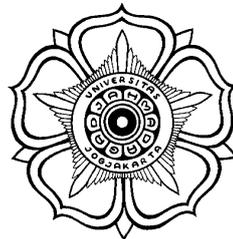


Bidang Unggulan*:	Kesehatan, penyakit tropis, gizi dan obat
Kode>Nama Rumpun Ilmu**:	351/ Kesehatan Masyarakat

**USULAN
PENELITIAN UNGGULAN UNIVERSITAS GADJAH MADA
TAHUN ANGGARAN 2015**



**PERSEPSI STAKEHOLDER MENGENAI FRAUD DALAM ERA
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL**

TIM PENGUSUL

1. Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc., PhD (0027086104)
2. DR. Atik Triratnawati, M.A (0016086105)
3. dr. Hanevi Djasri, MARS
4. drg. Puti Aulia Rahma, MPH

**UNIVERSITAS GADJAH MADA
April 2014**

Judul Kegiatan : PERSEPSI STAKEHOLDER MENGENAI FRAUD DALAM ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
Kode/ Nama Rumpun Ilmu : 351/ KESEHATAN MASYARAKAT
Bidang Unggulan PT : Kesehatan, Penyakit Tropis, Gizi, dan Obat
Topik Unggulan : Jaminan Kesehatan Nasional
Ketua Peneliti
A. Nama Lengkap : Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc, PhD

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	2
RINGKASAN.....	4
BAB 1. PENDAHULUAN	5
A. Latar Belakang Masalah	5
B. Perumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Telaah Pustaka	8
I. Sistem Jaminan Kesehatan Nasional	8
II. INA CBG's	8
III. Persepsi	10
IV. Fraud dalam Layanan Kesehatan	11
B. Kerangka Teori	17
C. Kerangka Konsep	17
D. Pertanyaan Penelitian	17
BAB 3. METODE PENELITIAN	18
A. Rancangan Penelitian	18
B. Lokasi Penelitian	18
C. Subjek Penelitian	18
D. Instrumen Penelitian	18
D. Cara Analisis Data	19
E. Etika Penelitian	20
BAB 4. LUARAN PENELITIAN	22
BAB 5. BIAYA DAN JADUAL PENELITIAN	1
I. Anggaran Biaya	1
II. Jadwal Penelitian	1

SURAT PERNYATAAN KETUA PENELITI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc., PhD
NIDN : 0027086104
Pangkat / Golongan : IV A / Pembina
Jabatan Fungsional : Guru Besar

Dengan ini menyatakan bahwa proposal penelitian saya dengan judul:

“Persepsi Stakeholder Mengenai Fraud Dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional”

Yang diusulkan dalam Penelitian Unggulan UGM untuk tahun anggaran 2015 bersifat **original dan belum pernah dibiayai oleh lembaga/sumber dana lain.**

Bilamana dikemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia dituntut dan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan mengembalikan seluruh biaya penelitian yang sudah diterima ke kas negara.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dengan sebenar-benarnya.

Yogyakarta, 27 April 2014

Mengetahui,
Ketua LPPM UGM

Yang menyatakan,



(Prof. Dr. Suratman, M.Sc.)
NIP. 195406061982011001

Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc., PhD
NIP. 196108271990031002

RINGKASAN

Latar belakang:

Pada tahun 2014, Indonesia melaksanakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di bawah naungan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dalam 4 bulan pelaksanaan, dari berbagai pemberitaan di media, program ini banyak sekali keluhan yang datang dari berbagai pihak seperti manajer rumah sakit maupun dokter. Mereka melayangkan keluhan terkait rendahnya tarif INA CBG yang diterapkan. Rendahnya tarif ini dikhawatirkan dapat menurunkan pendapatan rumah sakit dan para dokter. Kondisi ini diduga dapat mendorong terjadinya fraud dalam era JKN ini. Dalam banyak kasus, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Shahriari (2001), fraud dalam layanan kesehatan terjadi karena: (1) tenaga medis bergaji rendah, (2) adanya ketidakseimbangan antara sistem layanan kesehatan dan beban layanan kesehatan, (3) penyedia layanan tidak memberi insentif yang memadai, (4) kekurangan pasokan peralatan medis, (5) inefisiensi dalam sistem, (6) kurangnya transparansi dalam fasilitas kesehatan, dan (7) faktor budaya.

Tujuan:

Penelitian ini bertujuan untuk: (1) mengeksplorasi persepsi stakeholder mengenai fraud dalam layanan kesehatan dan (2) mengetahui masalah-masalah yang menyebabkan fraud dalam layanan kesehatan. Diharapkan setelah tergali persepsi stakeholder mengenai fraud, dapat disusun rekomendasi yang efektif untuk pencegahan fraud dalam layanan kesehatan.

Metode:

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Penelitian akan dilaksanakan di rumah-rumah sakit peserta BPJS dan kantor BPJS di Yogyakarta. Pemilihan subjek dalam penelitian ini dilakukan dengan metode *purposive sampling*. Data dalam penelitian ini dikumpulkan melalui enam kali FGD dan 50 kali *indepth interview*. Hasil penelitian akan dianalisis secara deskriptif (untuk data karakteristik subjek). Sedangkan data kualitatif akan dianalisis menggunakan software OpenCode.

Kata Kunci: jaminan kesehatan nasional, BPJS, fraud dalam layanan kesehatan

BAB 1. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pada tahun 2014, Indonesia melaksanakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di bawah naungan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dalam 4 bulan pelaksanaan, dari berbagai pemberitaan di media, program ini banyak sekali keluhan yang datang dari berbagai pihak seperti manajer rumah sakit maupun dokter. Mereka melayangkan keluhan terkait rendahnya tarif INA CBG yang diterapkan. Rendahnya tarif ini dikhawatirkan dapat menurunkan pendapatan rumah sakit dan para dokter. Kondisi ini diduga dapat mendorong terjadinya fraud dalam era JKN ini. Dalam banyak kasus, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Shahriari (2001), fraud dalam layanan kesehatan terjadi karena: (1) tenaga medis bergaji rendah, (2) adanya ketidakseimbangan antara sistem layanan kesehatan dan beban layanan kesehatan, (3) penyedia layanan tidak memberi insentif yang memadai, (4) kekurangan pasokan peralatan medis, (5) inefisiensi dalam sistem, (6) kurangnya transparansi dalam fasilitas kesehatan, dan (7) faktor budaya.

