

**PERANAN DINAS KESEHATAN DALAM PENCEGAHAN DAN  
PENANGANAN KECURANGAN (*FRAUD*) DALAM PELAKSANAAN  
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN BERDASARKAN PERATURAN  
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR  
16 TAHUN 2019 DI KABUPATEN BULELENG**

Oleh:

Gede Indrawan<sup>1</sup>, I Nyoman Lemes<sup>2</sup>, I Nyoman Surata<sup>3</sup>.  
(*gede.indrawan@gmail.com*) (*nyoman.lemes@unipas.ac.id*)  
(*nyoman.surata@unipas.ac.id*)

**ABSTRAK**

Kecurangan merupakan hal yang dapat menghambat pelaksanaan program jaminan kesehatan pada sistem jaminan sosial nasional. Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng memiliki peran dalam pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan. Penelitian ini meneliti: peranan Dinas Kesehatan dalam pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di Kabupaten Buleleng, kendala-kendala yang dihadapi dan upaya penyelesaian dalam dalam pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di Kabupaten Buleleng. Penelitian ini merupakan penelitian hukum empiris yang bersifat deskriptif, yang dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah studi dokumen dan wawancara. Data yang terkumpul dianalisis secara kualitatif. Peranan Dinas Kesehatan dalam pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di Kabupaten Buleleng adalah: pelaksana sosialisasi program termasuk peraturan pelaksanaannya, pencipta kenyamanan bekerja, pelaku evaluasi program secara berkelanjutan, pelaksana peningkatan kemampuan manajemen pegawai, khususnya dalam perencanaan keuangan. Kendala-kendala yang dihadapi: masih ada regulasi yang menyulitkan peserta, misalnya regulasi mengenai rujukan, masih perlu ditingkatkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat mengenai program JKN. Masih banyak masyarakat yang diduga belum mengetahui tata cara pendaftaran, masih belum menyadari pentingnya ikut dalam program JKN. Upaya-upaya yang dilakukan: membangun sistem pengendalian internal, melengkapi regulasi yang ada dengan standar prosedur pelaksanaan, meningkatkan kerja sama dengan pemangku kepentingan yang lain.

**Kata Kunci: Pencegahan dan Penanganan, Kecurangan, Program Jaminan Kesehatan.**

---

<sup>1</sup> Alumni Fakultas Hukum Universitas Panji Sakti.

<sup>2</sup> Dosen Fakultas Hukum Universitas Panji Sakti.

<sup>3</sup> Dosen Fakultas Hukum Universitas Panji Sakti.

## PENDAHULUAN

Tujuan Negara Republik Indonesia secara konstitusional dinyatakan dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945. Alinea keempat menyatakan:

Kemudian daripada itu untuk membentuk suatu Pemerintah Negara Indonesia yang melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial, maka disusunlah Kemerdekaan Kebangsaan Indonesia itu dalam suatu Undang-Undang Dasar Negara Indonesia, yang terbentuk dalam suatu susunan Negara Republik Indonesia yang berkedaulatan rakyat dengan berdasar kepada Ketuhanan Yang Maha Esa, Kemanusiaan yang adil dan beradab, Persatuan Indonesia dan Kerakyatan yang dipimpin oleh hikmat kebijaksanaan dalam Permusyawaratan/Perwakilan, serta dengan mewujudkan suatu Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Dilihat dari kedudukan negara dalam usaha memajukan perekonomian masyarakat, dibedakan antara negara jaga malam, di mana negara hanya bertindak sebagai pengawas, dengan negara kesejahteraan, di mana negara ikut menjadi pelaku. Sejalan dengan tujuan untuk memajukan kesejahteraan umum sistem negara yang dianut Indonesia adalah negara kesejahteraan.

Sistem negara kesejahteraan mengharuskan negara bertanggungjawab terhadap kesejahteraan warga masyarakat dengan campur tangan penyelenggara negara yang intensif dan bertanggungjawab di bidang ekonomi dan segala pembangunan yang mengarah kepada pencapaian kesejahteraan masyarakat yang maksimal, dengan memberi kewenangan kepada negara untuk ikut campur dalam segala urusan dan kegiatan masyarakat dengan mengingat asas legalitasnya (*freies ermess sebuahen*) (V. Hadiyono, 2020: 24). Konsep negara kesejahteraan dianut oleh sebagian besar negara-negara di dunia. Pemikiran negara kesejahteraan dapat disarikan menjadi tiga hal esensial (Mukmin Muhammad, 2017: 31):

1. Negara harus menjamin tiap individu dan keluarga untuk memperoleh pendapatan minimum agar mampu memenuhi kebutuhan hidup paling pokok.
2. Negara harus memberi perlindungan sosial jika individu dan keluarga ada dalam situasi rawan/rentang sehingga dapat menghadapi *social contingencies*, seperti sakit, usia lanjut, menganggur, dan miskin.
3. Semua warga negara, tanpa membedakan status dan kelas sosial, harus dijamin untuk bisa memperoleh akses pelayanan sosial dasar, seperti

pendidikan, kesehatan, pemenuhan gizi (bagi anak balita), sanitasi dan air bersih.

Untuk mewujudkan masyarakat yang sejahtera dilaksanakan pembangunan secara terencana dan sistematis di berbagai bidang. Kesejahteraan masyarakat dapat diukur dari pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat secara layak. Pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat diupayakan melalui pembangunan sistem jaminan sosial nasional. Konsideran Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456) (selanjutnya ditulis UU No. 40 Tahun 2004) menyatakan: “bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil, dan makmur”.

