

Analisis Kebijakan dan Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 pada Program Jaminan Kesehatan Nasional

Dina Anjayani

BPJS Kesehatan, dina.anjayani@bpjs-kesehatan.go.id

Abstract: The Minister of Health Regulation (PMK) Number 16 of 2019 concerning Fraud Prevention in the National Health Insurance Program (JKN) as a substitute for Minister of Health Regulation Number 36 of 2015 is still being evaluated and studied in its implementation. According to the mandate of PMK Number 16 of 2019, there is still the possibility of fraud in the implementation of JKN that has not been demonstrated and followed up on by the Fraud Prevention Team (TPF). Analyze PMK policy Number 16 of 2019 and investigate for other policy options so that their implementation works properly. The Bardach Criteria are used in the study to weight the alternative policy options that will be recommended next. The analysis result indicated that PMK Number 16 of 2019 is still stagnant, and optimizing the JKN TPF function is more feasible at this time, particularly that the PMK revision will require more time and be more complicated.

Keywords: fraud; policy analysis; JKN; fraud prevention team;

Abstrak: Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 16 Tahun 2019 mengenai Pencegahan Fraud pada Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai pengganti dari Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 masih memerlukan evaluasi dan kajian dalam implementasinya. Masih ada potensi fraud dalam pelaksanaan JKN yang belum dapat dibuktikan dan ditindaklanjuti oleh Tim Pencegahan Fraud (TPF) sesuai amanat dari PMK Nomor 16 Tahun 2019. Untuk itu tulisan ini menganalisis kebijakan PMK Nomor 16 tahun 2019 dan mencari opsi kebijakan lain agar implementasinya dapat berjalan dengan baik. Analisis menggunakan kriteria Bardach untuk mengukur bobot opsi alternatif kebijakan yang akan direkomendasikan selanjutnya. Hasil analisis menunjukkan bahwa PMK Nomor 16 Tahun 2019 masih stagnan dan opsi optimalisasi fungsi TPF JKN lebih feasible saat ini mengingat revisi PMK akan memerlukan waktu yang lebih lama dan birokrasi yang lebih rumit

Kata kunci: fraud; analisis kebijakan; JKN; tim pencegahan kecurangan;

PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah berjalan hampir 7 (tujuh) tahun dari sejak diluncurkannya pada tahun 2014. Dilihat dari usianya masih banyak hal yang perlu dibenahi, salah satunya adalah dari sisi pengendalian biaya kesehatan. Dan untuk mendukung tercapainya sustainabilitas JKN ini maka kebijakan program anti *fraud* JKN diluncurkan pada bulan April 2015 melalui Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 36 Tahun 2015 yang telah diperbaharui menjadi PMK Nomor 16 Tahun 2019 mengenai Pencegahan *Fraud* pada Program JKN.

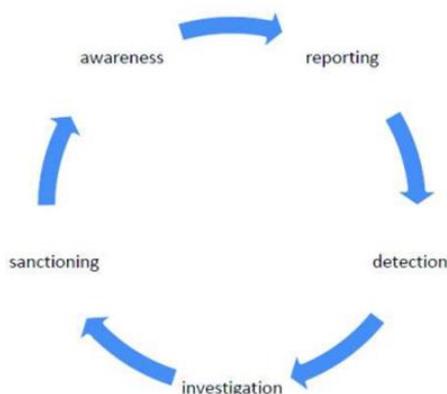
Potensi *fraud* pada biaya pelayanan kesehatan menurut *The National Health Care Anti-Fraud Association* di Amerika diperkirakan mencapai 3-10% dari total seluruh biaya pelayanan kesehatan. Perkiraan ini tidak hanya mencengangkan dari sisi besarnya biaya tapi juga dari sisi skala cakupannya, hal ini menggambarkan adanya ketidakpastian besaran biaya (Simborg, 2008). Pada Program Medicare di Amerika yang sebagian dananya adalah dari publik, diperkirakan kurang lebih 10% dari total biaya pelayanan kesehatannya pada tahun 2014 adalah *fraud* (McGee et al., 2018). Hal ini yang membuat potensi *fraud* menjadi hal yang perlu menjadi fokus perhatian utama dalam pembiayaan kesehatan. Menurut penelitian Stowell pada tahun 2018, walaupun ada upaya penambahan anggaran dari pemerintah Amerika di bidang kesehatan, namun apabila tidak disertai dengan upaya pemberantasan *fraud*, maka akan terus berdampak tidak baik pada pertumbuhan ekonomi. (Stowell et al., 2018) Seperti halnya yang terjadi di Amerika, menurut kajian Hanevi Jasri, di Indonesia pada penyelenggaraan program JKN pada tahun 2015 terdapat potensi *fraud* kurang lebih 175.774 klaim Rumah Sakit (RS) dengan nilai rupiah kurang lebih sebesar 440 M (Djasri et al., 2016). Nilai ini baru diperkirakan dari potensi *fraud* fasilitas kesehatan (faskes), belum dari kemungkinan pelaku *fraud* segmen lain seperti BPJS Kesehatan, pasien, pemangku kepentingan maupun penyedia alat kesehatan dan obat. Jadi potensi *fraud* yang sudah bisa diperkirakan nilainya ini belum final mengingat sistem deteksi *fraud* belum berjalan optimal. (Soputan et al., 2018)