Secara umum, fraud adalah sebuah tindakan kriminal menggunakan metode-metode yang tidak jujur untuk mengambil keuntungan dari orang lain (Merriam-Webster Online Dictionary). Secara khusus, fraud dalam jaminan kesehatan didefinisikan sebagai sebuah tindakan untuk mencurangi atau mendapat manfaat program layanan kesehatan dengan cara yang tidak sepatutnya (HIPAA Report, 1996).

Fraud dalam bidang kesehatan banyak sekali bentuknya. Setidaknya ada 10 bentuk populer fraud yang sering dilakukan (Piper, 2013). Pertama, mengklaim pelayanan yang tidak pernah diberikan. Ini adalah bentuk yang paling sering dilakukan. Kedua, mengklaim layanan yang tidak dapat ditanggung asuransi, sebagai layanan yang ditanggung asuransi. Ketiga, memalsukan waktu layanan. Keempat, memalsukan lokasi layanan. Kelima, memalsukan pemberi layanan kesehatan. Keenam, mengklaim tagihan yang seharusnya dibayar pasien. Ketujuh, pelaporan diagnosis dan prosedur yang salah agar mendapat keuntungan lebih. Kedelapan, memberi pelayanan yang berlebihan. Kesembilan, korupsi atau sogokan. Kesepuluh, persepan obat yang tidak perlu.

Dokter maupun rumah sakit dapat melakukan *coping strategy* sebagai langkah untuk menutupi kekurangan mereka atau paling tidak memang bertujuan mencari keuntungan meskipun dari sesuatu yang illegal (Lerberghe et al. 2002). Mekanisme coping ini hadir ketika sistem pengawasan lemah dan tidak mampu menutupi peluang oknum untuk melakukan fraud. Oknum tentu akan terus menerus melakukan kecurangan ini sepanjang

mereka masih bisa menikmati keuntungan dengan kesempatan yang selalu terbuka untuk melakukan kecurangan (Ferrinho et al. 2004). Beberapa kasus tersebut tentu akan memberikan kerugian pada pasien maupun pihak asuransi sendiri.

Fraud dapat juga dilakukan oleh lembaga BPJS itu sendiri. Fraud, sebagai bagian dari korupsi, secara potensial dapat terjadi di semua cabang pemerintahan, misalnya birokrasi, angkatan bersenjata, lembaga peradilan dan jenis transaksinya dapat bervariasi mulai dari skala kecil yang melibatkan pegawai tingkat rendah hingga hingga pegawai tingkat tertinggi (Hamilton-Hart, 2001).

Dalam laporan Transparency International Bulgaria (2005), aktor-aktor yang dapat terlibat dalam terjadinya fraud adalah: (a) regulator (kementerian kesehatan, parlemen, maupun komisi pengawas); (b) pihak pembayar (organisasi jaminan sosial, dan asuransi kesehatan). Pihak pembayar ini dapat dicurangi oleh “aktor” lain maupun mencurangi aktor lain. Pihak pembayar dapat melakukan fraud dengan memberi uang tunai langsung ke provider (dokter) agar bersedia memberi pelayanan tertentu kepada peserta asuransinya; (c) provider layanan kesehatan (rumah sakit, dokter, perawat, dan farmasi). Provider layanan kesehatan sangat berpeluang untuk melakukan fraud karena mereka memiliki pengaruh yang kuat dalam membuat keputusan medis seperti peresepan obat, menentukan lama waktu perawatan, serta merujuk pasien untuk perawatan lain atau pemeriksaan laboratorium; (d) pasien. Bentuk-bentuk fraud yang dapat dilakukn pasien adalah menyuap dokter agar bersedia memberi pelayanan lebih cepat, penggunaan kartu asuransi kesehatan milik orang lain, maupun memanipulasi penghasilan agar tidak perlu membayar biaya asuransi terlalu besar; (e) supplier (produsen peralatan medis, atau perusahaan farmasi). Perusahaan farmasi dapat mendorong provider untuk menggunakan produknya dengan cara-cara yang kurang pantas.

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya untuk masyarakat miskin, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah menentukan kebijakan penerapan konsep INA-CBG (Indonesia Case Base Groups) sebagai sistem pembayaran pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (DeLone & McLean 1992). INA CBGs merupakan kelanjutan dari aplikasi Indonesia Diagnosis Related Groups (INA DRGs). Aplikasi INA CBGs menggantikan fungsi dari aplikasi INA DRG yang saat itu digunakan pada Tahun 2008. Dalam persiapan penggunaan INA CBG dilakukan pembuatan software entry data dan migrasi data, serta membuat surat edaran mengenai implementasi INA-CBGs. Sistem pembayaran INA-CBGs merupakan pembayaran berdasarkan tarif pengelompokan diagnosis yang mempunyai kedekatan secara klinis dan homogenitas sumber daya yang dipergunakan

(Fetter, R. et al. 1980). Konsep perhitungan dan besaran tarif dari hasil perhitungan INA-CBGs inilah yang dianggap beberapa kalangan belum memadai. Kondisi ini dapat mendorong terjadinya fraud dalam layanan kesehatan.