Pembangunan sistem jaminan nasional dilaksanakan dengan mengacu pada kerangka dasar untuk memantapkan perekonomian nasional bagi peningkatan kesejahteraan rakyat yang berkeadilan. Kerangka tersebut pada dasarnya terdiri dari tiga komponen, yaitu (V. Hadiyono, 2020: 32):

1. Pemantapan perekonomian nasional, yang dititikberatkan pada aspek pendorong pertumbuhan ekonomi (*growth*).
2. Peningkatan stabilitas (*stability*), yang terdiri dari aspek stabilitas ekonomi, sosial dan politik.
3. Pemerataan yang berkeadilan (*equity*), yang memberikan kesempatan yang sama kepada seluruh masyarakat untuk berperan serta dalam pembangunan dan menikmati hasil pembangunan (*inclusiveness*).

Di dunia ini, ada beberapa model *welfare state* sesuai dengan ideologi di setiap negara itu, yaitu (V. Hadiyono, 2020: 26):

1. Model institusional (universal).

Model institusional ini juga disebut dengan model universal maupun *The Scandinavia Welfare State* (dipengaruhi oleh paham liberal). Model ini memandang bahwa kesejahteraan adalah merupakan hak seluruh warga negara, sehingga pelayanan dilakukan secara tetap serta tidak memandang

kedudukan sosial dan ekonomi masyarakat. Model ini kemudian diterapkan di negara-negara seperti Swedia, Finlandia, Norwegia dan Denmark.

2. Model korporasi (*bismarck*).

Model ini seperti model *institution/universal*, dan sistem jaminan sosialnya juga dilakukan secara melembaga dan luas, tetapi yang cukup memberi perbedaan adalah kontribusi terhadap berbagai jaminan sosial berasal dari tiga pihak, yaitu pemerintah, dunia usaha, dan buruh (pekerja). Pelayanan jaminan sosial diselenggarakan oleh negara dan diberikan kepada yang bekerja atau yang mampu memberikan kontribusi melalui skema asuransi. Konsep ini dianut oleh negara-negara Jerman dan Austria.

3. Model residual.

Model seperti ini, menerapkan pelayanan yang selektif dan dipengaruhi paham konservatif dan didorong oleh ideologi neo-liberal dan pasar bebas. Negara memberi pelayanan sosial, khususnya kebutuhan dasar, dan ini diberikan terutama kepada kelompok-kelompok yang kurang beruntung (*disadvantaged groups*), yaitu kelompok orang miskin, penganggur, penyandang cacat, dan orang lanjut usia yang tidak kaya. Model *institutional/universal* yang memberikan pelayanan sosial berdasar hak warga negara dan memiliki cakupan yang luas. Tetapi seperti di jalankan di Inggris, jumlah tanggungan dan pelayanan relatif kecil dan berjangka pendek dari pada model *institution/universal*. Perlindungan sosial dan pelayanan secara temporer dan diberikan secara ketat dan efisien, serta dalam waktu singkat. Jika sudah dirasa cukup akan segera diberhentikan. Model ini dianut oleh negara-negara Anglo-Saxson meliputi Inggris, Amerika Serikat, Australia dan New Seland.

4. Model minimal.

Model minimal ini ditandai dengan pengeluaran pemerintah untuk pembangunan sosial yang sangat kecil. Program jaminan sosial dan kesejahteraan diberikan secara sporadis, parsial dan minimal dan umumnya diberikan kepada pegawai negeri, anggota ABRI dan pegawai swasta yang mampu membayar premi. Model ini pada umumnya memberikan anggaran

sangat kecil dalam belanja sosial, karena negara tersebut masih tergolong negara miskin atau bahkan tidak memiliki *political will* terhadap pembangunan di bidang sosial, sehingga pelayanan sosial diberikan secara sporadis, temporal dan minimal. Model ini dianut oleh negara-negara latin seperti Brazil, Italia, Spanyol, Chile, sedangkan di kawasan Asia seperti negara Srilanka, Filipina, Korea Selatan. Indonesia masuk kategori model minimal tersebut.

Dihubungkan dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, sistem yang dikembangkan di Indonesia mengarah kepada model institusional (universal), di mana kesejahteraan, termasuk jaminan kesehatan, menjadi hak seluruh warga negara, sehingga pelayanan dilakukan secara tetap serta tidak memandang kedudukan sosial dan ekonomi masyarakat.

Konsideran Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (selanjutnya ditulis UU No. 24 Tahun 2011) menyatakan bahwa untuk mewujudkan tujuan sistem jaminan sosial nasional perlu dibentuk badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta. Badan penyelenggara inilah yang dikenal dengan sebutan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Pasal 1 angka 1 UU No. 24 Tahun 2011 menyatakan: “Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial”.

Pasal 5 UU No. 24 Tahun 2011 menyatakan:

- (1) Berdasarkan Undang-Undang ini dibentuk BPJS.
- (2) BPJS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
  - a. BPJS Kesehatan; dan
  - b. BPJS Ketenagakerjaan.

Pasal 6 UU No. 24 Tahun 2011 menyatakan:

- (1) BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf a menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
- (2) BPJS Ketenagakerjaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf b menyelenggarakan program:
  - a. jaminan kecelakaan kerja;
  - b. jaminan hari tua;
  - c. jaminan pensiun; dan
  - d. jaminan kematian.

Pasal 6 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 menyatakan bahwa kepesertaan jaminan kesehatan bersifat wajib dan mencakup seluruh penduduk Indonesia. Hal ini ditegaskan lebih lanjut oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam Buku Panduan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Bagi Populasi Kunci, sebagai berikut:

UU No. 24 Tahun 2011 mengamanatkan seluruh penduduk wajib menjadi peserta jaminan kesehatan termasuk warga negara asing (WNA) yang tinggal di Indonesia lebih dari enam bulan. Untuk menjadi peserta harus membayar iuran jaminan kesehatan. Bagi yang mempunyai upah/gaji, besaran iuran berdasarkan persentase upah/gaji yang dibayar oleh pekerja dan pemberi kerja. Bagi yang tidak mempunyai gaji/upah besaran iurannya ditentukan dengan nilai nominal tertentu, sedangkan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu membayar iuran, iurannya ditanggung oleh pemerintah (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016: 15).

