

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Kesehatan adalah hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan sesuai dengan cita-cita Bangsa Indonesia ada di dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Hal ini sesuai amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28H ayat (3) bahwa: “setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat” dan Pasal 34 ayat (2) bahwa: “negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”.

Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 tentang “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”. Pasal 54 UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan: “penyelenggaraan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif”. Oleh sebab itu, selain merupakan hak asasi setiap individu Bangsa Indonesia, Negara Indonesia juga tanggung jawab akan kesehatan tersebut. Negara bukan hanya bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas kesehatan saja, namun setiap fasilitas pelayanan kesehatan tersebut harus memenuhi standar nasional yang baik dan terjamin mutunya.

Bentuk perlindungan sosial Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bertujuan menjamin seluruh rakyat dapat terpenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Amanat resolusi *World Health Assembly (WHA)* ke-58 tahun 2005 di Jenewa setiap negara mengembangkan *Universal Health Coverage (UHC)* untuk masyarakatnya, karena itu pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan Jaminan Kesehatan masyarakat dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Untuk mewujudkan komitmen global. Tahun 2004 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 (UU No. 40 Tahun 2004) tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional tentang program jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk program Jaminan Kesehatan melalui suatu badan penyelenggara jaminan sosial. Badan penyelenggara jaminan sosial telah diatur dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang terdiri dari BPJS ketenagakerjaan (UU No.24 Tahun 2011). Program JKN dimulai 1 Januari 2014 oleh BPJS Kesehatan

Pengertian *fraud* atau kecurangan JKN suatu tindakan dilakukan secara sengaja oleh petugas BPJS Kesehatan, peserta, pemberi pelayanan kesehatan, penyedia obat atau alat kesehatan, mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam sistem Jaminan Sosial Nasional¹. *Fraud* dalam pelayanan kesehatan sebagai bentuk tindakan yang secara sengaja dilakukan dengan keuntungan yang tidak sesuai ketentuan.

¹ Tatik Sri Hartati. 2016. *Prevention of Fraudulent in the Implementation of Health Insurance Program on National Social Security System (SJSN) in Menggala Hospital*

Kerugian *fraud* perlu Tindakan pencegahan dengan kebijakan nasional pencegahan *fraud* agar dalam pelaksanaannya berjalan dengan baik dan sesuai ketentuan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 Pencegahan *Fraud* Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (Permenkes No. 16 Tahun 2019). Kecurangan dilakukan berbagai pihak oleh petugas BPJS, peserta, pemberi pelayanan kesehatan, penyedia obat atau alat kesehatan, *coder* rumah sakit

Sistem pembayaran *INA-CBG* dalam pembayaran pelayanan kesehatan berdasarkan paket pelayanan atau diagnosis penyakit. Pembayaran *INA-CBG* tidak sama dengan biaya *real* yang dikeluarkan rumah sakit dalam merawat pasien, dapat lebih rendah atau lebih tinggi dari *real cost* yang dikeluarkan rumah sakit sehingga terdapat selisih keuntungan yang dapat dilakukan. Proses *coding* diagnosis dilakukan oleh petugas *coder* rumah sakit. Hasil *coding* yang lebih tinggi dari seharusnya (*upcoding*) dapat dilakukan petugas *coder* rumah sakit.

Fraud adalah kecurangan mendapatkan keuntungan, *Fraud* dapat terjadi dan dilakukan oleh pihak asuransi, Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dan peserta asuransi. *Fraud* rumah sakit disebabkan ketidakpuasan Rumah Sakit terhadap tarif *Indonesia Case Base Groups (INA CBG's)*.

Fraud dalam BPJS diatur dalam Permenkes No. 16 Tahun 2019 Upaya pencegahan *fraud* dalam melaksanakan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional, agar tidak menimbulkan kerugian perlu dilakukan pencegahan.