Penelitian ini akan menggali persepsi stakeholder mengenai fraud dalam era JKN. Sebagaimana didokumentasikan oleh Di Tella and Savedoff (2001) (dalam Vian, 2005), penelitian atau survey mengenai persepsi merupakan salah satu pendekatan yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi kecenderungan terjadinya korupsi dalam sistem kesehatan. Di Indonesia, penelitian terkait fraud maupun korupsi dalam bidang kesehatan masih sulit ditemukan. Perlu sekali dilakukan penelitian untuk menggali persepsi stakeholder terkait fraud dalam era JKN ini untuk melihat kecenderungan terjadinya fraud dikemudian hari. Dari persepsi yang dikemukakan oleh para stakeholder peneliti diharapkan dapat menyusun sebuah rekomendasi pencegahan fraud dalam bidang kesehatan yang efektif.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan di atas, maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah persepsi stakeholder terhadap fraud dalam era Jaminan Kesehatan Nasional?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk:

1. Mengeksplorasi persepsi stakeholder mengenai fraud dalam layanan kesehatan
2. Mengetahui masalah-masalah yang menyebabkan fraud dalam layanan kesehatan
3. Memberi rekomendasi pencegahan fraud yang efektif

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini bermanfaat untuk menggali kecenderungan terjadinya fraud dalam layanan kesehatan. Dengan diketahui adanya kecenderungan tersebut dapat disusun sebuah rekomendasi pencegahan fraud yang efektif sesuai situasi yang ada di Indonesia.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

I. Sistem Jaminan Kesehatan Nasional

Peraturan Menteri Kesehatan No 71 Tahun 2013 pasal 26 ayat 3 menjelaskan bahwa dalam hal terdapat sengketa indikasi medis antara peserta, fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan, diselesaikan oleh dewan pertimbangan klinis yang dibentuk oleh Menteri.

a. Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN)

Menurut UU No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pasal 7 menjelaskan bahwa DJSN bertugas: (1) melakukan kajian dan penelitian yang berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan sosial, (2) mengusulkan kebijakan investasi dana jaminan sosial nasional, (3) mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi penerima bantuan iuran dan tersedianya anggaran operasional kepada Pemerintah.

b. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Menurut UU No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), BPJS adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS bertanggungjawab kepada Presiden. BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS memiliki wewenang yang salah satunya adalah membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah.

BPJS bertugas untuk: (1) melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta, (2) memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja, (3) menerima bantuan iuran dari pemerintah, (4) mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta, (5) membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial dan (6) memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

II. INA CBG's

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya untuk masyarakat miskin, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah menentukan kebijakan penerapan konsep INA-CBG (Indonesia Case Base Groups) sebagai sistem pembayaran pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (DeLone & McLean 1992).

INA CBGs merupakan kelanjutan dari aplikasi Indonesia Diagnosis Related Groups (INA DRGs). Aplikasi INA CBGs menggantikan fungsi dari aplikasi INA DRG yang saat itu digunakan pada Tahun 2008. Dalam persiapan penggunaan INA CBG dilakukan pembuatan software entry data dan migrasi data, serta membuat surat edaran mengenai implementasi INA-CBGs. Sistem pembayaran INA-CBGs merupakan pembayaran berdasarkan tarif pengelompokan diagnosis yang mempunyai kedekatan secara klinis dan homogenitas sumber daya yang dipergunakan (Fetter, R. et al. 1980).

Konsep INA-CBGs semula bernama INA-DRG (Indonesia Diagnosis Related Groups). Konsep INA-DRGs ini telah diterapkan selama kurun waktu 5 tahun terakhir di Indonesia. Pengelompokan diagnosis INA-DRG diperbarui dengan INA-CBGs pada tahun 2011 dengan software pengelompokan diagnosis yang disempurnakan. DRG merupakan skema pengelompokan pasien yang didasarkan pada keragaman kasus yang dialami pasien (case mix). Keragaman kasus pasien didasarkan pada komorbiditas dan komplikasi dan intensitas jenis pelayanan medis yang diterima pasien (Fetter, R. et al. 1980). Komplek berhubungan dengan jenis pelayanan medis yang diberikan. Intensif berhubungan dengan jumlah pelayanan medis per pasien per hari atau hospital stay. DRG merupakan metode pembayaran pelayanan kesehatan prospektif berdasarkan perbedaan dalam bauran casemix (Grimaldi & Micheletti 1983).

Tahun 2011, National Casemix Center Kemenkes melihat adanya ketidakcocokan tarif INA CBGs bagi rumah sakit, kemudian dilakukan evaluasi secara berkala dan menghasilkan tarif sesuai dengan Kepmenkes Nomor 440 tahun 2012 tentang Penetapan Tarif Rumah Sakit Berdasarkan Indonesia Case Based Groups (INA-CBGs). Bahwa tarif INA CBG dibagi menjadi empat regional terdiri dari regional 1 daerah Jawa dan Bali, regional 2 Sumatera, Regional 3 daerah Kalimantan, Sulawesi dan Nusa Tenggara Barat (NTB) dan regional 4 daerah Nusa Tenggara Timur (NTT), Maluku, Maluku Utara, Papua dan Papua Barat. Sekaligus menjelaskan tarif INA CBG dalam setiap regional menurut tipe dan kelas rumah sakit, terdiri dari tarif Rumah Sakit Umum dan Khusus Kelas A, Kelas B Pendidikan, Kelas B Non Pendidikan, Kelas C dan Kelas D, Tarif RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Tarif RSAB Harapan Kita Jakarta, Tarif RSJP Harapan Kita Jakarta dan Tarif RS Kanker Dharmais Jakarta, Tarif RS Khusus Stroke Nasional Bukittinggi, Tarif RSKO Jakarta dan Tarif RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso Jakarta (Kepmenkes, 2012).