Kecurangan merupakan hal yang dapat menghambat pelaksanaan program jaminan kesehatan pada sistem jaminan sosial nasional. Hal ini telah lama disadari oleh Pemerintah. Konsideran Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan (selanjutnya ditulis Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019) menyatakan bahwa agar pelaksanaan program jaminan kesehatan dapat berjalan dengan efektif dan efisien perlu dilakukan upaya untuk mencegah kerugian dana jaminan sosial nasional akibat Kecurangan (*Fraud*). Pasal 1 angka 1 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 menyatakan: “Kecurangan (*fraud*) 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 peraturan perundang-undangan”.

Institusi yang memiliki peran penting dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan di tingkat kabupaten adalah dinas yang memiliki tugas dan fungsi di bidang kesehatan. Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng memiliki tugas untuk merumuskan kebijakan bidang kesehatan, melaksanakan kebijakan bidang kesehatan, melaksanakan evaluasi dan pelaporan bidang kesehatan, melaksanakan administrasi Dinas Kesehatan, dan melaksanakan fungsi lain yang terkait dengan urusan kesehatan. Dapat dipahami jika Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng juga memiliki peran dalam pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan.

Dari latar belakang masalah yang diuraikan dapat dirumuskan masalah sebagai berikut:

1. Apa peranan Dinas Kesehatan dalam pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di Kabupaten Buleleng?
2. Apa kendala-kendala yang dihadapi dalam pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di Kabupaten Buleleng?
3. Apa upaya-upaya yang dilakukan untuk mengatasi kendala-kendala yang dihadapi dalam pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Kabupaten Buleleng?

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Penelitian Hukum Empiris. Penelitian hukum empiris adalah penelitian yang ditujukan untuk mengkaji hukum sebagai gejala sosial. Jadi, dalam konteks norma, penelitian hukum empiris adalah penelitian tentang pelaksanaan norma. Norma yang dimaksud dalam penelitian ini adalah norma hukum berkaitan dengan pencegahan

dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.

Penelitian ini merupakan penelitian hukum empiris, karena meneliti tentang pelaksanaan norma hukum, dalam hal ini norma hukum pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan, khususnya di Kabupaten Buleleng.

Penelitian ini merupakan penelitian yang bersifat deskriptif (menggambarkan) yang bertujuan untuk menggambarkan/ melukiskan secara tepat sifat-sifat suatu individu, keadaan, gejala atau kelompok tertentu, atau untuk menentukan penyebaran suatu gejala, atau untuk menentukan ada tidaknya hubungan antara suatu gejala dengan gejala lainnya dalam masyarakat. Penemuan gejala-gejala itu berarti juga tidak sekedar menunjukkan distribusinya, akan tetapi termasuk usaha mengemukakan hubungan satu dengan yang lain di dalam aspek-aspek yang diselidiki. Penelitian ini diharapkan menghasilkan deskripsi yang sistematis mengenai pelaksanaan norma hukum berkaitan dengan pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.

Penelitian ini dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng. Pemilihan lokasi penelitian dilakukan berdasarkan tujuan-tujuan tertentu, yang paling penting adalah relevansinya dengan permasalahan yang diteliti. Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng merupakan perangkat daerah yang memiliki peran penting dalam pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.

Pertimbangan lain didasarkan pada kemudahan untuk mengakses data. Pada saat penelitian dilakukan, peneliti berdomisili di Kabupaten Buleleng, sehingga lokasi penelitian mudah dicapai. Hal ini sangat memudahkan dalam melakukan konfirmasi terhadap data yang diperoleh, jika diperlukan.

Data yang digunakan dalam penelitian ini bersumber dari sumber data kepustakaan dan sumber data lapangan. Dari sumber data kepustakaan dikumpulkan data sekunder berupa bahan-bahan hukum, dari sumber data lapangan dikumpulkan data primer.

Bahan-bahan hukum yang digunakan dalam penelitian ini berupa:

1. Bahan hukum primer, yaitu bahan-bahan hukum yang sifatnya mengikat (hukum positif) terutama berupa peraturan perundang-undangan. Bahan hukum primer yang terutama menjadi acuan adalah: Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945; UU No. 40 Tahun 2004; UU No. 24 Tahun 2011; Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.
2. Bahan hukum sekunder, yaitu bahan-bahan yang memberikan penjelasan tentang bahan hukum primer. Dalam hal ini yang digunakan adalah pendapat ahli hukum yang tertuang dalam karangan ilmiah terutama dalam bentuk buku.
3. Bahan hukum tersier berupa kamus hukum.

Penelitian ini akan menggunakan beberapa teknik pengumpulan data seperti:

- a. Teknik studi dokumentasi/kepustakaan.
- b. Teknik wawancara. Teknik wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara bebas terpimpin. Wawancara direncanakan dilakukan dengan informan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng.

Model-model analisis data dikenal dalam penelitian hukum empiris, yaitu:

1. Analisis Data Kualitatif diterapkan dalam suatu penelitian yang sifatnya eksploratif dan deskriptif. Data yang dikumpulkan adalah data naturalistik yang terdiri atas kata-kata yang tidak diolah menjadi angka- angka.
2. Analisis Data Kuantitatif diterapkan dalam penelitian yang sifatnya eksplanatoris. Pengolahan Data adalah bentuk pengolahan terhadap data untuk membuat data itu berguna sesuai dengan hasil yang diinginkan agar dapat digunakan. Sistematisa pengolahan data bermula dari pengumpulan data yang disusun secara sistematis, kemudian direduksi (diringkas),

dipaparkan secara sistematis, dan ditarik kesimpulan sebagai jawaban atas permasalahan.