Pasal 4 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 tentang Sistem Pencegahan Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan memuat tindakan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan yang diatur dalam badan ini dapat dilakukan oleh :

- a. Peserta
- b. BPJS Kesehatan
- c. Pemberi pelayanan kesehatan dan
- d. Pemangku kepentingan lainnya

Pasal 5 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 bahwa sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan jaminan Kesehatan oleh BPJS Kesehatan meliputi:

- a. Tindakan pencegahan kecurangan (*fraud*)
- b. Pendeteksian kecurangan (*fraud*)
- c. Penanganan kecurangan (*fraud*)

Pasal 6 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 bahwa BPJS Kesehatan melaksanakan pencegahan kecurangan (*fraud*) yang dilakukan oleh peserta melalui :

- a. Pemberian edukasi tentang kecurangan (*fraud*) program jaminan Kesehatan secara langsung maupun tidak langsung kepada peserta
- b. Pengembangan mekanisme melalui sistem informasi yang dapat mendeteksi kecurangan (*fraud*) yang dilakukan oleh peserta

- c. Pembuatan komitmen dengan fasilitas Kesehatan untuk memastikan validasi peserta yang dilayani adalah orang yang tepat, berhak dan sesuai dengan hak manfaat yang diperoleh
- d. Pembuatan komitmen pencegahan kecurangan (*fraud*) kepada peserta/ pemberi kerja beserta sanksi yang diperoleh, yang dicantumkan dalam daftar isian peserta, form registrasi badan usaha, perjanjian Kerjasama dengan pemerintah daerah dan surat eligibilitas peserta.

Pasal 11 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 bahwa BPJS Kesehatan melaksanakan pendeteksian potensi kecurangan yang dilakukan oleh peserta dengan memastikan peserta mendapatkan pelayanan melalui analisa data pemanfaatan kesehatan, pelaksanaan analisa data siklus atau pola pemanfaatan pelayanan kesehatan melalui peserta, pelaksanaan analisa data pelayanan kesehatan yang diterima peserta, pelaksanaan analisa data penyalahgunaan kartu identitas kepesertaan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan dan pemanfaatan informasi dari pelapor pelanggaran (*whistleblower*).

Pasal 17 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 bahwa BPJS Kesehatan melaksanakan penanganan kecurangan yang dilakukan peserta dengan cara melakukan pembatalan surat eligibilitas peserta atas jaminan pelayanan kesehatan yang sedang berjalan, pemberitahuan kepada pemberi kerja atau satuan kerja atas tindakan kecurangan yang dilakukan oleh peserta pekerja penerima upah dan meminta pemberi kerja atau satuan kerja memberikan teguran tertulis kepada peserta yang ditembuskan kepada BPJS Kesehatan dan pelaporan kepada

kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial atas tindakan kecurangan yang dilakukan oleh peserta yang didaftarkan sebagai peserta bantuan iuran jaminan kesehatan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintah dibidang kesehatan.

Sejak di mulai program JKN awal 2014, Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) menilai potensi korupsi di bidang kesehatan. Korupsi bagian dari *Fraud*. *Fraud* dalam Kesehatan adalah bentuk kecurangan mencakup penyalahgunaan aset dan pemalsuan pernyataan, dapat dilakukan oleh semua pihak yang terlibat pelayanan.

Beberapa kerugian akibat *fraud*, maka pengembangan sistem anti *Fraud* layanan kesehatan di Indonesia mendorong pemerintah menerbitkan Permenkes No. 16 tahun 2019 tentang Pencegahan *Fraud* Program JKN pada SJSN sebagai dasar hukum.

Ini merupakan bentuk *Fraud* yang paling mudah dideteksi karena sifatnya yang tangible atau dapat diukur atau dihitung (*defined value*).

Fraudulent statement adalah Pernyataan palsu, tindakan yang dilakukan untuk menutupi kondisi keuangan yang sebenarnya dengan melakukan rekayasa keuangan (*financial engineering*) untuk memperoleh keuntungan di kenal dengan window dressing.