Kemudian adanya penambahan pada 7 kelompok CBGs baru yang dibayarkan terpisah, yaitu kasus kronik, kasus sub kronik, prosedur mahal, obat mahal, pemeriksaan mahal dan

prosthesis/implant yang mahal. Tentunya setiap periode tertentu dilakukan perubahan dari segi metodologinya dan akan melibatkan banyak pihak. Tarif juga digunakan untuk kelas III, II, dan I dan dijabarkan dalam peraturan menteri (Permenkes, 2013).

III. Persepsi

Persepsi adalah proses yang digunakan individu mengelola dan menafsirkan kesan indera mereka dalam rangka memberikan makna kepada lingkungan mereka. Meski demikian apa yang dipersepsikan seseorang dapat berbeda dari kenyataan yang obyektif (Robbins, 2006). Menurut Notoatmodjo (2005), ada banyak faktor yang akan menyebabkan stimulus masuk dalam rentang perhatian seseorang. Faktor tersebut dibagi menjadi dua bagian besar yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal adalah faktor yang melekat pada objeknya, sedangkan faktor internal adalah faktor yang terdapat pada orang yang mempersepsikan stimulus tersebut.

1. Faktor Eksternal

a. Kontras

Cara termudah dalam menarik perhatian adalah dengan membuat kontras baik warna, ukuran, bentuk atau gerakan.

b. Perubahan Intensitas

Suara yang berubah dari pelan menjadi keras, atau cahaya yang berubah dengan intensitas tinggi akan menarik perhatian seseorang.

c. Pengulangan (*repetition*)

Dengan pengulangan, walaupun pada mulanya stimulus tersebut tidak termasuk dalam rentang perhatian kita, maka akan mendapat perhatian kita.

d. Sesuatu yang baru (*novelty*)

Suatu stimulus yang baru akan lebih menarik perhatian kita daripada sesuatu yang telah kita ketahui.

e. Sesuatu yang menjadi perhatian orang banyak

Suatu stimulus yang menjadi perhatian orang banyak akan menarik perhatian seseorang.

2. Faktor Internal

a. Pengalaman atau pengetahuan

Pengalaman atau pengetahuan yang dimiliki seseorang merupakan faktor yang

sangat berperan dalam menginterpretasikan stimulus yang kita peroleh. Pengalaman masa lalu atau apa yang telah dipelajari akan menyebabkan terjadinya perbedaan interpretasi.

b. Harapan (*expectation*)

Harapan terhadap sesuatu akan mempengaruhi persepsi terhadap stimulus.

c. Kebutuhan

Kebutuhan akan menyebabkan seseorang menginterpretasikan stimulus secara berbeda. Misalnya seseorang yang mendapatkan undian sebesar 25 juta akan merasa banyak sekali jika ia hanya ingin membeli sepeda motor, tetapi ia akan merasa sangat sedikit ketika ia ingin membeli rumah.

d. Motivasi

Motivasi akan mempengaruhi persepsi seseorang. Seseorang yang termotivasi untuk mengumpulkan kekayaan dengan menghalalkan segala cara, maka akan menganggap aktivitas fraud adalah hal yang biasa saja.

e. Emosi

Emosi seseorang akan mempengaruhi persepsinya terhadap stimulus yang ada. Misalnya seseorang yang sedang jatuh cinta akan mempersepsikan semuanya serba indah.

f. Budaya

Seseorang dengan latar belakang budaya yang sama akan menginterpretasikan orang-orang dalam kelompoknya secara berbeda, namun akan mempersepsikan orang-orang di luar kelompoknya sebagai sama saja.

Sebagaimana didokumentasikan oleh Di Tella and Savedoff (2001) (dalam Vian, 2005), penelitian atau survey mengenai persepsi merupakan salah satu pendekatan yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi kecenderungan terjadinya korupsi dalam sistem kesehatan.

IV. Fraud dalam Layanan Kesehatan

a. Pengertian Fraud dalam Layanan Kesehatan

Secara umum, fraud adalah sebuah tindakan kriminal menggunakan metode-metode yang tidak jujur untuk mengambil keuntungan dari orang lain (Merriam-Webster Online Dictionary). Secara khusus, fraud dalam jaminan kesehatan didefinisikan sebagai

sebuah tindakan untuk mencurangi atau mendapat manfaat program layanan kesehatan dengan cara yang tidak sepatutnya (HIPAA Report, 1996).

Fraud dalam bidang kesehatan banyak sekali bentuknya. Setidaknya ada 10 bentuk populer fraud yang sering dilakukan (Piper, 2013). Pertama, mengklaim pelayanan yang tidak pernah diberikan. Ini adalah bentuk yang paling sering dilakukan. Kedua, mengklaim layanan yang tidak dapat ditanggung asuransi, sebagai layanan yang ditanggung asuransi. Ketiga, memalsukan waktu layanan. Keempat, memalsukan lokasi layanan. Kelima, memalsukan pemberi layanan kesehatan. Keenam, mengklaim tagihan yang seharusnya dibayar pasien. Ketujuh, pelaporan diagnosis dan prosedur yang salah agar mendapat keuntungan lebih. Kedelapan, memberi pelayanan yang berlebihan. Kesembilan, korupsi atau sogokan. Kesepuluh, peresepan obat yang tidak perlu.

