. Keuntungan dengan tingginya angka rujukan ke Rumah Sakit tersebut akan dibagi dengan FKTP perujuk.

Bentuk kecurangan yang keempat yaitu iur biaya dari peserta yang seharusnya sudah dijamin dalam biaya kapitasi dan/atau nonkapitasi sesuai

⁴ Askes, 2009, *Asuransi Kesehatan*.3 Mei 2009, <https://askes.wordpress.com/fraud-dalam-asuransi-kesehatan/>

dengan standar tarif yang ditetapkan dan yang kelima yaitu rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu.

Pelaksanaan program JKN-KIS yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan di motitoring dan diawasi oleh beberapa instansi, mulai dari tingkat Satuan Pengawas Internal (SPI), Dewan Pengawas, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Otoritas Jasa Keuangan (OJK), Badan Pengawas Keuangan (BPK), hingga Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK). Banyaknya pengawasan dari berbagai instansi ini merupakan salah satu usaha untuk mencapai optimalisasi *good governance* di lingkungan BPJS Kesehatan.⁵ Selain itu dalam pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya sehingga terhindar dari kecurangan (*Fraud*) maka BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, harus membangun sistem pencegahan kecurangan JKN.

Bentuk dari sistem *Fraud* yaitu adanya tim pencegahan kecurangan yang bertugas membentuk kebijakan dan juknis pencegahan kecurangan serta peningkatan kualitas pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya. Untuk daerah Provinsi Sumatera Barat baru 68% (13 Kabupaten/Kota) yang sudah memiliki surat keputusan tim anti kecurangan *fraud* periode tahun 2016 - 2017.⁶ Hal ini menunjukkan belum maksimalnya tim kecurangan (*Fraud*) dan pemerintah dalam menanggulangi kecurangan (*Fraud*)

⁵ BPJS Kesehatan, 2017, *Pengawasan Berlapis Perkuat Implementasi Good Governance BPJS Kesehatan*, Jakarta, 07 September 2017, <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2017/525/Pengawasan-Berlapis-Perkuat-Implementasi-Good-Governance-BPJS-Kesehatan>

⁶ Israd dan Antoni, 2018, 'Peran Tim Anti Fraud (JKN) Kabupaten/Kota dalam Pencegahan Kecurangan di Provisin Sumatera Barat', Vol 2, No 1 (2018) : *Prosiding Sinmag 2 tanggal 15 April 2018*, Bung Hatta University Press, Padang, 4.

pada sistem jaminan sosial nasional ini, sehingga akan berdampak pada keberlangsungan program jaminan kesehatan ini.

B. Rumusan Permasalahan

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dikemukakan di atas, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana profil tindakan pencegahan kecurangan pada Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) ?
2. Bagaimana tindak lanjut yang sudah dilakukan oleh tim anti kecurangan (*Fraud*) berdasarkan Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 ?
3. Bagaimana penyelesaian perselisihan jika terdapat kecurangan (*Fraud*) dalam pelaksanaan program JKN ?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan Penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui profil tindakan kecurangan pada Program JKN yang dilakukan oleh FKTP;
2. Untuk mengetahui tindak lanjut yang sudah dilakukan oleh tim kecurangan (*Fraud*) dalam mencegah kecurangan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP);
3. Untuk mengetahui penyelesaian perselisihan jika terdapat kecurangan dalam pelaksanaan program JKN;

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat baik secara teoritis maupun praktis.

1. Secara Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat keilmuan sumbangan berupa pemikiran mengenai peraturan yang berkaitan tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

2. Secara Praktis

Diharapkan penelitian ini kelak dapat dipergunakan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Klinik Pratama, Puskesmas dan Dokter Praktek Perorangan).