Rumah Sakit Umum (RSU) “Gunung Sawo” Temanggung didirikan pada tanggal 28 Oktober 1987, sebagai pendiri sekaligus pemilik adalah Prof.dr .H.Untung Praptohardjo,SpOG(K) (Alm) dan diresmikan oleh Gubernur Jawa

Tengah H.Ismail (Alm). RSUD Gunung Sawo termasuk rumah sakit umum swasta dengan klasifikasi RS Tipe D, dengan 50 tempat tidur yang memberikan pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD), rawat jalan, rawat inap, *High Care Unit (HCU)*, ruang isolasi dan terdiri dari 4 pelayanan yaitu Kebidanan, Anak, Penyakit Dalam, Bedah dan Gigi. Selain itu juga ditunjang dengan instalasi penunjang yaitu Instalasi Laboratorium, Instalasi Radiologi, Instalasi Gawat Darurat 24 jam, Instalasi Farmasi, *Ultrasonografi (USG)* dan *Elektrokardiogram (EKG)*.

Mulai 1 Januari 2014 sampai sekarang, BPJS kesehatan mengalami banyak tantangan dalam melaksanakan program JKN salah satunya mencegah terjadinya tindak *Fraud*. Untuk memaksimalkan pelayanan rumah sakit dan upaya pencegahan tindakan potensi *Fraud* baik dalam pelayanan kepada pasien maupun dalam proses administrasi klaim maka RSUD Gunung Sawo Temanggung mengeluarkan kebijakan pembentukan Tim Anti *Fraud*, Tim Verifikator Klaim dan Tim Komite Medis, sebagai upaya yang dilakukan dalam pencegahan potensi *Fraud* dengan melakukan tindakan sesuai Standar Prosedur Operasional.

Mengacu pada PERMENKES Nomor 16 Tahun 2019 tentang pencegahan *Fraud* dalam jaminan kesehatan sosial ada sejumlah pihak yang berpotensi melakukan *Fraud* dalam program JKN yakni peserta, FKTP, FKRTL, petugas BPJS Kesehatan, penyedia obat dan alat kesehatan.²

Fraud merupakan tindakan di sengaja untuk mendapatkan keuntungan finansial yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

² www.Medialesmi_BPJS (Diakses Pada Minggu, 26 Agustus 2018)

Secara umum *Fraud* terjadi karena sistem kesehatan yang berjalan menggunakan jaminan dalam bentuk klaim, dalam program JKN atau Kartu Indonesia Sehat (KIS). BPJS Kesehatan membayar pelayanan yang telah diberikan fasilitas kesehatan seperti Rumah Sakit ke peserta dengan berbasis klaim. Klaim yang disusun berdasarkan kode tindakan.

Permasalahan di rumah sakit yang sering terjadi terkait dengan *Fraud* yaitu kode diagnosis yang berlebihan, penjiplakan klaim dari pasien lain, klaim palsu, penggelembungan tagihan obat dan alkes, pemecahan episode pelayanan, rujukan semu, tagihan berulang, memperpanjang lama perawatan, memanipulasi kelas perawatan, membatalkan tindakan yang wajib dilakukan, melakukan tindakan yang tidak perlu, penyimpangan terhadap standar pelayanan, melakukan tindakan pengobatan yang tidak perlu, menambah panjang waktu penggunaan ventilator, tidak sesuai prosedur yang sebenarnya, tidak melakukan visitasi yang di tentukan, admisi yang berulang tidak sesuai ketentuan, melakukan rujukan pasien berulang tidak sesuai dengan indikasi untuk memperoleh keuntungan tertentu.