Dalam Media Otonomi (2005), suatu aktivitas bisa dikategorikan sebagai tindakan fraud bila mencakup hal-hal berikut: (1) melibatkan lebih dari satu orang; (2) tidak hanya berlaku di kalangan pegawai negeri atau anggota birokrasi negara, tapi juga terjadi di organisasi usaha swasta; (3) dapat berbentuk menerima sogok, uang kopi, salam tempel, uang semir, uang pelancar, baik dalam bentuk uang tunai, atau benda, atau wanita; (4) umumnya serba rahasia, kecuali sudah membudaya; (5) melibatkan elemen kewajiban dan keuntungan timbal balik yang tidak selalu berupa uang; (6) setiap tindak pidana korupsi mengandung penipuan, biasanya pada badan publik atau masyarakat umum; (7) setiap perbuatan korupsi melanggar norma-norma tugas dan pertanggungjawaban dalam tatanan masyarakat; dan (8) dibidang swasta, korupsi dapat berbentuk menerima pembayaran uang, dan sebagainya, untuk membuka rahasia perusahaan tempat orang bekerja, mengambil komisi yang seharusnya hak perusahaan.

b. Pelaku Fraud dalam Layanan Kesehatan

Contoh bentuk fraud dalam dalam sistem layanan kesehatan, seperti yang terjadi di Liberia, adalah pengantongan retribusi pembayaran asuransi secara berlebihan (dari klaim yang seharusnya) (UNDP, 2011). Dokter maupun rumah sakit dapat melakukan coping strategy sebagai langkah untuk menutupi kekurangan mereka atau paling tidak memang bertujuan mencari keuntungan meskipun dari sesuatu yang illegal (Lerberghe et al. 2002). Mekanisme koping ini hadir ketika sistem pengawasan lemah dan tidak mampu menutupi peluang oknum untuk melakukan fraud. Oknum tentu akan terus menerus melakukan kecurangan ini sepanjang mereka masih bisa menikmati keuntungan dengan kesempatan yang selalu terbuka untuk melakukan kecurangan (Ferrinho et al. 2004).

Fraud dapat juga dilakukan oleh lembaga BPJS itu sendiri. Fraud, sebagai bagian dari korupsi, secara potensial dapat terjadi di semua cabang pemerintahan, misalnya birokrasi, angkatan bersenjata, lembaga peradilan dan jenis transaksinya dapat bervariasi mulai dari skala kecil yang melibatkan pegawai tingkat rendah hingga hingga pegawai tingkat tertinggi (Hamilton-Hart, 2001).

Dalam laporan Transparency International Bulgaria (2005), aktor-aktor yang dapat terlibat dalam terjadinya fraud adalah: (a) regulator (kementerian kesehatan, parlemen, maupun komisi pengawas); (b) pihak pembayar (organisasi jaminan sosial, dan asuransi kesehatan). Pihak pembayar ini dapat dicurangi oleh “aktor” lain maupun mencurangi aktor lain. Pihak pembayar dapat melakukan fraud dengan memberi uang tunai langsung ke provider (dokter) agar bersedia memberi pelayanan tertentu kepada peserta asuransinya; (c) provider layanan kesehatan (rumah sakit, dokter, perawat, dan farmasi). Provider layanan kesehatan sangat berpeluang untuk melakukan fraud karena mereka memiliki pengaruh yang kuat dalam membuat keputusan medis seperti peresepan obat, menentukan lama waktu perawatan, serta merujuk pasien untuk perawatan lain atau pemeriksaan laboratorium; (d) pasien. Bentuk-bentuk fraud yang dapat dilakukn pasien adalah menyuap dokter agar bersedia memberi pelayanan lebih cepat, penggunaan kartu asuransi kesehatan milik orang lain, maupun memanipulasi penghasilan agar tidak perlu membayar biaya asuransi terlalu besar; (e) supplier (produsen peralatan medis, atau perusahaan farmasi). Perusahaan farmasi dapat mendorong provider untuk menggunakan produknya dengan cara-cara yang kurang pantas.

c. Dampak Fraud dalam Layanan Kesehatan

Fraud dalam bidang kesehatan terbukti berpotensi menimbulkan kerugian finansial negara dalam jumlah yang tidak sedikit. Sebagai contoh, pontesi kerugian akibat fraud di dunia adalah sebesar 7,29% dari dana kesehatan yang dikelola tiap tahunnya. Data dari FBI di AS menunjukkan bahwa potensi kerugian yang mungkin ditimbulkan akibat fraud layanan kesehatan adalah sebesar 3 – 10% dari dana yang dikelola. Data lain yang bersumber dari penelitian University of Portsmouth menunjukkan bahwa potensi fraud di Inggris adalah sebesar 3 – 8 % dari dana yang dikelola. Fraud juga menimbulkan kerugian sebesar 0,5 – 1 juta dollar Amerika di Afrika Selatan berdasar data dari Simanga Msane dan Qhubeka Forensic dan Qhubeka Forensic Services (lembaga investigasi fraud) (Bulletin WHO, 2011).

Menurut Vian (2002), fraud akibat penyalahgunaan wewenang dapat mengurangi sumber daya, menurunkan kualitas, rendahnya keadilan dan efisiensi, meningkatkan biaya, serta mengurangi efektivitas dan jumlah.

d. Penyebab Fraud dalam Layanan Kesehatan

Dalam banyak kasus, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Shahriari (2001), fraud dalam layanan kesehatan terjadi karena: (1) tenaga medis bergaji rendah, (2) adanya ketidakseimbangan antara sistem layanan kesehatan dan beban layanan kesehatan, (3) penyedia layanan tidak memberi insentif yang memadai, (4) kekurangan pasokan peralatan medis, (5) inefisiensi dalam sistem, (6) kurangnya transparansi dalam fasilitas kesehatan, dan (7) faktor budaya.

Dalam laporan Transparency International (2006), karakteristik-karakteristik dalam sistem kesehatan yang menyebabkan terbukanya peluang dan potensi terjadinya korupsi yaitu: (a) ketidakseimbangan informasi antara tenaga kesehatan dan pasien maupun antara perusahaan farmasi dan panitia pengadaan; (b) ketidakpastian pasar dalam bidang kesehatan. Misalnya dalam situasi “darurat” dapat menyebabkan Pejabat Pemerintah yang berwenang mengambil kebijakan untuk pengadaan barang dan jasa tidak mengikuti ketentuan; dan (c) kompleksitas sistem kesehatan.

e. Aspek Hukum Terkait Fraud dalam Layanan Kesehatan

Di Indonesia, ada dua aspek hukum fraud dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yaitu aspek hukum pidana yang diatur dalam Pasal 379 jo Pasal 379a jo Pasal 381 KUHP dan aspek hukum perdata yang diatur dalam Pasal 1365 jo Pasal 1366 dan 1367 KUHPperdata. Walaupun tidak disebut secara langsung dalam pasal-pasal tersebut, namun fraud dalam JKN dikategorikan sebagai penipuan.