E. Kerangka Teoritis dan Kerangka Konseptual

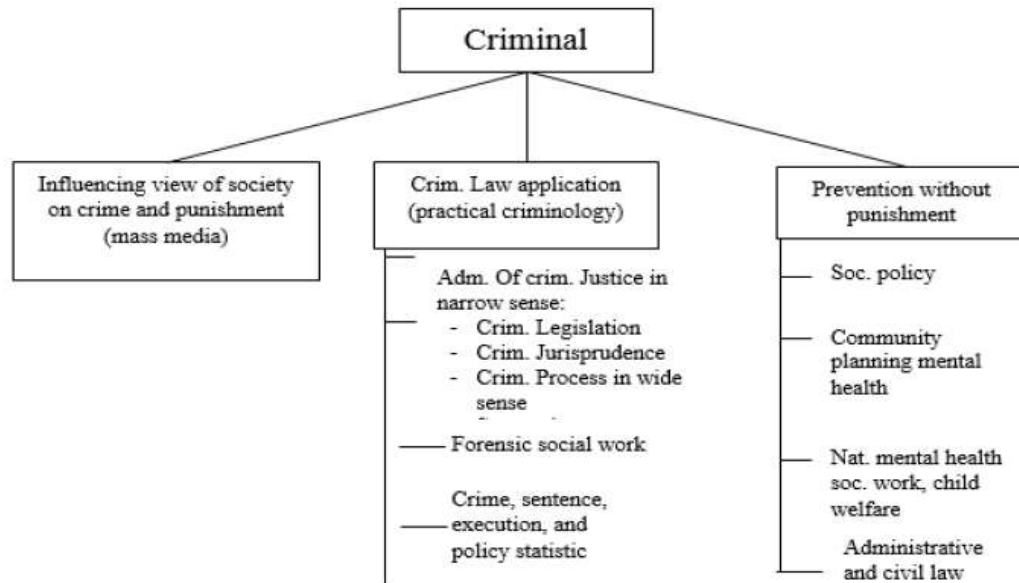
1. Kerangka Teoritis

a. Teori Penanggulangan Kejahatan

G.Peter Hoefnagels mengemukakan bahwa kebijakan penanggulangan kejahatan atau yang biasa dikenal dengan istilah ‘politik kriminal’ adalah usaha mencegah dan menindak kejahatan yang merupakan salah satu kebijakan publik yang dibuat oleh pemerintah.⁷ Pendapatnya tersebut secara skematis digambarkan sebagai berikut:⁸

⁷ G.Peter Hoefnagels, *The Other Side of Crimonology*, Kluwer Deventer, Holland, 1967, halaman 139.

⁸ *Ibid.* hlm. 40



Gambar 1 : G.Peter Hoefnagels menggambarkan ruang lingkup ‘criminal policy’

Pada Bagan di atas, Hoefnagels menyatakan upaya penanggulangan kejahatan dapat ditempuh dengan: (a) usaha untuk mempengaruhi pandangan masyarakat tentang kejahatan; (b) implementasi sarana hukum pidana; dan (c) pencegahan tanpa pemidanaan. Hal ini dilaksanakan oleh pemerintah bersama badan legislatif, sebagai upaya penanggulangan terhadap kejahatan yang mendisiplinkan perilaku masyarakat.⁹ Jika masyarakat melakukan tindakan yang dianggap sebagai membahayakan dan merugikan lingkungan, maka melalui lembaga legislatif tingkah laku tersebut tertera pada hukum pidana sebagai larangan dan diberikan sanksi pidana pada pelakunya.

Sementara James F Gilssinan Tahun 1990 pada teori kebijakan kriminal yaitu kebijakan apa yang dipilih pemerintah untuk melaksanakan atau tidak melaksanakan sesuatu. Sedangkan Marc Ancel mengartikan kebijakan kriminal

⁹ Muhammad Mustofa, 2010, *Kriminologi Prilaku Menyimpang dan Pelanggaran Hukum*, Penerbit Sari Ilmu Pratama, Jakarta, halaman 4 -14.

adalah lembaga atau organisasi yang secara rasional berperan sebagai pengontrol kejahatan di lingkungan orang banyak.¹⁰

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 memprihatinkan.

Dari penjelasan ini, menjadikan kebijakan kriminal sebagai upaya yang kuat untuk menghindari dan mengatasi kejahatan. Pada kenyataannya, kebijakan kriminal memanfaatkan sarana hukum pidana (penal), dibuat dengan keinginan sendiri dan sadar. Penentuan hukum pidana sebagai fasilitas untuk menanggulangi kejahatan benar-benar memastikan semua faktor pendukung dalam fungsinya hukum. Dengan begitu dibutuhkan pendekatan fungsional yang melekat pada kebijakan yang rasional.