Fraud pada PPK disebabkan karena ketidakpuasan Rumah Sakit terhadap tarif INA CBG's (*Indonesia Case Base Groups*) adanya indikasi mencari "keuntungan ekonomi" dapat membuat pelaku melakukan PPK.³

Kecurangan (*Fraud*) dalam BPJS perlu dilakukan pencegahan agar tidak menimbulkan kerugian. Hal ini sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 7

³ http://m.merdeka.pencegahan_fraud.com. (Di akses pada 23 september 2018)

PERMENKES Nomor 16 tahun 2019 bahwa dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan dalam sistem Jaminan Sosial Nasional, BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan FKTL yang bekerjasama dengan BPJS, harus membangun sistem pencegahan kecurangan JKN.

Tinjauan yuridis bentuk kecurangan di rumah sakit yang terjadi dapat dilakukan berbagai pihak dalam melakukan kecurangan (*Fraud*). Kasus-kasus yang terjadi antara lain:

1. *Fraud* Rumah Sakit dan Laboratorium
 - a) Tagihan klaim untuk pemeriksaan yang tidak diperiksa.
 - b) Tagihan klaim dengan menambah jenis pemeriksaan Laboratorium yang tidak dilakukan.
2. *Fraud* obat
 - a) Tagihan Klaim dengan menambah jumlah dan jenis obat.
 - b) Mengganti obat dengan obat yang lebih murah.
3. *Fraud optical*
 - a) Penggantian kaca mata ditarik biaya jasa pemeriksaan.
 - b) Memberikan *discount* hargaacamata, tetapi hargaacamata sudah dinaikan.
4. *Consumer Fraud*
 - a) Kartu dipinjamkan kepada orang yang tidak memiliki kartu.
 - b) Tagihan obat suplemen dan bahan kosmetik ditambahkan.

- c) Menggunakan pelayanan berlebihan misalnya membeli obat untuk selanjutnya dijual kembali.

5. *Application Fraud*

Menyembunyikan kondisi Kesehatan pasien dengan risiko tinggi menjadi risiko rendah

6. *Eligibility Fraud*

- a) Mengaku sebagai karyawan perusahaan.
- b) Anggota keluarga dianggap sebagai karyawan dalam mendapatkan pelayanan Kesehatan.
- c) Karyawan yang sudah keluar, masih terdaftar sebagai karyawan.
- d) Anggota keluarga yang berisiko tinggi yang diikutkan dalam asuransi.⁴

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 tahun 2019 pencegahan dan penanganan kecurangan (*Fraud*) serta pengenaan sanksi administrasi terhadap kecurangan (*Fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 tahun 2019 Pencegahan Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan, agar pelaksanaan program Jaminan Kesehatan berjalan dengan baik, efektif dan efisien maka dilakukan upaya mencegah kerugian dana jaminan sosial nasional akibat Kecurangan (*Fraud*).

⁴ Yohanes Budi Sarwo. 2015., *Tinjauan Yuridis Terhadap Kecurangan (Fraud) Dalam Industri Asuransi Kesehatan Di Indonesia*.

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Jaminan Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 Pencegahan *Fraud* dalam melaksanakan Program Jaminan Kesehatan perlu disesuaikan kebutuhan dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan.⁵

Tahun 2015 kementerian kesehatan menggandeng komisi pemberantasan korupsi dalam pembentukan satuan tugas terhadap adanya kejahatan atau penipuan BPJS kesehatan dalam program jaminan kesehatan nasional deputy bidang pencegahan KPK terdeteksi ada kecurangan. Hal ini menunjukkan bahwa *Fraud* (kecurangan) telah banyak terjadi. Adanya penyalahgunaan BPJS di rumah sakit, hal ini yang menjadi latar belakang sehingga tertarik melakukan penelitian yang berjudul **“Implementasi Pencegahan dan Penanganan *Fraud* dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di RSU Gunung Sawo Temanggung”**

⁵ Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 16 tahun 2019 *Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan*

B. PERUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut dan beberapa kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan Implementasi Pencegahan Dan Penanganan *Fraud* di RSUD Gunung Sawo Temanggung, dapat di tentukan rumusan masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana pengaturan pencegahan dan penanganan kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung?
2. Bagaimana Pencegahan dan Penanganan *Fraud* dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung?
3. Kendala apa yang terjadi dalam Pencegahan dan Penanganan *Fraud* dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung?