Fraud sering diartikan sebagai perbuatan yang disengaja untuk meraih keuntungan finansial. Penyalahgunaan dapat berupa penyalahgunaan wewenang atau bisa juga terhadap sumber daya (Ai et al., 2021). *Fraud* berdampak serius di bidang kesehatan, dengan berbagai modus. Potensi *fraud* ini dapat menyebabkan berkurangnya anggaran untuk pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan yang buruk, dan memperburuk akses pelayanan kesehatan terutama di wilayah terpencil dan penduduk miskin. (Gaitonde et al., 2016; Gee & Button, 2015; Hussmann, 2011) Menurut Prof. Dr. Laksono Trisnantoro, di Indonesia potensi *fraud* menyebabkan tidak meratanya pelayanan kesehatan di daerah. Penduduk di Indonesia, terutama pada daerah terpencil kemungkinan telah menjadi peserta JKN, tetapi belum mendapatkan akses terhadap pelayanan kesehatan. *Fraud* dalam layanan kesehatan di daerah yang lebih maju pelayanan kesehatannya dapat menyebabkan situasi ini makin buruk. *Fraud* bisa membuat anggaran JKN tersedot ke daerah yang mempunyai akses

pelayanan kesehatan lebih baik sehingga penduduk di daerah terpencil menjadi makin sulit mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang layak. (Trisnantoro & Hendrartini, 2014)

Kebijakan anti *fraud* ini tidak lepas dari pro dan kontra aktor-aktor yang mempunyai peran penting dalam implementasinya. Bagaimana implementasinya hingga saat ini perlu dikaji dan dianalisis agar didapatkan solusi untuk mengatasi masalah dalam implementasi kebijakan anti *fraud* JKN.

Di dalam PMK Nomor 16 Tahun 2019 telah disebutkan kegiatan-kegiatan anti *fraud* antara lain meningkatkan *awareness*, pelaporan, penyelidikan dan pemberian sanksi. Hal ini sesuai dengan yang telah direkomendasikan oleh *European Commission* pada tahun 2013 yang tergambar dalam gambar di bawah ini.



Gambar 1. Siklus Anti *Fraud* (European Commission, 2013)

METODE

Analisis kebijakan pada masa sekarang dapat digunakan untuk evaluasi, desain dan manajemen suatu program, perhitungan, pengalokasian, dan manfaat lainnya (Bardach & Patashnik, 2015). Analisis dilakukan dengan menggunakan Kriteria Bardach dan sebelum dilakukan pengukuran, terlebih dahulu dilakukan analisis situasi dan analisis terhadap PMK Nomor 16 Tahun 2019. (Khairi, 2008)

Tabel 1. Status *Stakeholder* dalam Program JKN

<i>Stakeholder</i>	Status	Skor	Penjelasan
	<i>Netral</i>		
Peserta		2	Mereka cenderung tidak memahami terkait <i>fraud</i>
Kementerian Kesehatan (Kemenkes)		3	Diam dan tidak begitu <i>concern</i> terhadap fenomena <i>fraud</i> di JKN
Dinas Kesehatan (Dinkes)		3	
Pemerintah Daerah (Pemda)		3	Kurang begitu <i>aware</i> terhadap <i>fraud</i> yang bisa berakibat buruk pada citra pemda

<i>Pro</i>		
BPJS Kesehatan	5	
Organisasi Profesi	1	Institusi yang merasa paling dirugikan dengan adanya tindakan <i>fraud</i>
Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK)	2	Berupaya menegakkan anti korupsi di Indonesia sehingga mendukung program ini
<i>Kontra</i>		
Faskes	5	Faskes cenderung tidak mau melaksanakan program ini karena senjata makan tuan.
Kolegium	5	Makin banyak menemukan kasus <i>fraud</i> maka akan mecoreng nama institusi mereka.