Penelitian ini menggunakan metode analisis data kualitatif yaitu untuk mengetahui atau menggambarkan kenyataan dari kejadian yang diteliti. Metode analisis data yang dipakai dalam penelitian ini adalah pendekatan yuridis sosiologis dimana pendekatan yuridis sosiologis adalah mengidentifikasi dan mengkonsepsi hukum sebagai institusi sosial yang riil dan fungsional dalam sistem kehidupan nyata.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **1. Peranan Dinas Kesehatan dalam Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di Kabupaten Buleleng**

Kecurangan (*fraud*) sehubungan dengan pelaksanaan jaminan kesehatan merupakan 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 peraturan perundang-undangan. Menurutnya, ada dugaan masih terjadi di Kabupaten Buleleng, yang disebabkan oleh dua hal, yaitu adanya tekanan ekonomi yang harus dihadapi dalam kehidupan sehari-hari oleh masyarakat, serta adanya kesempatan dan faktor individu. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dapat dilakukan oleh:

#### 1. Peserta.

Jenis kecurangan oleh Peserta, yaitu:

- a. Memalsukan data dan/atau identitas peserta untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
- b. Meminjamkan/menyewakan/memperjualbelikan identitas peserta milik peserta lain atau dirinya sendiri.
- c. Memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu antara lain:

- 1) Meminta rujukan ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) bukan karena alasan medis.
  - 2) Bekerja sama dengan Fasilitas Kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis.
  - 3) Memaksa meminta tambahan pemeriksaan diagnostik, obat-obatan di luar indikasi medis.
  - 4) Memberikan informasi yang tidak benar dalam penegakan diagnosis.
- d. Memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan dalam rangka memperoleh pelayanan kesehatan, antara lain:
- 1) Memberikan suap dan/atau imbalan kepada pemberi pelayanan kesehatan dan Fasilitas Kesehatan.
  - 2) Memberikan suap dan/atau imbalan kepada pegawai BPJS Kesehatan.
  - 3) Memberikan suap dan/atau imbalan kepada pihak lain yang berwenang dalam penetapan Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI).
  - 4) memperoleh obat dan/atau alat kesehatan dengan cara yang tidak sesuai ketentuan untuk dijual kembali dengan maksud mendapatkan keuntungan.
2. BPJS Kesehatan.
- Kecurangan yang dapat dilakukan oleh BPJS kesehatan adalah:
- a. Melakukan kerjasama dengan peserta untuk menerbitkan identitas peserta yang tidak sesuai dengan ketentuan.
  - b. Melakukan kerjasama dengan peserta dan/atau fasilitas kesehatan untuk mengajukan klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan.
  - c. Menyetujui/membiarkan/memanipulasi manfaat yang tidak dijamin dalam jaminan kesehatan dengan maksud untuk mendapatkan keuntungan baik finansial maupun non finansial dari peserta atau fasilitas kesehatan.
  - d. Memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan, dan/atau memiliki benturan kepentingan yang mempengaruhi pengambilan keputusan sesuai dengan kewenangannya, antara lain:

- 1) Menolak dan/atau memperlambat penerimaan pengajuan klaim yang telah memenuhi syarat.
- 2) Memperlambat atau mempercepat proses verifikasi klaim dan/atau pembayaran klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 3) Menahan pembayaran tagihan ke Fasilitas Kesehatan yang telah diverifikasi dan telah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 4) Menghilangkan data klaim dan/atau dokumen pendukung klaim baik *softcopy* maupun *hardcopy* dari Fasilitas Kesehatan.
- 5) Bekerjasama dan/atau meminta Fasilitas Kesehatan untuk mengubah kode diagnosis atau dokumen pendukung lainnya yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.
- 6) Menerima atau menarik imbalan dari Peserta/calon Peserta.
- 7) Menunda proses pendaftaran kepesertaan yang telah memenuhi persyaratan.
- 8) Membiarkan dan/atau tidak melaporkan adanya indikasi kecurangan yang diketahuinya kepada atasannya.
- 9) Mengurangi manfaat yang seharusnya menjadi hak Peserta.
- 10) Mengarahkan dan/atau bekerjasama dengan koder rumah sakit untuk merubah kodifikasi yang tidak sesuai dengan diagnosa yang ditulis oleh dokter.
- 11) Melaksanakan *credentialing/recredentialing* (proses penentuan dan memelihara kompetensi dalam praktek keperawatan) Fasilitas Kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.
- 12) Memanipulasi hasil *credentialing/recredentialing* Fasilitas Kesehatan;
- 13) Memindahkan atau menentukan Peserta untuk didaftarkan pada FKTP tertentu di luar ketentuan yang berlaku.

- 14) Membayarkan kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - e. Menggunakan dana Jaminan Kesehatan untuk kepentingan pribadi;
  - f. Menarik besaran iuran tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - g. Menerima titipan pembayaran iuran dari Peserta dan tidak disetorkan ke rekening BPJS Kesehatan.
3. Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan.
- Kecurangan (*fraud*) oleh Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan dapat dilakukan oleh dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, tenaga kesehatan lain, dan tenaga administrasi.
- a. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKTP yaitu:
    - 1) Penyalahgunaan dana kapitasi (besaran pembayaran perbulan yang dibayar di muka kepada Puskesmas berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan) dan/atau nonkapitasi FKTP milik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.
    - 2) Menarik biaya dari Peserta yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
    - 3) Memanipulasi klaim nonkapitasi, seperti:
      - a) Klaim palsu (*phantom billing*) atau klaim fiktif, merupakan klaim atas layanan yang tidak pernah diberika.
      - b) Memperpanjang lama perawatan (*prolonged length of stay*).
      - c) Penjiplakan klaim dari pasien lain (*cloning*);.
      - d) Tagihan atau klaim berulang (*repeat billing*) pada kasus yang sudah ditagihkan sebelumnya.
    - 4) Melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