C. TUJUAN PENELITIAN

Berdasarkan rumusan masalah, yang menjadi tujuan penelitian yaitu sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui dan menganalisa pengaturan pencegahan *Fraud* dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung

2. Untuk mengetahui dan menganalisis Pencegahan dan Penanganan *Fraud* dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung.
3. Untuk mengetahui dan menganalisis kendala apa yang terjadi dalam Pencegahan dan Penanganan *Fraud* dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung.

D. MANFAAT PENELITIAN

Penulis mempunyai keyakinan bahwa kajian yuridis yang dilakukan oleh penulis akan memiliki banyak manfaat. Manfaat penulisan ini dapat dijabarkan dalam beberapa manfaat sebagai berikut:

1. Manfaat teoritis
 - a. Penulisan ini sangat bermanfaat dalam pengembangan ilmu hukum khususnya terkait kajian hukum kesehatan dan dapat menambah referensi bagi pihak yang ingin mengetahui lebih lanjut tentang pelaksanaan Implementasi Pencegahan Dan Penanganan *Fraud* Di RSUD Gunung Sawo Temanggung.
 - b. Penelitian ini dapat memberikan gambaran bagi peneliti selanjutnya yang akan melakukan penelitian dengan topik yang sama.
2. Manfaat Praktis
 - a. Memberikan dorongan moral dan membangkitkan kesadaran akan hak dan kewajiban memberikan pengetahuan kepada masyarakat tentang pelayanan

yang seharusnya diperoleh serta mengajak dalam berpikir kritis terhadap ketimpangan di lingkungan sekitar.

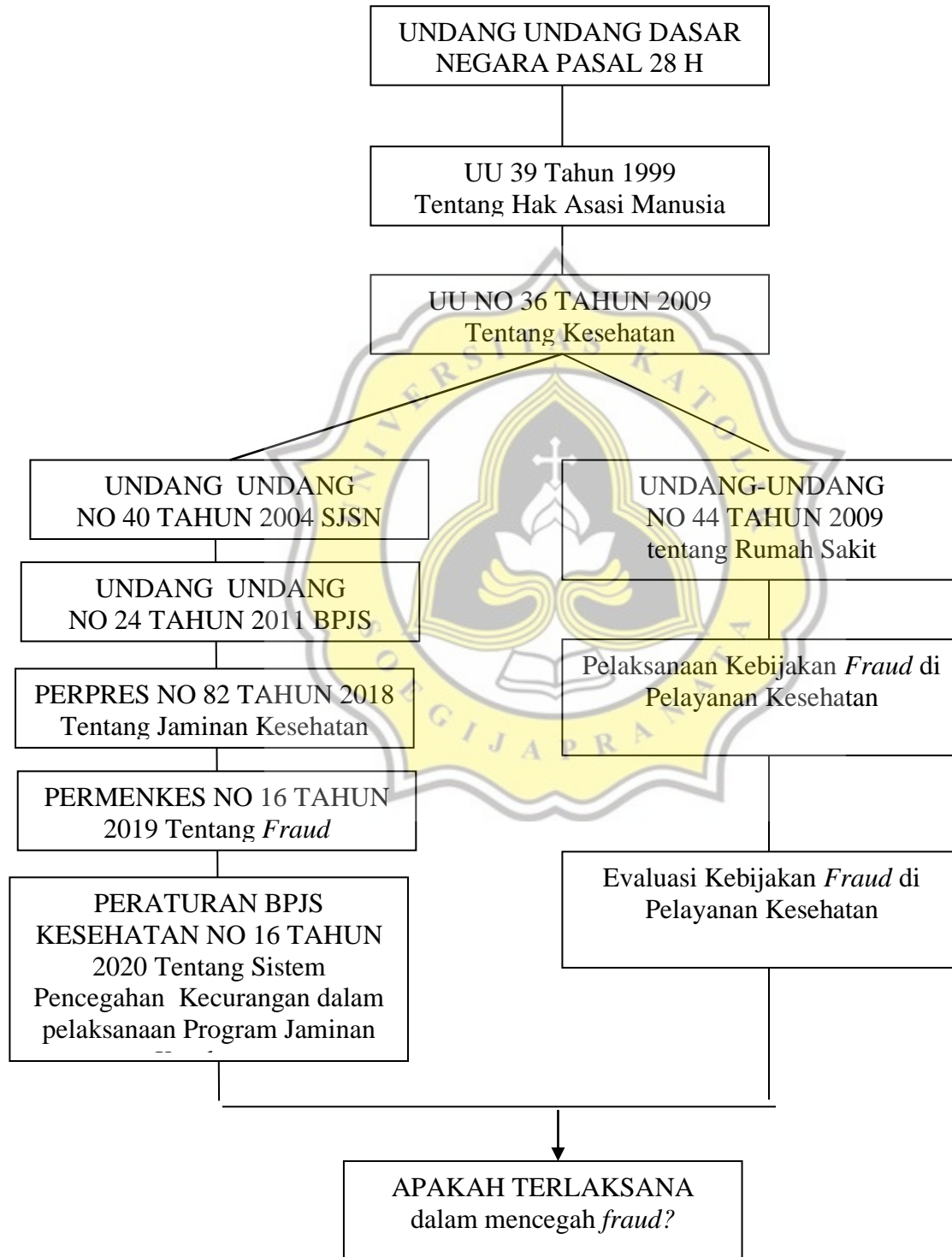
b. Memberikan jawaban terhadap :