Keterangan Skor :

1 = Tidak mendukung

2 = Kurang mendukung

3 = Netral

4 = Cenderung mendukung

5 = Sangat mendukung

Berdasarkan hasil analisis dari penulis, pada tabel 1 didapatkan sedikit gambaran mengapa pencegahan *fraud* pada program JKN ini dinilai masih belum berjalan sebagaimana mestinya seperti yang diharapkan dari PMK Nomor 16 Tahun 2019. Untuk itu perlu dilakukan suatu kajian secara lebih mendetil pada PMK Nomor 16 Tahun 2019 ini terutama pada pasal yang menyebutkan mengenai tugas dan fungsi dari masing-masing *stakeholder* JKN.

Dari tabel 1 dapat dilihat bahwa masing-masing *stakeholder* mempunyai kepentingan sendiri-sendiri dalam implementasi kebijakan program anti *fraud* JKN. Dari kubu netral, hampir semua *stakeholder* cenderung diam dan kurang peduli terhadap fenomena *fraud* di pelayanan kesehatan JKN. Banyaknya tugas yang diemban oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes) maupun Dinas Kesehatan (Dinkes) menyebabkan institusi ini memerlukan upaya lebih dalam implementasi program anti *fraud* JKN. Secara kelembagaan, sebenarnya Kemenkes maupun Dinkes merupakan koordinator JKN yang mempunyai peran penting memastikan pelaksanaan JKN sesuai dengan regulasinya. Namun dalam kenyataannya, seringkali semua permasalahan di JKN seolah hanya menjadi tanggung jawab BPJS Kesehatan yang berfungsi sebagai lembaga penyelenggara program JKN. Hal inilah yang perlu digali lebih lanjut sebagai akar permasalahan dalam implementasi program anti *fraud* JKN.

Kemudian dari sisi kubu pro, didapatkan bahwa yang paling dominan untuk mendukung implementasi program anti *fraud* ini adalah BPJS Kesehatan, KPK dan organisasi profesi. BPJS Kesehatan tidak lepas dari kemungkinan sebagai pelaku *fraud*, namun kecil prosentase kemungkinannya dibandingkan *fraud* yang dilakukan oleh faskes maupun peserta. Karena BPJS

Kesehatan adalah lembaga yang disertai tanggung jawab mengelola penyelenggaraan JKN. Setiap rupiah yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan akan dilakukan audit baik oleh lembaga pemeriksa pemerintah maupun Kantor Akuntan Publik. Namun demikian seringkali BPJS Kesehatan hanya fokus pada *fraud* yang dilakukan oleh faskes dan peserta sehingga kurang *aware* dengan *fraud* yang dilakukan oleh lembaganya sendiri. Namun seiring berjalannya program JKN, BPJS Kesehatan saat ini sudah menyadari bahwa *fraud* harus dilihat dari semua sudut dan mulai berbenah dan berperan aktif dalam upaya pengendalian *fraud* di internalnya. (Djasri et al., 2016) KPK sebagai lembaga pemberantas korupsi di Indonesia mempunyai kepentingan yang lebih pada implementasi program anti *fraud* JKN, namun demikian KPK belum melakukan upaya yang optimal dalam penyelidikan dan tindakan kepada pelaku *fraud*. (Sadikin & Adisasmito, 2016)

Pihak yang masuk dalam kubu kontra adalah Fasilitas Kesehatan baik itu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) maupun Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) dan Kolegium. Mengapa? Sejak regulasi anti *fraud* digulirkan, penerapan dinilai masih kurang, walaupun masih dalam koridor yang dapat ditoleransi. Faskes menjadi fokus utama dalam pemberantasan *fraud* di program JKN karena penelitian menunjukkan bahwa 60% *fraud* berasal dari faskes. (Hendrartini, 2014; Santoso et al., 2018)

Faskes merupakan lembaga yang paling diuntungkan dengan adanya tindakan *fraud* di lembaganya. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Indonesia dalam jurnalnya disebutkan bahwa potensi *fraud* di RS dr. Ciptomangunkusumo (Sadikin & Adisasmito, 2016) :

1. *Fraud* terjadi karena kurangnya pengawasan dari dalam institusi.
2. *Fraud* terjadi di semua divisi mulai dari alur penerimaan pasien JKN hingga ke proses administrasi klaim.
3. *Fraud* terjadi karena adanya tekanan, kesempatan dan rasionalisasi.
4. *Fraud* difasilitasi oleh manajemen RS untuk memastikan realisasi anggaran dapat dipertanggungjawabkan pada waktunya

Beberapa masalah dalam sistem kesehatan memaksa RS mencoba usaha untuk tetap dapat *survive* dalam program JKN. Faskes membuat strategi agar defisit dapat segera teratasi dan mendapatkan keuntungan walaupun itu adalah cara yang tidak sesuai dengan aturan yang ada. (Djasri et al., 2016)