Dalam pasal 378 KUHP disebutkan bahwa:

“Barang siapa dengan maksud untuk menguntungkan diri sendiri atau orang lain dengan melawan hukum, dengan memakai nama palsu atau martabat palsu, dengan tipu muslihat ataupun dengan rangkaian kebohongan menggerakkan orang lain untuk menyerahkan sesuatu benda kepadanya, atau supaya memberi hutang maupun menghapuskan piutang, diancam karena penipuan dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun” .

Menurut Rimawati (2014) berdasar bunyi Pasal 378 KUHP diatas, maka secara yuridis delik penipuan harus memenuhi unsur-unsur pokok berupa: (a) Unsur Subyektif Delik berupa kesengajaan pelaku untuk menipu orang lain yang dirumuskan dalam pasal undang-undang dengan kata-kata: *“dengan maksud untuk menguntungkan diri sendiri*

atau orang lain secara melawan hukum"; dan (b) Unsur Obyektif Delik yang terdiri atas: (1) Unsur barang siapa; (2) Unsur menggerakkan orang lain agar orang lain tersebut menyerahkan suatu benda / memberi hutang / menghapuskan piutang; dan (3) Unsur cara menggerakkan orang lain yakni dengan memakai nama palsu / martabat atau sifat palsu / tipu muslihat / rangkaian kebohongan. Unsur poin 3 di atas yaitu mengenai upaya/ cara adalah unsur utama untuk menentukan apakah perbuatan tersebut dapat dikategorikan sebagai penipuan.

Dari aspek hukum perdata, fraud dalam layanan kesehatan dapat dilihat pengaturannya sebagai suatu tindakan curang atau perbuatan melawan hukum yang menimbulkan kerugian pada pihak lain dengan mengacu kepada Pasal 1365 jo Pasal 1366 dan 1367 KUHPerdata. Hukum perdata adalah hukum yang mengatur hubungan hukum antara orang yang satu dengan orang lainnya sebagai anggota masyarakat dan menitikberatkan kepentingan perorangan yang bersifat pribadi. Suatu kasus perdata baru timbul bila pihak yang merasa dirugikan melakukan gugatan. Kebenaran formil merupakan hal yang sangat dominan pada kasus perdata.

Perbuatan curang atau fraud dalam aspek Hukum Perdata dapat dipandang pada saat perbuatan itu diwujudkan dalam perjanjian atau antara para pihak. Temuan yang mengandung unsur kerugian keuangan dan merupakan kasus perdata, pada umumnya lahir dari masalah-masalah yang bersumber pada perikatan. Pengertian perikatan lebih luas daripada perjanjian karena perikatan dapat timbul karena perjanjian atau karena undang-undang. Perikatan antara rumah sakit dengan BPJS adalah perikatan yang lahir karena undang-undang, bukan karena perjanjian.

Perikatan yang terjadi tidak karena perjanjian, dapat terjadi antara lain karena perbuatan melanggar hukum, seperti yang dimaksud Pasal 1365 KUHPerdata yang berbunyi: "Tiap perbuatan melanggar hukum yang membawa kerugian pada pihak lain, mewajibkan orang yang karena salahnya menerbitkan kerugian itu, mengganti kerugian tersebut". Gugatan kerugian harus dinyatakan dalam nilai moneter (rupiah). Unsur-unsur Pasal 1365 KUHPerdata adalah: (a) harus ada perbuatan melanggar hukum, (b) harus ada kerugian yang diderita (Pasal 1366 jo Pasal 1367 KUHPerdata), (c) harus ada hubungan yang kausal antara perbuatan melanggar hukum dengan kerugian yang diderita, dan (d) harus ada unsur kesalahan.

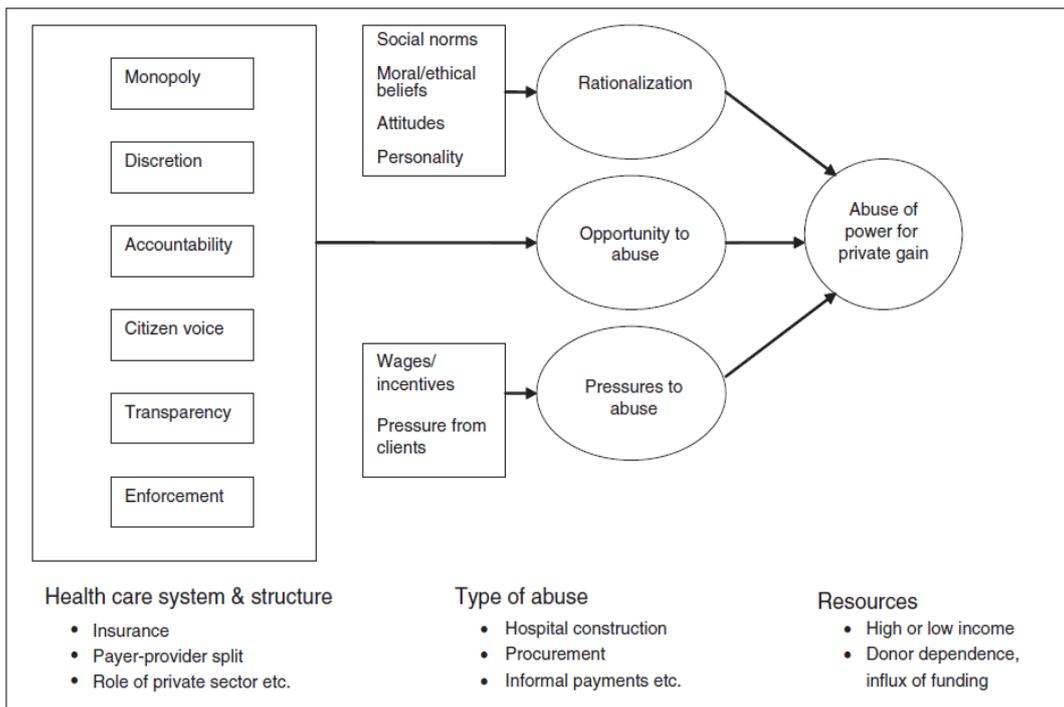
f. Berbagai Upaya Pencegahan Fraud dalam Layanan Kesehatan