- 1) Pengaturan pencegahan kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung
- 2) Pencegahan dan Penanganan *Fraud* dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung
- 3) Pengaduan dan penyelesaian perselisihan jika terdapat *Fraud* dalam pelaksanaan BPJS Kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung.

c. Memberikan informasi kepada pemerintah untuk dapat bersikap aktif dalam menghadapi proses Pencegahan *Fraud* dalam pelaksanaan BPJS kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung, Serta menjadi bahan pertimbangan rekomendasi kepada pemerintah dalam mengevaluasi kebijakan.

E. KERANGKA PEMIKIRAN

1. Kerangka Konsep



F. METODE PENELITIAN

Metodologi adalah suatu sistem panduan untuk memecahkan persoalan dengan komponen spesifikasinya adalah bentuk, tugas, metode, teknik dan alat. Sedangkan penelitian (*research*) adalah suatu rangkaian kegiatan ilmiah dalam rangka pemecahan suatu permasalahan. Metodologi penelitian adalah suatu cara ilmiah mendapatkan data dengan tujuan dan manfaat tertentu. Berdasarkan hal tersebut yang perlu diperhatikan yaitu cara ilmiah, data dan kegunaan.⁶

1. Metode Pendekatan

Pendekatan yang dilakukan dalam penelitian ini dengan pendekatan Yuridis Sosiologis. Yuridis Sosiologis adalah suatu penelitian hukum menggunakan data sekunder sebagai data awalnya, dilanjutkan data primer dan data lapangan, meneliti implementasi Undang-Undang dan Penelitian mencari hubungan antara berbagai gejala atau variabel sebagai alat pengumpul data, meliputi studi dokumen, pengamatan (*observasi*) dan wawancara (*interview*)⁷.

Penulis ingin melihat Implementasi Pencegahan Dan Pengendalian *Fraud* Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung dengan melihat langsung dilapangan.

Menurut Amirudin terdapat dua jenis penelitian sosiologis yaitu:

- a. Penelitian berlakunya hukum (Undang-Undang)
- b. Penelitian hukum tidak tertulis

⁶ Saifuddin Azwar. 1998., *Metode Penelitian*, edisi 1 (Cet. 1; Yogyakarta, Pustaka Pelajar.).