Tabel 2. Skor Kekuatan *Stakeholder*

<i>Stakeholder</i>	<i>Pro</i>	<i>Netral</i>	<i>Kontra</i>
<i>Peserta</i>		2	
<i>Kemenkes</i>		3	
<i>Dinas Kesehatan</i>		3	
<i>Pemda</i>		3	
<i>BPJS Kesehatan</i>	5		
<i>Organisasi Profesi</i>	1		
<i>KPK</i>	2		
<i>Faskes</i>			5
<i>Kolegium</i>			5
Total Skor	8	11	10

Keterangan Skor :

1 = Tidak mendukung

2 = Kurang mendukung

3 = Netral

4 = Cenderung mendukung

5 = Sangat mendukung

Pada tahap ini, dilakukan pengukuran terhadap kekuatan masing-masing *stakeholder* dalam implementasi kebijakan program anti *fraud* JKN seperti yang terlihat dalam tabel 2. Baik pihak yang pro, netral, maupun kontra diukur sejauh mana kontribusinya. Pengukuran dilakukan tanpa melihat kepentingan penulis sebagai bagian dari salah satu institusi yang berperan dalam implementasi kebijakan ini. Dari hasil pengukuran didapatkan bahwa pihak yang pro terhadap kebijakan ini mempunyai skor terendah dibandingkan dengan pihak yang netral dan kontra. Sehingga implementasi kebijakan ini diprediksi stagnan dan tidak efektif dalam mencapai tujuannya. Namun demikian, skor dari pihak netral menunjukkan titik harapan baik bahwa kebijakan ini masih dapat diperbaiki dan diupayakan berjalan dengan optimal. Hal ini karena skor pihak netral masih lebih tinggi dibandingkan skor pihak kontra. Sehingga masih bisa dilakukan upaya advokasi pada pihak-pihak netral dan pro untuk lebih meningkatkan lagi upayanya dalam implementasi kebijakan ini.

Analisis terhadap PMK Nomor 16 Tahun 2019

PMK Nomor 16 Tahun 2019 ini dibuat oleh Kementerian Kesehatan dalam rangka upaya menekan angka kejadian *fraud* pada program JKN. Seperti telah disampaikan pada pengantar dari tulisan ini, bahwa pada PMK ini dibuat salah satunya untuk menjadi dasar hukum tindakan pencegahan *fraud* pada program JKN. PMK ini diterbitkan pada bulan April 2019 sebagai pengganti PMK Nomor 36 Tahun 2015. PMK Nomor 16 Tahun 2019 telah memuat aktivitas seperti membangun *awareness*, pelaporan, deteksi, investigasi, dan pemberian sanksi. Sasaran dari PMK ini adalah peserta JKN, BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, penyedia alat kesehatan dan obat, dan

juga pemangku kepentingan lainnya. Untuk itu dilakukan analisis terhadap PMK Nomor 16 Tahun 2019 sebagai berikut:

1) Konflik

Dilihat dari PMK sebelumnya didapatkan adanya konflik dalam isi dari Bab 2. Dalam kategori *fraud* untuk pemangku kepentingan lainnya, hanya dimaksudkan untuk pemberi kerja “bukan penyelenggara negara”. Selain itu didapatkan juga adanya ketidakjelasan dalam pemberian sanksi administratif yang diberikan kepada faskes, peserta, BPJS Kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya. Dalam hal ini sanksi diberikan oleh Kemenkes, Dinkes, dan pemangku kepentingan lainnya, di mana ketiganya bisa masuk dalam kategori pelaku *fraud*.

2) Inkonsistensi

Terdapat inkonsistensi dalam definisi pemangku kepentingan seperti yang disebutkan dalam PMK sebelumnya. Pada PMK Nomor 16 Tahun 2019 definisi pemangku kepentingan yang disebutkan pada pasal 2 ayat (2) adalah semua pihak yang melakukan dan/atau berkontribusi terjadinya kecurangan (*fraud*). Namun di dalam penjelasan lampiran huruf E disebutkan bahwa jenis kecurangan oleh pemangku kepentingan lainnya adalah Pemberi kerja yang bukan termasuk penyelenggara negara.

3) Multitafsir

Kategori pemangku kepentingan lainnya di dalam Bab 2 pada kategori pelaku *fraud* menimbulkan multitafsir karena tidak dijelaskan secara rinci siapa saja yang masuk dalam kategori ini. Pemberian sanksi administratif dilakukan oleh Kemenkes, Dinkes atau pejabat yang berwenang lainnya menimbulkan penafsiran bahwa Dinkes atau pejabat yang berwenang lainnya tidak masuk dalam kategori pemangku kepentingan lainnya.

4) Tidak Operasional

Definisi kategori pelaku *fraud* yang tidak dijelaskan dengan baik pada Bab 2 berikut penjelasan pencegahan *fraud* pada lampirannya, berpotensi menyebabkan PMK ini menjadi tidak operasional di lapangan dan fungsi dari TPF menjadi tidak optimal.