Menurut Lewis (2009), ada 5 prinsip yang harus dilakukan dalam upaya pencegahan fraud dalam layanan kesehatan yaitu: (a) pendaftaran. Yaitu mengidentifikasi secara

kritis pihak-pihak yang ingin berpartisipasi dalam program jaminan kesehatan (baik provider maupun supplier); (b) pembayaran. Yaitu membangun metode pembayaran yang masuk akal dan responsif terhadap perubahan (fleksibel); (c) pemenuhan standar. Yaitu membantu provider dan supplier dalam mengadopsi praktek pemenuhan standar; (d) pengawasan. Yaitu menyusun program-program untuk memonitor bukti-bukti terjadinya fraud; dan (e) respon. Yaitu bertindak dengan cepat untuk mendeteksi fraud, mencegah terjadinya fraud, dan memperbaiki kerentanan terjadinya fraud.

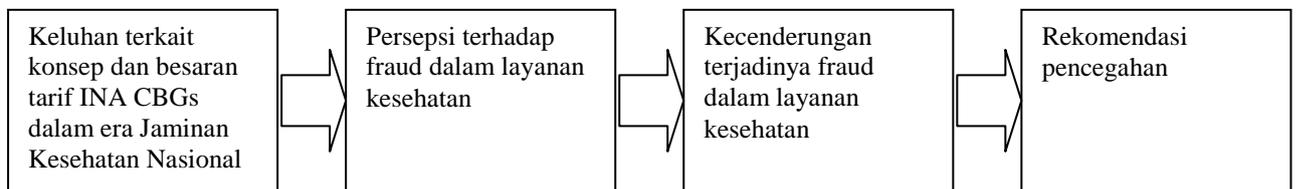
Hamilton-Hart (2001), menyimpulkan 3 kategori strategi utama untuk mengurangi fraud yaitu: mengurangi cakupan fraud dengan perubahan kebijakan, meningkatkan pembiayaan untuk memberantas korupsi dengan monitoring eksternal dan pemberian sanksi, serta merancang sebuah sistem untuk mendorong pengendalian diri dalam organisasi pemerintahan.

B. Kerangka Teori



Sumber: Vian (2008)

C. Kerangka Konsep



D. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana persepsi stakeholder mengenai fraud dalam Jaminan Kesehatan Nasional?
2. Bagaimana respon mereka terhadap adanya aktivitas fraud dalam Jaminan Kesehatan Nasional?

BAB 3. METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif. Alasan pemilihan metode ini agar dapat mengeksplorasi secara mendalam mengenai persepsi stakeholder terhadap aktivitas fraud. Penelitian ini juga akan menggali tanggapan dan respon stakeholder terhadap aktivitas fraud sehingga dapat disusun sebuah rekomendasi untuk pencegahan fraud dalam era Jaminan Kesehatan Nasional.

B. Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di rumah-rumah sakit peserta BPJS di Yogyakarta. Penelitian ini juga akan dilaksanakan di kantor BPJS yang ada di Yogyakarta.

C. Subjek Penelitian

Pemilihan subjek dalam penelitian ini dilakukan metode *purposive sampling* yaitu dipilih dengan pertimbangan dan sesuai tujuan penelitian. Subjek yang akan terlibat dalam penelitian ini adalah:

1. Tim Manajemen RS

Tim manajemen rumah sakit yang dipilih dalam penelitian ini adalah tim manajemen yang berada dalam rumah sakit peserta program BPJS

2. Dokter dan perawat

Dokter dan perawat yang dipilih menjadi subjek dalam penelitian ini adalah dokter dan perawat yang bekerja di rumah sakit peserta program BPJS

3. Petugas BPJS

D. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini, instrumen penelitian adalah peneliti sendiri. Data-data yang diperlukan dalam penelitian dikumpulkan melalui wawancara mendalam (*indepth interview*) dan *Focus Group Discussion* (FGD). Dalam penelitian ini akan dilakukan enam kali FGD dan 50 kali *indepth interview*.

Dalam penelitian ini, jenis wawancara yang akan dilakukan adalah semi terstruktur. Sehingga dalam pelaksanaannya, peneliti masih dapat menggali beberapa informasi yang dibutuhkan. Ini dimungkinkan untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka. Adapun topik-topik yang akan dibahas dalam *indepth interview* ini adalah:

1. Pengertian fraud
2. Kegiatan-kegiatan yang termasuk dalam fraud
3. Pencegahan fraud
4. Penyebab fraud
5. Akses dan fasilitas layanan kesehatan dalam BPJS

Focus Group Discussion dalam penelitian ini akan membahas suatu masalah tertentu yang dalam hal ini terkait dengan persepsi stakeholder mengenai fraud dalam era Jaminan Kesehatan Nasional. Topik-topik untuk FGD adalah sebagai berikut:

1. Keadilan dalam penentuan tarif BPJS
2. Keuntungan dan kerugian implementasi BPJS
3. Respon terhadap aktivitas fraud
4. Pencegahan fraud
5. Hukuman bagi pelaku fraud

Dalam penelitian ini, validitas dan reliabilitas dilakukan dengan uji kredibilitas dengan menggunakan alat perekam, uji kredibilitas dengan triangulasi sumber dengan mengecek data melalui beberapa sumber dan uji *transferability* dengan membuat uraian hasil wawancara secara rinci, jelas dan sistematis.