Upaya pencegahan kejahatan (*criminal prevention*) empirik terbagi atas 3 bagian pokok, yaitu:¹¹

¹⁰ G. Peter Hoefnagels dalam Barda Narwawi Arief, 2008, *Bunga Rampai Kebijakan Hukum Pidana: Perkembangan Penyusunan Konsep KUHP Baru*, Bandung : Citra Aditya Nakti

¹¹ A. S. Alam, 2010, *Pengantar Kriminologi*, Makassar: Pustaka Refleksi, halaman 29-80

1) *Pre-Emtif*

Pada bagian *pre-emptif* disini adalah langkah awal yang digunakan oleh pihak kepolisian dalam upaya mencegah tindak pidana. Upaya yang dilakukan dalam pencegahan kejahatan secara *pre-emptif* adalah bagaimana memastikan norma-norma tertanam secara penuh dalam diri seseorang. Jika ada kesempatan untuk melakukan tindakan kejahatan atau pelanggaran, namun tidak adanya keinginan untuk melakukan hal tersebut maka tindak kejahatan tidak akan terjadi..

2) *Preventif*

Bagian *preventif* adalah tindaklanjut dari bagian *pre-emptif* yang masih dalam ruang lingkup pencegahan sebelum terjadinya tindak pelanggaran. Pada bagian *preventif* ini yang dilaksanakan adalah tidak adanya kesempatan untuk melakukan kejahatan.

3) *Represif*

Bagian yang dilaksanakan pada kondisi sudah terjadi tindak kejahatan atau pidana berupa penegakkan hukum (*law enforcement*) dengan menjatuhkan sanksi.

b. Teori Penyelesaian Sengketa

Ada dua hal yang perlu dilakukan pada saat perselisihan antara dua orang atau lebih yang bermula dari ketidak samaan pemahaman tentang suatu keperluan (sengketa) yaitu:

1) Penyelesaian Sengketa melalui Litigasi

Tahap penyelesaian ini sengketa ini dilaksanakan melalui pengadilan atau yang sering disebut dengan istilah “litigasi” , yaitu penyelesaian perselisihan dengan melibatkan pengadilan yaitu hakim sebagai pengatur dan pemberi keputusan.¹²

Penyelesaian sengketa melalui Litigasi ini bersifat formal dan teknis, hasil berupa kesepakatan yang bersifat menang dan kalah, lebih mengarah kepada timbulnya masalah baru, waktu yang lama dibutuhkan dalam penyelesaian permasalahan, biaya yang besar, tidak *responsive* dan menyebabkan permusuhan diantara pihak yang berselisih. Sehingga masyarakat lebih cenderung mencari penyelesaian yang lain yaitu penyelesaian sengketa diluar peradilan formal atau yang disebut dengan “*Alternative Dispute Resolution*” atau ADR.¹³

2) Penyelesaian Sengketa melalui Non-Litigasi

Dalam penyelesaian sengketa melalui non-litigasi, kita telah mengenal adanya penyelesaian sengketa alternatif *atau Alternative Dispute Resolution* (ADR), yang dalam perspektif Undang-Undang Nomor 30 tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa, *Alternative Dispute Resolution* adalah suatu pranata penyelesaian sengketa di luar pengadilan berdasarkan kesepakatan

¹² Nurnaningsih, Amriani, 2012, *Mediasi Alternatif Penyelesaian Sengketa Perdata di Pengadilan*, Jakarta: PT Raja Grafindo Persada, halaman 35

¹³ Yahya Harahap, 2008, *Hukum Acara Perdata*, Cet. 8, Sinar Grafika, Jakarta, hlm 234.

para pihak dengan mengesampingkan penyelesaian sengketa secara litigasi di pengadilan.

c. Perlindungan Hukum

Secara kebahasaan, kata perlindungan dalam bahasa Inggris disebut dengan *protection*. Istilah perlindungan menurut KBBI dapat disamakan dengan istilah proteksi, yang artinya adalah proses atau perbuatan memperlindungi, sedangkan menurut *Black's Law Dictionary*, *protection* adalah *the act of protecting*.¹⁴