Dari pembahasan analisis isi dari PMK Nomor 16 Tahun 2019 didapatkan identifikasi permasalahan adalah

1. Belum jelasnya klausul sanksi administrasi yang diterapkan kepada pelaku *fraud*
2. Adanya inkonsistensi dari isi dari PMK ini mulai dari definisi dan kategori pemangku kepentingan sampai ke implementasinya.
3. Definisi yang tidak jelas berpotensi menimbulkan masalah dalam implementasinya.
4. Implementasi PMK Nomor 16 Tahun 2019 menjadi tidak optimal

Identifikasi Masalah sesuai Kriteria Bardach

Dari hasil pembahasan identifikasi masalah terhadap PMK Nomor 16 Tahun 2019 maka selanjutnya dilakukan identifikasi opsi sesuai dengan Kriteria Bardach pada tabel 3 berikut ini untuk menentukan opsi mana yang akan dipilih.

Tabel 3. Analisis Kebijakan PMK Nomor 16 Tahun 2019 Sesuai Kriteria Bardach

Nomor	Kriteria	Penjelasan
1.	<i>Technical Feasibility</i>	Secara teknis, alternatif kebijakan dapat dilaksanakan
2.	<i>Economic Possibility</i>	Biaya untuk melakukan alternatif kebijakan sebanding dengan manfaat yang diperoleh
3.	<i>Political Viability</i>	Alternatif kebijakan dapat diterima Sebagian pemangku kepentingan
4.	<i>Administrative Operability</i>	Alternatif kebijakan dapat dilaksanakan

Tabel 3 ini menjelaskan kriteria apa saja yang dinilai dari Kriteria Bardach dan masing-masing opsi nantinya dinilai dengan kriteria ini.

HASIL

Hasil dari analisis PMK Nomor 16 Tahun 2019 ini didapatkan ada 4 (empat) opsi yang paling memungkinkan untuk dilakukan dan masing-masing opsi ini diuji dengan Kriteria Bardach seperti pada tabel berikut. Berikut merupakan opsi atau daftar alternatif kebijakan yang dipilih untuk dilakukan pengujian dengan Kriteria Bardach :

Opsi 1. Optimalkan Fungsi Tim Pengendali *Fraud* JKN (TPF)

Opsi 2. Penyusunan Regulasi tentang Pemberian Sanksi pada Pelaku *Fraud*

Opsi 3. Revisi regulasi terkait tugas dan wewenang TPF JKN

Opsi 4. Penyusunan Regulasi mengenai *Co-payment* untuk Peserta JKN

Pada tabel 4 didapatkan hasil bahwa opsi pertama yaitu optimalkan fungsi TPF JKN dilihat dari teknis, ekonomi, politis dan administratif adalah opsi paling memungkinkan untuk dilakukan saat ini.

Tabel 4. Opsi 1 Optimalkan Fungsi Tim Pengendali *Fraud* (TPF) JKN

Nomor	Kriteria	Penjelasan
1.	<i>Technical Feasibility</i>	Secara teknis, alternatif kebijakan dapat dilaksanakan. Dengan memperkuat advokasi pada seluruh <i>stakeholder</i>
2.	<i>Economic Possibility</i>	Biaya untuk melakukan alternatif kebijakan sebanding dengan manfaat yang diperoleh.
3.	<i>Political Viability</i>	Alternatif kebijakan dapat diterima sebagian pemangku kepentingan.
4.	<i>Administrative Operability</i>	Alternatif kebijakan dapat dilaksanakan. Alternatif paling memungkinkan di antara alternatif lainnya saat ini.

Analisis terhadap opsi dua digambarkan dalam tabel 5, di mana penyusunan regulasi baru terkait sanksi ini secara teknis sulit dilaksanakan saat ini. Hal ini dimungkinkan karena membutuhkan sumber daya dan waktu yang cukup panjang.

Tabel 5. Opsi 2 Penyusunan Regulasi tentang Pemberian Sanksi pada Pelaku *Fraud*

Nomor	Kriteria	Penjelasan
1.	<i>Technical Feasibility</i>	Secara teknis, alternatif kebijakan akan sulit dilaksanakan pada kondisi saat ini.
2.	<i>Economic Possibility</i>	Biaya untuk melakukan alternatif kebijakan sebanding dengan manfaat yang diperoleh. Apabila bisa diwujudkan manfaat yang didapatkan akan sebanding dengan biaya yang dikeluarkan.
3.	<i>Political Viability</i>	Alternatif kebijakan mungkin masih sulit diterima sebagian pemangku kepentingan, terutama dari sisi pelaku fraud.
4.	<i>Administrative Operability</i>	Alternatif kebijakan belum dapat dilaksanakan

Opsi tiga tidak berbeda jauh dari opsi dua, di mana revisi regulasi terkait tugas dan wewenang TPF JKN saat ini membutuhkan waktu dan biaya dalam pelaksanaannya, walaupun secara administratif masih dimungkinkan untuk dilaksanakan.