- 5) Memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.
  - 6) Memalsukan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan dan Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan.
- b. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKRTL yaitu:
- 1) Memanipulasi diagnosis dan/atau tindakan. Memanipulasi diagnosis dan/atau tindakan merupakan tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan besaran klaim dengan cara memalsukan diagnosa dan/atau tindakan medis, seperti:
    - a) pasien seharusnya didiagnosis *apendicitis* akut, setelah operasi tanpa penyulit tetapi di resume/rekam medis ditulis *apendicitis* akut dengan perforasi.
    - b) Pasien dengan *pterygium grade I* tetapi dalam resume/rekam medis ditulis *squamous cell ca conjunctiva* dan dilakukan tindakan biopsi eksisi tanpa bukti dilakukan pemeriksaan patologi anatomi.
    - c) Penjiplakan klaim dari pasien lain (*cloning*). Penjiplakan klaim dari pasien lain (*cloning*) merupakan klaim yang dibuat dengan cara menyalin dari klaim pasien lain yang sudah ada, seperti: menyalin (*copy paste*) seluruh atau sebagian rekam medis dan/atau data pasien lain.
  - 2) Klaim palsu (*Phantom billing*). Klaim palsu (*Phantom billing*) merupakan klaim atas layanan yang tidak pernah dilakukan/diberikan kepada pasien, seperti:
    - a) Penagihan tindakan medik operatif yang tidak pernah dilakukan.
    - b) Penagihan obat/alat kesehatan di luar paket INA-CBG yang tidak diberikan kepada pasien.
  - 3) penggelembungan tagihan obat dan/atau alat kesehatan (*Inflated bills*). Penggelembungan tagihan obat dan/atau alat kesehatan

*(Inflated bills)* merupakan klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya, seperti:

- a) Pasien patah tulang dilakukan operasi ortopedi dengan menggunakan *plate and screw* 4 (empat) buah, namun ditagihkan lebih dari 4 (empat) buah.
- b) Obat pasien penyakit kronis pada rawat jalan yang seharusnya mendapat obat 1 (satu) bulan, tetapi obat yang diberikan untuk 2 minggu, namun ditagihkan biayanya selama 1 (satu) bulan.
- c) Pasien kemoterapi yang membutuhkan obat kemo sebanyak 2 (dua) vial diklaimkan menjadi 4 (empat) vial.
- d) Pemecahan episode pelayanan sesuai dengan indikasi medis tetapi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- e) Pemecahan episode pelayanan yang tidak sesuai dengan indikasi medis (*services unbundling or fragmentation*).
- f) Pemecahan episode pelayanan yang tidak sesuai dengan indikasi medis (*services unbundling or fragmentation*) merupakan klaim atas dua atau lebih diagnosis dan/atau prosedur yang seharusnya menjadi satu paket pelayanan dalam episode yang sama, seperti:
  - 1)) Pemberi pelayanan kesehatan mengirimkan tagihan terpisah dari diagnosis yang sama tetapi hasil pemeriksaan penunjang atau laboratorium yang sebenarnya dapat digabungkan menjadi terpisah menjadi 3 atau 4 pengajuan padahal dapat digabungkan menjadi satu grup dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan lebih.
  - 2)) Menagihkan beberapa prosedur secara terpisah yang seharusnya dapat ditagihkan bersama dalam bentuk paket pelayanan, untuk mendapatkan nilai klaim lebih besar pada satu episode perawatan pasien.
  - 3)) Tindakan operasi lebih dari satu diagnosa penyakit yang dapat dilaksanakan dalam satu tindakan namun dilakukan tindakan

lebih dari satu dan diklaim terpisah dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan.

- g) Rujukan semu (*self-referrals*). Rujukan semu (*self-referrals*) merupakan klaim atas biaya pelayanan akibat rujukan ke rumah sakit tertentu atau ke dokter yang sama di Fasilitas Kesehatan lain kecuali dengan alasan keterbatasan fasilitas, seperti:
  - 1)) Pasien masuk dengan kasus rencana akan di operasi tetapi dokter tidak mau mengoperasi di rumah sakit tersebut karena jasa operasi yang didapatkan sedikit sehingga pasien dirujuk ke rumah sakit tertentu dimana dokter juga bekerja di rumah sakit tersebut.
  - 2)) Melakukan rujukan tanpa persetujuan pasien atau keluarga pasien ke rumah sakit dimana dokter itu berdinan.
- h) tagihan atau klaim berulang (*repeat billing*). Tagihan atau klaim berulang (*repeat billing*) merupakan klaim yang diulang pada kasus yang sama, seperti tagihan yang sudah pernah ditagihkan dan dibayarkan tetapi ditagihkan ulang.
- i) Memperpanjang lama perawatan (*prolonged length of stay*). Memperpanjang lama perawatan (*prolonged length of stay*) merupakan klaim atas biaya pelayanan kesehatan yang lebih besar akibat perubahan lama hari perawatan inap bukan karena indikasi medis, seperti: penggunaan ventilator yang diperpanjang waktunya tanpa indikasi medis; dan *Case Main Group* (CMG) khusus untuk penyakit jiwa dan penyakit kusta.
- j) Manipulasi kelas perawatan (*manipulation of room charge*). Manipulasi kelas perawatan (*manipulation of room charge*) merupakan tindakan manipulasi kelas perawatan yang menyebabkan klaim yang tidak sesuai.
- k) Menagihkan tindakan yang tidak dilakukan. Menagihkan tindakan yang tidak dilakukan merupakan klaim atas diagnosis dan/atau

tindakan yang tidak jadi dilaksanakan, seperti: pada pasien Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) dengan rencana tindakan biopsi, tidak jadi dilakukan tindakan karena alasan tertentu namun tindakan biopsi tetap ditagihkan ke BPJS Kesehatan, dan pasien dengan indikasi rawat inap, tetapi pasien menolak dan pulang, sehingga pasien hanya ingin rawat jalan, namun di klaimkan sebagai rawat inap.