⁷ Amirudin.2012. *Pengantar Metode Penelitian Hukum* Jakarta: PT RajaGrafindo Persada, hlm.

Dari keduanya digunakan salah satu yang lebih sesuai untuk digunakan sebagai penelitian ini yaitu Penelitian berlakunya hukum.

Berlakunya hukum dilihat secara perspektif filosofis, yuridis normatif dan sosiologis.

- a. Perspektif filosofis yaitu hukum berlaku sesuai cita-cita hukum.
- b. Perspektif yuridis normative yaitu hukum berlaku sesuai dengan kaidah yang lebih tinggi (teori *stufenbau* dari Hans Kelsen).
- c. Perspektif sosiologis yaitu efektifitas hukum.

2. Spesifikasi Penelitian

Spesifikasi penelitian dari metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif analitis, karena bertujuan untuk membuat deskripsi atau gambaran secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta sehubungan dengan BPJS, INA-CBG, Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan dan Pengendalian Kecurangan (*Fraud*) Serta Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan dan kaidah hukum yang diselidiki yaitu asas Profesional, lalu dianalisis dan dicari hubungan keduanya serta menganalisis penyebab timbulnya masalah serta bagaimana pemecahan masalahnya⁸.

⁸ Bambang Sunggono. 2003. *Metode Penelitian Hukum*, Cetakan 5 Edisi 1, Jakarta Raja Grafindo Persada, hlm 17

3. Jenis Data

Penelitian ini menggunakan penelitian hukum yuridis sosiologis, maka data yang diperlukan adalah data primer dan data sekunder⁹

a. Data Primer

Data primer adalah data empiris yang diperoleh secara langsung melalui pengamatan, wawancara dengan Kepala Bidang Pelayanan, Ketua Komite Medik, Petugas rekam medis, *coder*, Ketua Komite Keperawatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung.

b. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari studi kepustakaan seperti dokumen-dokumen resmi, buku-buku yang berhubungan dengan objek penelitian, peraturan perundang-undangan, meliputi :

- 1) Bahan hukum primer, yang digunakan dalam penelitian ini adalah:
 - a) Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat (1)
 - b) Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 Pasal 1 butir 1 tentang Hak Asasi Manusia.
 - c) UU Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 4 dan Pasal 5 ayat (3) tentang Kesehatan.
 - d) UU Nomor 44 Tahun 2009 Pasal 32 huruf (d) tentang Rumah Sakit.

⁹ Soerjono Soekanto & Sri Mamudji. 2001. *Penelitian Hukum Normatif (Suatu Tinjauan Singkat)*, Rajawali Pers, Jakarta, hlm. 13

- e) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
 - f) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Pasal 58 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
 - g) Peraturan Presiden Nomor 12 Pasal 4 tentang Jaminan Kesehatan
 - i) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1259/Menkes/SK/XII/2009 tentang Jaminan Kesehatan
 - j) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan dan Pengendalian Kecurangan (*Fraud*) Serta Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan
- 2) Bahan hukum sekunder, yaitu semua publikasi tentang hukum yang bukan merupakan dokumen-dokumen resmi yang terdiri dari:
- a) Buku-buku literatur atau bacaan yang tentang kebijakan pemerintah, penerapan jaminan pelayanan kesehatan, asuransi kesehatan dan Hak Asasi Manusia
 - b) Hasil-hasil penelitian tentang jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat
 - c) Pendapat ahli yang berkompeten dengan penelitian penulis
 - d) Tulisan dari para ahli yang berkaitan dengan jaminan kesehatan di Indonesia.

4. Metode Pengumpulan Data

Data primer diperoleh melalui wawancara dengan Kepala Bidang Pelayanan, Ketua Komite Medik, petugas rekam medis, *coder*, Ketua Komite Keperawatan yang pada penelitian ini dilakukan di RSUD Gunung Sawo Temanggung.

Melalui studi pustaka data sekunder terdapat di bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tersier.