Tabel 6. Opsi 3 Revisi Regulasi terkait tugas dan wewenang TPF JKN

Nomor	Kriteria	Penjelasan
1.	<i>Technical Feasibility</i>	Secara teknis, alternatif kebijakan ini paling memungkinkan untuk dapat dilaksanakan.
2.	<i>Economic Possibility</i>	Biaya mungkin akan lebih banyak untuk melakukan alternatif kebijakan dibandingkan dengan manfaat yang diperoleh
3.	<i>Political Viability</i>	Alternatif kebijakan dapat diterima sebagian pemangku kepentingan
4.	<i>Administrative Operability</i>	Alternatif kebijakan dapat dilaksanakan

Opsi keempat atau opsi terakhir mengenai penyusunan regulasi *co-payment* untuk peserta JKN, dari empat kriteria yang dinilai menunjukkan bahwa opsi ini belum menjadi pilihan utama saat ini.

Tabel 7. Opsi 4 Penyusunan regulasi mengenai *co-payment* untuk peserta JKN

Nomor	Kriteria	Penjelasan
1.	<i>Technical Feasibility</i>	Secara teknis, alternatif kebijakan sulit dilaksanakan.
2.	<i>Economic Possibility</i>	Biaya untuk melakukan alternatif kebijakan tidak sebanding dengan manfaat yang diperoleh
3.	<i>Political Viability</i>	Alternatif kebijakan belum dapat diterima sebagian pemangku kepentingan
4.	<i>Administrative Operability</i>	Alternatif kebijakan belum dapat dilaksanakan

Pemberian Bobot Kriteria

Setelah pilihan opsi didefinisikan sesuai dengan Kriteria Bardach, maka selanjutnya dilakukan pemberian bobot pada masing-masing kriteria seperti pada tabel 8.

Tabel 8. Bobot Kriteria Analisis Kebijakan PMK Nomor 16 Tahun 2019

Kriteria	Bobot
<i>Technical feasibility</i>	35
<i>Economic and financial possibility</i>	15
<i>Political viability</i>	20
<i>Administrative operability</i>	30
	100%

Pemberian bobot pada masing-masing kriteria ini membantu untuk menentukan kriteria mana yang akan dipilih untuk diimplementasikan.

PEMBAHASAN

Evaluasi dan Pembobotan Pilihan Kebijakan

Berdasarkan hasil analisis empat opsi dari daftar alternatif kebijakan untuk PMK Nomor 16 Tahun 2021 didapatkan ada dua opsi yang paling memungkinkan untuk dilakukan saat ini. Dua opsi ini yang selanjutnya dilakukan pembobotan untuk mendapatkan satu alternatif kebijakan yang dipilih untuk ditindaklanjuti agar PMK Nomor 16 Tahun 2019 dapat berjalan optimal.

Tabel 9. Pembobotan Alternatif Kebijakan PMK Nomor 16 Tahun 2019

Kriteria	Bobot (B) %	Pilihan Kebijakan			
		Optimalkan Fungsi TPF		Revisi Regulasi Fungsi TPF	
		Skor (S)	BxS	Skor (S)	BxS
<i>Technical Feasibility</i>	35	3	1,05	2	0,7
<i>Economic Feasibility</i>	15	1	0,15	3	0,45
<i>Political viability</i>	20	1	0,2	1	0,2
<i>Administrative operability</i>	30	3	0,9	2	0,6
Jumlah			2,3		1,95
Prioritas			1		2

Tabel 9 menunjukkan hasil pembobotan pada 2 (dua) opsi kebijakan yang dipilih berdasarkan kriteria Bardach dan didapatkan bahwa opsi optimalkan fungsi TPF JKN mempunyai bobot lebih tinggi dibandingkan dengan opsi penyusunan revisi regulasi fungsi dan wewenang TPF. Hal ini

dapat dijelaskan pada tabel 10 mengenai penguatan pada fungsi TPF berkaitan juga dengan advokasi kepada masing-masing *stakeholder* JKN.