- l) Melakukan tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis. Melakukan tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis merupakan klaim atas tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis.
  - m) Admisi yang berulang (*readmisi*). Admisi yang berulang (*readmisi*) merupakan klaim atas diagnosis dan/atau tindakan dari satu episode yang dirawat atau diklaim lebih dari satu kali seolah-olah lebih dari satu episode, seperti pasien rawat inap dipulangkan kemudian diminta masuk kembali dengan berbagai alasan.
  - n) Menarik biaya dari Peserta tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - o) Memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan Jaminan Kesehatan.
  - p) Memalsukan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan dan Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan.
- c. Jenis tindakan kecurangan oleh Fasilitas Kesehatan lainnya (apotek, optik, laboratorium, dan jejaring lainnya), yaitu:
- 1) Klaim fiktif atau klaim obat, alat kesehatan dan/atau tindakan yang ditagihkan kepada BPJS Kesehatan namun tidak diberikan kepada pasien.
  - 2) Mengurangi jumlah obat yang diserahkan kepada pasien namun yang ditagihkan adalah yang tertulis dalam resep.

- 3) Klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya (*Inflated bills*).
  - 4) Memanipulasi hasil pemeriksaan untuk memenuhi persyaratan penagihan, seperti mengubah hasil pemeriksaan refraksi mata.
  - 5) Memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.
4. Penyedia obat dan alat kesehatan.
- a. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Penyedia Obat, yaitu:
    - 1) Penyedia obat yang terdaftar pada katalog elektronik menolak pesanan obat tanpa alasan yang jelas.
    - 2) Penyedia obat memperlambat waktu pengiriman obat tanpa alasan yang jelas.
    - 3) Memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.
  - b. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Penyedia Alat Kesehatan, yaitu:
    - 1) Penyedia alat kesehatan yang terdaftar pada katalog elektronik menolak pesanan alat kesehatan tanpa alasan yang jelas.
    - 2) Penyedia alat kesehatan memperlambat waktu pengiriman alat kesehatan tanpa alasan yang jelas.
    - 3) Penyedia menganjurkan kepada Fasilitas Kesehatan untuk membeli alat kesehatan yang tidak sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan atau tingkat keterampilan/keahlian tenaga kesehatan atau tenaga medis profesional yang akan menggunakan alat kesehatan tersebut dengan maksud untuk mendapatkan keuntungan finansial.
    - 4) Memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.
5. Pemangku kepentingan lainnya, merupakan semua pihak yang melakukan dan/atau berkontribusi terjadinya kecurangan (*fraud*).

Kecurangan (*fraud*) oleh pemangku kepentingan lainnya yaitu oleh Pemberi Kerja yang bukan termasuk penyelenggara negara. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Pemberi Kerja yang bukan termasuk penyelenggara negara, yaitu:

- a. perbuatan memanipulasi data kepegawaian, seperti:
  - 1) pemberi kerja memanipulasi data penghasilan yang diberikan kepada BPJS Kesehatan sehingga jumlah iuran yang dibayarkan tidak terlalu besar;
  - 2) tidak mendaftarkan pegawainya menjadi Peserta BPJS Kesehatan; dan
  - 3) memanipulasi data pegawai yang tidak termasuk ke dalam data kepegawaian Pemberi Kerja.
- b. Jumlah dan upah pegawai tidak disampaikan secara riil; dan
- c. Perbuatan memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan yang terkait dengan program Jaminan Kesehatan.

Kecurangan yang diduga terjadi di Kabupaten Buleleng berupa:

1. Penarikan biaya administrasi kepada pasien BPJS. Hal ini karena pengendalian internal belum berjalan baik, dan belum dibentuk tim pencegah kecurangan termasuk pada masa pandemi.
2. Penggunaan kartu BPJS oleh yang tidak berhak, misalnya pemegang kartu A, tetapi digunakan oleh B.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 mengamanatkan pembangunan sistem pencegahan kecurangan di tingkat kabupaten. Pasal 3 menyatakan:

- (1) BPJS Kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus membangun sistem pencegahan Kecurangan (*fraud*) melalui:
  - a. penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan (*fraud*);
  - b. pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*);
  - c. pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya; dan
  - d. pembentukan tim pencegahan Kecurangan (*fraud*).
- (2) Tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d pada dinas kesehatan kabupaten/kota terdiri atas unsur:
  - a. dinas kesehatan kabupaten/kota;

- b. BPJS Kesehatan;
  - c. asosiasi fasilitas kesehatan;
  - d. organisasi profesi; dan
  - e. unsur lain yang terkait.
- (3) Tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d bertugas:
- a. menyosialisasikan regulasi dan budaya yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya;
  - b. meningkatkan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*);
  - c. mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan/atau tata kelola klinis yang baik;
  - d. melakukan upaya deteksi dan penyelesaian Kecurangan (*fraud*);
  - e. monitoring dan evaluasi; dan
  - f. pelaporan.

Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan yang bertugas:

1. Melakukan deteksi dini Kecurangan (*fraud*) berdasarkan data Klaim pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh FKRTL dan meneruskan dugaan Kecurangan (*fraud*) kepada pengawas internal;
2. Melaksanakan sosialisasi kebijakan, regulasi, dan budaya baru yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya;
3. Mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik;
4. Meningkatkan kemampuan koder, serta dokter dan petugas lain yang berkaitan dengan klaim;
5. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pencegahan Kecurangan (*fraud*); dan
6. Pelaporan pelaksanaan pencegahan Kecurangan (*fraud*).