Secara umum, perlindungan berarti mengayomi sesuatu dari hal-hal yang berbahaya, sesuatu itu bisa saja berupa kepentingan maupun benda atau barang. Selain itu perlindungan juga mengandung makna pengayoman yang diberikan oleh seseorang terhadap orang yang lebih lemah. Dengan demikian, perlindungan hukum dapat diartikan dengan segala upaya pemerintah untuk menjamin adanya kepastian hukum untuk memberi perlindungan kepada warga negaranya agar hak-haknya sebagai seorang warganegara tidak dilanggar, dan bagi yang melanggarnya akan dapat dikenakan sanksi sesuai peraturan yang berlaku.¹⁵

Menurut Satjipto Raharjo, perlindungan hukum adalah memberikan pengayoman terhadap hak asasi manusia (HAM) yang dirugikan orang lain dan perlindungan itu di berikan kepada masyarakat agar dapat menikmati semua hak-hak yang diberikan oleh hukum. Hukum dapat difungsikan untuk mewujudkan perlindungan yang sifatnya tidak sekedar adaptif dan fleksibel, melainkan juga

¹⁴ Bryan A. Garner, *Black's Law Dictionary, ninth edition*, (St. paul: West, 2009), hlm. 1343.

¹⁵ Pemegang Paten Perlu Perlindungan Hukum”, Republika, 24 Mei 2004

prediktif dan antisipatif. Hukum dibutuhkan untuk mereka yang lemah dan belum kuat secara sosial, ekonomi dan politik untuk memperoleh keadilan sosial.¹⁶

Di Indonesia, perlindungan terhadap konsumen dapat dilakukan melalui berbagai bentuk, salah satunya yaitu dalam bentuk perlindungan hukum. Perlindungan hukum bagi konsumen merupakan perlindungan yang paling penting, hal tersebut dikarenakan, hukum dapat mengakomodir berbagai kepentingan konsumen, selain itu hukum memiliki daya paksa sehingga bersifat permanen karena sifatnya yang konstitusional yang diakui dan ditaati keberlakuannya dalam kehidupan masyarakat. Ada beberapa cara perlindungan secara hukum, antara lain sebagai berikut:¹⁷

(1) Membuat peraturan (*by giving regulation*), yang bertujuan untuk:

- a) Memberikan hak dan kewajiban;
- b) Menjamin hak-hak para subyek hukum

(2) Menegakkan peraturan (*by the law enforcement*) melalui:

- a) Hukum administrasi Negara yang berfungsi untuk mencegah (*preventif*) terjadinya pelanggaran hak-hak konsumen, dengan perijinan dan pengawasan.
- b) Hukum pidana yang berfungsi untuk menanggulangi (*repressive*) setiap pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan, dengan cara mengenakan sanksi hukum berupa sanksi pidana dan hukuman;

¹⁶ Satjipto Raharjo, 2000, *Ilmu Hukum*, PT. Citra Aditya Bakti, Bandung, hlm 55

¹⁷ Nugroho, Dwi Widhi, 2012, ' Perlindungan Hukum Terhadap Konsumen Pengguna Jasa Angkutan Udara Dalam Hal Ganti Rugi' , Program Pascasarjana Universitas Atma Jaya Yogyakarta, hlm 18.

- c) Hukum perdata yang berfungsi untuk memulihkan hak (*curative, recovery*), dengan membayar kompensasi atau ganti kerugian.

2. Kerangka Konseptual

a. *Fraud*

Definisi *Fraud* berbagai bentuk dan cara, berikut merupakan definisi *Fraud* menurut para ahli :

The Institute of Internal Auditor mendefinisikan *Fraud* adalah kecurangan mencakup suatu ketidakberesan dan tindakan ilegal yang bercirikan penipuan yang disengaja. Sebagai konsep legal yang luas, kecurangan menggambarkan setiap upaya penipuan yang disengaja, yang dimaksudkan untuk mengambil harta atau hak orang atau pihak lain.¹⁸

Fraud didefinisikan sebagai satu jenis tindakan melawan hukum yang dilakukan dengan sengaja untuk memperoleh sesuatu dengan cara menipu.

Definisi *Fraud* menurut Kitab Undang-Undang Hukum Pidana Pasal 362 yaitu suatu pencurian yang mengambil sesuatu, seluruhnya atau sebagian kepunyaan orang lain dengan maksud untuk dimiliki secara melawan hukum.