Tabel 10. Stakeholder yang diadvokasi untuk mendukung Implementasi Kebijakan PMK Nomor 16 Tahun 2019

<i>Stakeholder</i>	Penekanan dalam Advokasi
Kemenkes Dinas Kesehatan	Sebagai lembaga yang menjadi koordinator JKN mulai dari tingkat pusat sampai daerah, Kemenkes maupun Dinkes harus lebih meningkatkan <i>awareness</i> terhadap adanya tindakan <i>fraud</i> /kecurangan di program JKN. Tingginya <i>fraud</i> ini akan menjadi citra buruk pemerintah dalam penyelenggaraan <i>Good Corporate Governance (GCG)</i> dan memengaruhi kualitas layanan dalam kesehatan
Organisasi Profesi	Setiap organisasi profesi di bidang kesehatan wajib ikut mendukung terlaksananya kebijakan program anti <i>fraud</i> di JKN. Pemberian pelayanan kesehatan harus mengedepankan prinsip etika, <i>safety patient</i> , dan transparansi publik.
KPK	KPK sebagai lembaga pemerintah anti korupsi di Indonesia, diharapkan lebih mendorong lagi upaya penegakan anti korupsi termasuk di antaranya korupsi dalam penyelenggaraan program JKN.

Analisis Peran Kemenkes dan Dinas kesehatan

Sebagai lembaga yang menjadi koordinator JKN mulai dari tingkat pusat sampai daerah, Kemenkes maupun Dinkes harus lebih meningkatkan *awareness* terhadap adanya tindakan *fraud*/kecurangan di program JKN. Tingginya *fraud* ini akan menjadi citra buruk pemerintah dalam penyelenggaraan GCG dan mempengaruhi kualitas layanan dalam kesehatan. Setiap organisasi profesi di bidang kesehatan wajib ikut mendukung terlaksananya kebijakan program anti *fraud* di JKN. Pemberian layanan kesehatan harus mengedepankan prinsip etika, *safety patient*, dan transparansi publik.

Analisis Peran KPK

KPK sebagai lembaga pemerintah anti korupsi di Indonesia, diharapkan lebih mendorong upaya penegakan anti korupsi termasuk di antaranya korupsi dalam penyelenggaraan program JKN. KPK bekerja sama dengan UGM dalam hal edukasi dan advokasi kepada kelompok regulator. Kerja sama ini menghasilkan rencana aksi pemberantasan korupsi oleh 3 (tiga) Dinas Kesehatan yaitu Yogyakarta, Kupang dan Bandung. (Djasri et al., 2016)

Terkait dengan advokasi, beberapa *stakeholder* yang mempunyai potensi baik untuk dilakukan advokasi secara intensif untuk mendukung tujuan implementasi kebijakan program anti *fraud* JKN. Yang pertama adalah Kemenkes dan Dinas Kesehatan. Sebagai lembaga yang berfungsi sebagai koordinator dalam program JKN mulai dari tingkat pusat sampai daerah, Kemenkes maupun Dinkes

harus lebih meningkatkan *awareness* terhadap adanya tindakan *fraud*/kecurangan di program JKN. Tingginya *fraud* ini akan menjadi citra buruk pemerintah dalam penyelenggaraan GCG dan mempengaruhi kualitas layanan dalam kesehatan. Yang kedua adalah Organisasi Profesi seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Ikatan Apoteker Indonesia (IAI), Persatuan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Indonesia (PKFI), dan lain-lain. Setiap organisasi profesi di bidang kesehatan wajib ikut mendukung terlaksananya kebijakan program anti *fraud* di JKN. Pemberian pelayanan kesehatan harus mengedepankan prinsip etika, *safety patient*, dan transparansi publik. Dan yang terakhir adalah KPK. KPK sebagai lembaga pemerintah anti korupsi di Indonesia, diharapkan lebih mendorong lagi upaya penegakan anti korupsi termasuk di antaranya korupsi dalam penyelenggaraan program JKN.

SIMPULAN

Kebijakan implementasi program anti *fraud* JKN ini mempunyai beberapa masalah yang harus diselesaikan. Dan masalah utama yang terjadi adalah kurangnya kepedulian dari masing-masing *stakeholder* untuk berperan aktif dalam pelaksanaannya. Hal ini menjadi hambatan dalam implementasinya. Dari hasil analisis terhadap PMK Nomor 16 Tahun 2019 didapatkan:

1. Aspek isi: Terdapat ketidakjelasan definisi operasional dari kategori pelaku *fraud* termasuk dengan penjelasan dari tindakan pencegahan *fraud* masing-masing unsur sehingga berpotensi membuat kebijakan ini tidak dapat diimplementasikan dengan optimal.
2. Aspek proses: PMK ini dibuat untuk memberikan dasar hukum bagi pelaku tindakan *fraud* pada program JKN, namun dalam penyusunannya masih terdapat celah dalam implementasinya.
3. Aspek aktor: tim penyusun PMK sudah melibatkan unsur regulator, organisasi profesi dan pemangku kepentingan lainnya.