Implementasi pencegahan kecurangan (*fraud*) dilakukan oleh seluruh pihak yang berkaitan dengan program jaminan kesehatan mulai dari peserta, BPJS Kesehatan, FKTP, FKRTL, pemberi kerja, penyedia obat dan alat kesehatan serta pemangku kepentingan lainnya. Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh aparatur pemerintah/pemerintah daerah, sebagaimana diamanatkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019, antara lain:

1. Penerapan kebijakan pencegahan Kecurangan (*fraud*) dan pedoman pencegahan, meliputi:
  - a. Pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance*.
  - b. Pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap Kecurangan (*fraud*), antara lain:
    - 1) Penguatan peran Pengawasan Internal dan Sistem Pengendalian Internal (*internal control system*) dalam pencegahan Kecurangan (*fraud*).
    - 2) Mekanisme pengaduan masyarakat (*whistleblowing system*) dan tindak lanjutnya.
    - 3) Sistem IT sebagai pendukung (otomasi *on-line*/terintegrasi).
    - 4) Membangun mekanisme *data sharing* terkait dengan data kepesertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI) antar pemangku kepentingan.
    - 5) Melaksanakan seluruh ketentuan dan peraturan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.
    - 6) Melaksanakan verifikasi dan validasi Penerima Bantuan Iuran (PBI) baik yang dibiayai oleh APBN/APBD secara periodik sebelum ditetapkan sebagai penerima bantuan iuran (PBI) untuk menghindari salah sasaran.
    - 7) Memastikan kecukupan anggaran untuk penerima bantuan iuran (PBI) APBN sesuai jumlah sasaran yang ditetapkan.
    - 8) Membuat mekanisme pelaporan antar pemangku kepentingan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dari tingkat pusat sampai ke tingkat daerah.
    - 9) Melakukan monitoring dan evaluasi dalam rangka penyempurnaan regulasi serta melakukan pengawasan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan.
    - 10) Mengintegrasikan pencegahan Kecurangan (*fraud*) program Jaminan Kesehatan ke dalam program kesehatan mulai dari tingkat FKTP sampai FKRTL dan/atau kegiatan kemasyarakatan yang dilaksanakan oleh pemangku kepentingan lainnya.
  - b. Pelaksanaan manajemen risiko kecurangan (*fraud risk management*) dengan:
    - 1) Membangun komitmen seluruh jajaran dalam mengelola risiko Kecurangan (*fraud*).

- 2) Melakukan identifikasi dan penilaian risiko kecurangan secara komprehensif.
  - 3) Menetapkan rencana pengendalian risiko Kecurangan (*fraud*).
  - 4) Mengkomunikasikan potensi Kecurangan (*fraud*) yang telah teridentifikasi.
  - 5) Melaksanakan tindakan korektif dalam menangani kecurangan dengan cepat dan tepat.
  - 6) Melakukan evaluasi kinerja pelaksanaan manajemen risiko secara berkala.
2. Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan, meliputi:
- a. Menandatangani dan melaksanakan pakta integritas untuk seluruh pegawai termasuk unsur pimpinan.
  - b. Membangun kesadaran masyarakat/Peserta tentang Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan.
  - c. Mengintegrasikan pencegahan Kecurangan (*fraud*) program Jaminan Kesehatan ke dalam kurikulum Pendidikan Budaya Anti Korupsi (PBAK).
  - d. Sosialisasi program pencegahan Kecurangan (*fraud*).
3. Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, meliputi menyusun kebijakan kendali mutu dan kendali biaya dalam program Jaminan Kesehatan.

Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng memiliki peran penting dalam pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan. Peran itu antara lain berkaitan dengan pemberian pemahaman kepada internal Dinas Kesehatan dan masyarakat luas mengenai program jaminan kesehatan, dan penciptaan kenyamanan bekerja. Jika pegawai bekerja dalam suasana nyaman, kecenderungan melakukan kecurangan dapat dikurangi. Menurutnya peran Dinas Kesehatan yang dimaksud adalah:

1. Pelaksana sosialisasi program termasuk peraturan pelaksanaannya.
2. Pencipta kenyamanan bekerja.
3. Pelaku evaluasi program secara berkelanjutan.

4. Pelaksana peningkatan kemampuan manajemen pegawai, khususnya dalam perencanaan keuangan.

**2. Kendala-kendala dalam Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di Kabupaten Buleleng**

Kendala-kendala yang ada sehubungan dengan pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di Kabupaten Buleleng adalah sebagai berikut:

1. Kendala berhubungan dengan pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN):
  - a. Aspek kepesertaan. Selama ini pendaftaran menggunakan NIK (nomor induk kependudukan). Perlu ada mekanisme pendaftaran bagi penduduk yang belum memiliki NIK. BPJS diharapkan menyediakan mekanisme pendaftaran dengan menggunakan tanda identitas sementara.
  - b. Aspek pelayanan yang masih harus ditingkatkan.
  - c. Aspek rujukan, yang kadang-kadang menyulitkan bagi peserta.
  - d. Masalah kriteria kegawatdaruratan yang dianggap merugikan peserta.
2. Berhubungan dengan regulasi, masih ada yang menyulitkan peserta, misalnya regulasi mengenai rujukan, yang menyulitkan peserta karena jaraknya yang jauh dan memerlukan biaya besar untuk sampai pada fasilitas kesehatan yang memberi rujukan.
3. Berhubungan dengan masyarakat, masih perlu ditingkatkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat mengenai program JKN. Masih banyak masyarakat yang diduga belum mengetahui tata cara pendaftaran, masih belum menyadari pentingnya ikut dalam program JKN.