Fraud menurut Pusdiklatwas BPKP (2008) adalah sebagai berikut, “*Fraud* adalah suatu perbuatan melawan atau melanggar hukum yang dilakukan oleh orang-orang dari dalam atau dari luar organisasi, dengan maksud untuk mendapatkan keuntungan pribadi atau kelompok secara langsung atau tidak langsung merugikan pihak lain.”

¹⁸ Arens, Eder, Beasley, 2008. *Auditing dan Jasa Assurance Edisi 12*, Penerbit Indeks, Jakarta.

Ikatan Akuntan Indonesia (IAI) mendefinisikan *fraud* sebagai salah satu yang timbul dari perlakuan tidak semestinya terhadap aktiva yang berkaitan dengan pencurian aktiva yang berakibat laporan keuangan tidak disajikan sesuai dengan prinsip akuntansi yang berlaku umum di Indonesia.

Kecurangan (*Fraud*) pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Sosial Nasional adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan.

Ada beberapa penyebab seseorang melakukan kecurangan (*Fraud*) yaitu:¹⁹

1. Kesempatan (*opportunity*)

Kesempatan disini dimaksudkan untuk mencegah adanya peluang organisasisecara efektif melalui kebijakan kebijakan prosedur prosedur, proses proses untuk mengendalikan sehingga pegawai bertindak tidak jujur. Opportunity diprosikan dengan adanya variabel sistem pengendalian internal dan penegakan hukum.

2. Tekanan (*pressure*)

Tekanan adalah motivasi dari individu pegawai untuk bertindak *fraud* dikarenakan adanya tekanan baik keuangan dan non keuangan dari pribadi

¹⁹ Donal R Cressey, 1953, *Other People Money, A Study in The Social Psychology of Embezzlement*. Montclair.

maupun tekanan dari organisasi (kepemimpinan, tugas yang terlalu berat dan lain lain). Pressure diproksikan dengan adanya variabel gaya kepemimpinan dan kesesuaian kompensasi.

3. Pembenaaran (*Rationalization*)

Pembenaaran merupakan sikap atau proses berfikir dengan pertimbangan moral dari indifidu pegawai untuk merasionalkan tindakan kecurangan.

b. Klaim

Klaim Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. *False Claim* adalah memanipulasi klaim pada pelayanan yang di bayar secara non kapitasi, sedangkan *Phantom Billing* adalah klaim atas layanan yang tidak diberikan.

c. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Asuransi sosial merupakan mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib dari peserta, guna memberikan perlindungan kepada peserta atas risiko sosial ekonomi yang menimpa mereka dan atau anggota keluarganya (UU SJSN No.40 tahun 2004). Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Jaminan Sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Dengan demikian, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem

Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

d. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, diantaranya sebagai berikut:

- 1) Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Non Perawatan dan Puskesmas Perawatan (Puskesmas dengan Tempat Tidur).
- 2) Fasilitas Kesehatan milik TNI dan POLRI
 - a) TNI Angkatan Darat: Poliklinik kesehatan dan Pos Kesehatan.
 - b) TNI Angkatan Laut: Balai kesehatan A dan D, Balai Pengobatan A, B, dan C, Lembaga Kesehatan Kelautan dan Lembaga Kedokteran Gigi.
 - c) TNI Angkatan Udara: Seksi kesehatan TNI AU, Lembaga Kesehatan Penerbangan dan Antariksa (Laksepra) dan Lembaga Kesehatan Gigi & Mulut (Lakesgilit).
 - d) Fasilitas Kesehatan milik Polisi Republik Indonesia (POLRI), terdiri dari Poliklinik Induk POLRI, Poliklinik Umum POLRI, Poliklinik Lain milik POLRI dan Tempat Perawatan Sementara (TPS) POLRI. d) Praktek Dokter Umum / Klinik Umum, terdiri dari Praktek Dokter Umum Perseorangan, Praktek Dokter Umum Bersama, Klinik Dokter.

F. Metode Penelitian

Penelitian pada dasarnya merupakan tahap untuk mencari kembali sebuah kebenaran. Sehingga akan dapat menjawab pertanyaan – pertanyaan yang muncul tentang suatu objek penelitian. Penelitian merupakan sarana pokok dalam mengembangkan ilmu pengetahuan karena dilakukan secara sistematis, metodologi, dan analisis untuk mendapatkan sebuah kesimpulan.