Dari beberapa aspek di atas dan analisis terhadap PMK Nomor 16 Tahun 2019, diambil beberapa opsi alternatif kebijakan yang diukur dan terakhir disimpulkan bahwa opsi optimalkan fungsi TPF JKN merupakan pilihan yang dapat diambil untuk mendorong implementasi PMK Nomor 16 Tahun 2019 saat ini.

Rekomendasi hasil analisis terhadap PMK Nomor 16 Tahun 2019 ini adalah perlunya upaya advokasi kepada *stakeholder* yang mempunyai potensi untuk mendukung tercapainya tujuan utama kebijakan ini. Timbulnya *fraud* juga tak lepas dari masih adanya celah dalam pembiayaan kesehatan yang berujung pada tindakan *fraud* sebagai upaya *coping strategy* dari RS. Sehingga perlu adanya kajian lebih mendalam dan evaluasi terhadap sistem pembayaran JKN. Namun demikian, juga perlu diwaspadai adanya tindakan *fraud* dengan motivasi mencari keuntungan sebesar-besarnya oleh RS. Karena hal ini akan membutuhkan terapi yang berbeda, salah satunya adalah ketegasan aturan

memberikan sanksi kepada RS yang melakukan *fraud* termasuk peninjauan kerja sama dalam memberikan pelayanan kepada peserta JKN.

DAFTAR RUJUKAN

- Ai, J., Russomanno, J., Guigou, S., & Allan, R. (2021). A Systematic Review and Qualitative Assessment of Fraud Detection Methodologies in Health Care. *North American Actuarial Journal*, 0(0), 1–26. <https://doi.org/10.1080/10920277.2021.1895843>
- Bardach, E., & Patashnik, E. M. (2015). *A practical guide for policy analysis fifth editon*.
- Djasri, H., Rahma, P. A., & Hasri, E. T. (2016). Korupsi Dalam Pelayanan Kesehatan Di Era Jaminan Kesehatan Nasional: Kajian Besarnya Potensi Dan Sistem Pengendalian Fraud. *Integritas*, 2(1), 113–133.
- European Commission. (2013). *Study on Corruption in the Healthcare Sector* (Issue October). <https://doi.org/10.2837/58154>
- Gaitonde, R., Oxman, A. D., Okebukola, P. O., & Rada, G. (2016). Interventions to reduce corruption in the health sector. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008856.pub2>
- Gee, J., & Button, M. (2015). The financial cost of fraud 2015: What data from around the world shows. *PFK Littlejohn LLP and University of Portsmouth*, 1–24.
- Hendartini, Y. (2014). *Deteksi dan Investigasi Fraud dalam Asuransi Kesehatan : Bagaimana di Indonesia ?* 1–19.
- Hussmann, K. (2011). Addressing Corruption in the Health Sector: Securing Equitable Access to Health Care for Everyone. *U4 Issue*, 1, 39.
- Khairi, H. (2008). Konsep Dasar Kebijakan Publik. *Atmospheric Environment*, 42(13), 2934–2947.
- McGee, J., Sandridge, L., Treadway, C., Vance, K., & Coustasse, A. (2018). Strategies for Fighting Medicare Fraud. *The Health Care Manager*, 37(2), 147–154.
- Sadikin, H., & Adisasmito, W. (2016). Analisis Pengaruh Dimensi Fraud Triangle Dalam Kebijakan Pencegahan Fraud Terhadap Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUP Nasional Cipto Mangunkusumo. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(2), 28–34. <https://doi.org/10.7454/eki.v1i2.1871>
- Santoso, B., Hendartini, J., Djoko Rianto, B. U., & Trisnantoro, L. (2018). System for Detection of National Healthcare Insurance Fraud Based on Computer Application. *Public Health of Indonesia*, 4(2), 46–56. <https://doi.org/10.36685/phi.v4i2.199>
- Simborg, D. W. (2008). Healthcare Fraud: Whose Problem is it Anyway? *Journal of the American Medical Informatics Association*, 15(3), 278–280. <https://doi.org/10.1197/jamia.M2672>

- Soputan, R., Tinangon, J., & Lambey, L. (2018). Analisis Resiko Kecurangan terhadap Sistem Pengelolaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Di FKTP Pemerintah Kota Bitung. *Jurnal Riset Akuntansi Dan Auditing "Goodwill,"* 9(2), 140–149.
<https://doi.org/10.35800/jjs.v9i2.26469>
- Stowell, N. F., Schmidt, M., & Wadlinger, N. (2018). Healthcare fraud under the microscope: improving its prevention. *Journal of Financial Crime,* 25(4), 1039–1061.
<https://doi.org/10.1108/JFC-05-2017-0041>
- Trisnantoro, L., & Hendartini, Y. (2014). *Fraud di Jaminan Kesehatan Nasional.* 1–25.