Bahan hukum primer diperoleh dari buku kumpulan peraturan perundang-undangan tentang kesehatan, dan situs Badan Pembina Hukum Nasional Kementerian Hukum dan HAM Republik Indonesia, situs Biro Hukum dan Organisasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Bahan hukum sekunder diperoleh dari makalah ilmiah, hasil penelitian, karya ilmiah, jurnal ilmiah yang diterbitkan secara cetak maupun elektronik. Bahan hukum tersier diperoleh dari kamus maupun ensiklopedia yang tersedia di perpustakaan nasional, daerah, maupun institusi pendidikan.

5. Metode Penyajian Data

Adalah data yang dikumpulkan sesuai dengan variabel dan selanjutnya akan dikelompokkan dan disajikan dalam bentuk uraian-uraian secara sistematis dan tidak berupa angka-angka kualitatif karena tidak berupa analisis statistik, hanya merupakan uraian yang menjelaskan identifikasi dan ketentuan Undang-Undang.

6. Metode Analisis Data

Data primer yang diperoleh dari temuan dan wawancara langsung serta data sekunder dan tersier dikelompokkan menurut bidangnya masing – masing, selanjutnya disusun secara sistematis kemudian dianalisis secara kualitatif yaitu suatu analisis yang didasarkan pada ilmu pengetahuan hukum seperti asas hukum, sistim hukum dan konsep hukum.

Dalam penelitian ini analisis kualitatif digunakan untuk mengetahui pencegahan dan penanganan *fraud* dalam jaminan kesehatan di RSUD Gunung Sawo Temanggung. Peneliti menganalisis data primer yang diperoleh melalui wawancara dengan responden, kemudian dihubungkan dengan data sekunder. Setelah analisis data selesai data disajikan dalam bentuk narasi dan dibuat kesimpulan sebagai jawaban dari permasalahan yang diteliti.

G. RENCANA PENYAJIAN TESIS

Sistematika penulisan diawali dengan pendahuluan, tinjauan pustaka, hasil penelitian dan pembahasan serta penutup yang berisi simpulan dan saran.

Bab I, berupa Pendahuluan yang menguraikan mengenai Latar Belakang Masalah, Perumusan Masalah Penelitian, Tujuan Penelitian, Manfaat Penelitian, Kerangka Pemikiran, dan Metode Penelitian.

Bab II, berupa Tinjauan Pustaka, berisi empat subbab, Subbab A mengenai Pelaksanaan Implementasi Pencegahan dan Pengendalian *Fraud*. Subbab B menguraikan tentang Rumah Sakit Sebagai Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Subbab

C pembahasan tentang Program Jaminan Kesehatan. Subbab D membahas BPJS Kesehatan, *INA-CBGs*, Permenkes Nomor 16 Tahun 2019.

Bab III, berupa hasil penelitian dan pembahasan, hasil penelitian disajikan dalam bentuk uraian pembahasan. Pembahasan berupa penjelasan teori dan analitik terkait ketentuan BPJS, *INA-CBGs*, Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 dan hubungan antara penerapan pelaksanaan Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 dengan Pencegahan dan Pengendalian *Fraud* di RSUD Gunung Sawo Temanggung.

Bab IV, berupa penutup yang terdiri dari Sub bab Simpulan dan Sub bab Saran. Simpulan berisi pernyataan singkat, rekomendasi dan usulan dari hasil penelitian dan pembahasan untuk membuktikan perumusan masalah atau kebenaran hipotesis terkait implementasi Pencegahan dan Pengendalian *Fraud* dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di RSUD Gunung Sawo Temanggung sebagai jawaban dari rumusan masalah. Saran dibuat berdasarkan pengalaman dan pertimbangan peneliti, ditujukan kepada para peneliti yang ingin melanjutkan penelitian yang sudah diselesaikan. Saran juga dapat sebagai masukan untuk mengambil kebijakan di masa mendatang.