Dalam penulisan tesis ini, penulis menggunakan metode penelitian sebagai berikut:

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Provinsi Sumatera Barat dengan berfokus pada Kota Padang, Kota Bukittinggi, Kota Solok dan Kota Payakumbuh, dengan pertimbangan bahwa lokasi tersebut memiliki Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Klinik Pratama, Dokter Praktek Perorangan dan Puskesmas) terbanyak yaitu 160 Faskes (30%) dan dengan tagihan klaim Non Kapitasi yang banyak (45%).

2. Metode Pendekatan

Berdasarkan perumusan masalah dan tujuan penelitian, maka metode yang digunakan adalah pendekatan yuridis sosiologis (*social legal approach*). Yaitu pendekatan yang dilakukan melalui perundang-undangan terkait kecurangan (*Fraud*) yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 36 Tahun 2015 dan dihubungkan dengan fakta – fakta di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) atau dengan fakta terhadap permasalahan di Fasilitas Kesehatan Tingkat

Pertama (FKTP) berdasarkan laporan Kecurangan (*Fraud*) dari BPJS Kesehatan Kantor Cabang se Sumatera Barat.

3. Jenis Data

a. Data Primer

Data primer pada penelitian ini yaitu kata-kata dan tindakan. Kata-kata dan tindakan merupakan sumber data tahun 2018 yang diperoleh dari lapangan dengan wawancara kepada empat orang pegawai verifikator klaim non kapitasi yang berasal dari BPJS Kesehatan Cabang Padang, Bukittinggi, Solok dan Payakumbuh. Tiga orang tenaga kesehatan di FKTP (Puskesmas, Klinik Pratama dan Dokter Praktek Perorangan) yang bertanggung jawab penuh dalam penagihan klaim.

b. Data Sekunder

Data sekunder pada penelitian ini berasal dari laporan tahun 2018 yang di rekap oleh tenaga verifikator klaim BPJS Kesehatan, SK tim kecurangan BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, rekapan kasus dari tim anti kecurangan (*Fraud*) dan notulen pertemuan oleh tim anti kecurangan (*Fraud*) dari BPJS Kesehatan dan Kabupaten/Kota pada Tahun 2018.

4. Metode Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang dipakai dalam penelitian ini adalah

a. Wawancara

Wawancara (*interview*) adalah situasi peran antara pribadi bertatap muka, ketika seseorang yakni pewawancara mengajukan pertanyaan -

pertanyaanyang dirancang dengan memperoleh jawaban – jawaban yang relevan dengan masalah penelitian kepada seorang responden.²⁰ Peneliti mewawancarai subyek penelitian dengan menggunakan teknik wawancara berfokus (*focused interview*),²¹ terdiri dari pertanyaan yang tidak punya struktur tertentu, tetapi selalu terpusat pada satu pokok permasalahan tertentu.

b. Studi Dokumen

Studi Dokumen ini sebagai membantu dalam penelitian kualitatif, yaitu dengan mempergunakan data yang bersumber dari buku-buku dengan mempelajari data, hasil penelitian, hasil pertemuan maupun peraturan – peraturan yang berkaitan dengan materi penelitian.

5. Pengolahan Data dan Analisis Data

Data yang diperoleh baik dari studi lapangan maupun dari studi dokumen analisis secara kualitatif, yaitu setelah data terkumpul kemudian dituangkan dalam bentuk uraian logis dan sistematis, selanjutnya dianalisis untuk memperoleh kejelasan dalam menyelesaikan masalah, kemudian ditarik simpulan secara deduktif yaitu dari hal bersifat umum ke hal bersifat khusus. Dalam penarikan kesimpulan peneliti juga menggunakan metode deduktif yaitu suatu metode yang berhubungan dengan permasalahan yang diteliti dari peraturan-peraturan atau prinsip-prinsip umum menuju penulisan yang bersifat khusus.

²⁰ Kartini Kartono, 1996, *Pengantar Metodologi Riset Sosial*, Bandung : Mandar Maju, halaman 73.

²¹ *Ibid.*, hlm 85