**3. Upaya Mengatasi Kendala-kendala dalam Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di Kabupaten Buleleng**

Sehubungan dengan adanya kendala-kendala dalam pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di Kabupaten Buleleng dilakukan upaya-upaya mengatasi sebagai berikut:

1. Membangun sistem pengendalian internal.
2. Melengkapi regulasi yang ada dengan standar prosedur pelaksanaan, dan melaksanakannya secara efektif.
3. Meningkatkan kerja sama dengan pemangku kepentingan yang lain, seperti BPJS, penyedia obat, penyedia peralatan kedokteran, dan lain-lainnya.
4. Secara khusus menjalin kerja sama dengan penegak hukum, dalam hal ditemukan adanya pelanggaran hukum oleh internal Dinas Kesehatan maupun oleh pemangku kepentingan yang lain. Hal ini penting karena penegak hukum berfungsi untuk menegakkan hukum, artinya memastikan bahwa aturan yang ada telah dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang tertuang dalam norma dan jika ada pelanggaran maka memastikan terhadap pelanggaran tersebut diberikan sanksi sesuai dengan ketentuan yang ada (I Nyoman Gede Remaja, 2022: 8).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan Cabang Buleleng bersama Pemerintah Kabupaten (Pemkab) Buleleng melalui Dinas Tenaga Kerja membentuk Tim Pengawas Pelaksanaan Program Jaminan Sosial Ketenagakerjaan Kabupaten Buleleng. Pembentukan Tim Pengawas ini sesuai dengan Surat Keputusan (SK) Bupati Buleleng Nomor 561/673/HK/2020 tentang Tim Pelaksana Pengawas dan Pengendalian Kepesertaan Program Jaminan Sosial Ketenagakerjaan Tingkat Kabupaten Buleleng.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 menganatkan penyelesaian kecurangan dalam pelaksanaan JKN oleh Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) Dinas Kabupaten/Kota, sebagai berikut:

1. Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) pada dinas kesehatan kabupaten/kota menyelesaikan kasus Kecurangan (*fraud*) yang ditemukan dari deteksi, atau yang dilaporkan oleh Fasilitas Kesehatan. Mekanisme penyelesaian dapat dilakukan dengan verifikasi dan konfirmasi kepada pihak-pihak yang terkait. Proses penyelesaian dapat dibantu oleh ahli/pakar.
2. Hasil penyelesaian kasus oleh Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) pada dinas kesehatan kabupaten/kota dapat berupa rekomendasi perbaikan dan/atau penerapan sanksi administratif.

3. Dalam hal kasus Kecurangan (*fraud*) tidak dapat diselesaikan oleh Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) pada dinas kesehatan kabupaten/kota, maka Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) pada dinas kesehatan kabupaten/kota melaporkan kasus kepada Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi.

## SIMPULAN

Berdasarkan uraian pada bab-bab sebelumnya dapat disimpulkan hal-hal berikut:

1. Peranan Dinas Kesehatan dalam pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di Kabupaten Buleleng adalah:
  - a. Pelaksana sosialisasi program termasuk peraturan pelaksanaannya.
  - b. Pencipta kenyamanan bekerja.
  - c. Pelaku evaluasi program secara berkelanjutan.
  - d. Pelaksana peningkatan kemampuan manajemen pegawai, khususnya dalam perencanaan keuangan.
2. Kendala-kendala yang dihadapi dalam pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di Kabupaten Buleleng adalah:
  - a. Kendala berhubungan dengan pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN).
  - b. Berhubungan dengan regulasi, masih ada yang menyulitkan peserta, misalnya regulasi mengenai rujukan, yang menyulitkan peserta karena jaraknya yang jauh dan memerlukan biaya besar untuk sampai pada fasilitas kesehatan yang memberi rujukan.
  - c. Berhubungan dengan masyarakat, masih perlu ditingkatkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat mengenai program JKN. Masih banyak masyarakat yang diduga belum mengetahui tata cara pendaftaran, masih belum menyadari pentingnya ikut dalam program JKN.

4. Upaya-upaya yang dilakukan untuk mengatasi kendala-kendala yang dihadapi dalam pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Kabupaten Buleleng adalah:
  - a. Membangun sistem pengendalian internal.
  - b. Melengkapi regulasi yang ada dengan standar prosedur pelaksanaan, dan melaksanakannya secara efektif.
  - c. Meningkatkan kerja sama dengan pemangku kepentingan yang lain, seperti BPJS, penyedia obat, penyedia peralatan kedokteran, dan lain-lainnya.
  - d. Secara khusus menjalin kerja sama dengan penegak hukum, dalam hal ditemukan adanya pelanggaran hukum oleh internal Dinas Kesehatan maupun oleh pemangku kepentingan yang lain.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Albi Anggito dan Johan Setiawan,. 2018. *Penelitian Kualitatif*. Jawa Barat: CV Jejak.
- Badan Pengawas Pembangunan dan Keuangan. 2019. *Pro Active Auditing Instrumen Pencegah Fraud*. Jakarta: Deputi Bidang Pencegahan BPKP.
- I Nyoman Gede Remaja. 2022. Kekaburan Pasal 54, 112, 117, 122, Dan 127 Undang-Undang Narkotika, Pengaruhnya Terhadap Penegakan Hukum. *Kertha Widya Jurnal Hukum* Vol. 10 No. 1 Agustus 2022.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Buku Panduan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Bagi Populasi Kunci*. Jakarta: Kementrian Kesehatan.
- Mukmin Muhammad. 2017. *Perencanaan Pembangunan*. Makasar: CV. Dua Bersaudara.
- Mudzakkir. 2008. *Perencanaan Pembangunan Hukum Nasional Bidang Hukum Pidana dan Sistem Pemidanaan (Politik Hukum dan Pemidanaan)*. Jakarta: Departemen Hukum dan Hak Asasi Manusia Badan Pembinaan Hukum Nasional.
- Tofik Yanuar Chandra. 2022. *Hukum Pidana*. Jakarta: PT. Sangir Multi Usaha.
- V. Hadiyono. 2020. "Indonesia dalam Menjawab Konsep Negara *Welfare State* dan Tantangannya". *Jurnal Hukum Politik dan Kekuasaan*. Vol. 1 No. 1 Agustus 2020.
- Zainuddin Ali.2014. *Metode Penelitian Hukum*. Jakarta: Sinar Grafika.