D. Cara Analisis Data

1. Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif dilakukan untuk menggambarkan karakteristik subjek. Hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel dan narasi. Berikut *dummy table* data karakteristik subjek dalam penelitian ini.

Tabel 1. Dummy Table Deskripsi Karakteristik Subjek

Karakter	Jumlah	Persentase
Usia: 1. 20 – 25 tahun 2. 26 – 30 tahun 3. 30 – 35 tahun 4. 35 – 40 tahun 5. > 40 tahun		
Jenis Kelamin Pasien: 1. Laki-laki 2. Perempuan		

Status Pernikahan: 1. Menikah 2. Belum Menikah		
Agama: 1. Islam 2. Kristen 3. Katolik 4. Hindu 5. Budha		
Pendidikan: 1. S1 2. S2 3. S3		
Pekerjaan: 1. Tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan, farmasi) 2. Selain Tenaga Kesehatan		
Pendapatan/ bulan: 1. <Rp. 500.000 2. Rp.500.000 s.d Rp. 1000.000 3. Rp. 1.000.0000 s.d Rp. 2.000.000 4. Rp. 2.000.0000 s.d Rp. 5.000.000 5. > Rp. 5.000.000		
Lama bekerja: 1. < 1 tahun 2. 1 – 3 tahun 3. 4 – 6 tahun 4. > 6 tahun		

2. Analisis kualitatif

Analisis kualitatif dalam penelitian ini menggunakan teknik *content analysis* dengan bantuan perangkat lunak *OpenCode* yang mana akan dilakukan pembahasan mendalam terhadap isi dari informasi yang telah didapatkan dengan menulis isi secara sistematis kemudian diberi interpretasi.

E. Etika Penelitian

1. Persetujuan dari rumah-rumah sakit tempat penelitian.
2. Lembar persetujuan (*Informed Consent*) diberikan kepada subjek yang akan diteliti agar informan mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Jika informan bersedia diteliti, maka yang bersangkutan harus

menandatangani lembar persetujuan. Jika informan menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

3. Untuk menjaga kerahasiaan identitas informan, peneliti tidak mencantumkan nama informan melainkan hanya diberi nomor kode.
4. Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh informan dijamin oleh peneliti.
5. Data hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian.

BAB 4. LUARAN PENELITIAN

Penelitian ini diharapkan dapat memberi rekomendasi kebijakan kepada pemerintah dalam upaya-upaya pencegahan fraud dalam layanan kesehatan di Indonesia. Penelitian ini juga diharapkan masuk dalam jurna-jurnal ilmiah baik skala nasional maupun internasional.

BAB 5. BIAYA DAN JADUAL PENELITIAN

A. Anggaran Biaya

Tahapan Penelitian			Satuan	Total
Tahap Persiapan				
- Ethical Clearance			Rp 1.500.000,-	Rp 1.500.000,-
Tahap Pengumpulan Data				
1. Wawancara Mendalam				
a. Sewa voice recorder digital	Peneliti/ hari	4 (alat) x 60 (hari)	Rp 50.000,-	Rp. 12.000.000,-
b. Souvenir Responden	Orang		Rp 100.000,-	Rp 5.000.000,-
c. Transport Peneliti untuk Mengunjungi Masing-Masing Responden	Orang	50 50	Rp 100.000,-	Rp. 5.000.000,-
2. FGD				
a. Sewa Ruangan	Paket	6	Rp 500.000,-	Rp 1.500.000,-
b. Souvenir + Uang transport Peserta FGD	Orang	50	Rp 100.000,-	Rp 5.000.000,-
c. Snack + Makan Siang (1 kali)		50	Rp 30.000,-	Rp 1.500.000,-
d. Transport Peneliti untuk FGD	Orang	6	Rp 600.000,-	Rp 600.000,-
3. Transkrip wawancara dan FGD		56	Rp. 50.000	Rp. 2.800.000,-
Rp 38.800.000,-				
Tahap Pelaporan				
1. Penggandaan laporan	Paket	10	Rp 300.000,-	Rp 3.000.000,-
2. Fotocopi untuk presentasi hasil	Paket	100	Rp 25.000,-	Rp 2.500.000,-
Rp 5.500.000,-				
Honorarium Peneliti				
1. Peneliti 1	Bulan	10	Rp 800.000,-	Rp 8.000.000,-
2. Peneliti 2	Bulan	10	Rp 800.000,-	Rp 8.000.000,-
3. Peneliti 3	Bulan	10	Rp 800.000,-	Rp 8.000.000,-
4. Peneliti 4	Bulan	10	Rp 800.000,-	Rp 8.000.000,-
Rp 32.000.000,-				

TOTAL				Rp 77.800.000,-

B. Jadwal Penelitian

Kegiatan	2014								2015				
	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei
Pengumpulan Proposal Penelitian													
Persentasi Proposal Penelitian													
Perbaikan Proposal Penelitian & instrumen penelitian													
Pengurusan perijinan													
Wawancara Mendalam													
Analisis Data Wawancara Mendalam													
<i>Focus Group Discussion</i>													
Analisis Data <i>Focus Group Discussion</i>													
Penulisan Hasil Penelitian													
Persentasi Hasil Penelitian													

DAFTAR PUSTAKA

- Bulletin of the World Health Organization, 2011, Prevention not cure in tackling health-care fraud, Volume 89, Number 12, 853 – 928.
- DeLone, W. & McLean, E., 1992, Information systems success: the quest for the dependent variable. *Information systems research*.
- Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A., 2004, Dual Practice In The Health Sector: Review of The Evidence. *Hum Resour Health* [Internet].
- Fetter, R., B. et al., 1980, Case mix definition by diagnosis-related groups. *Medical care*, 18, p.2.
- Grimaldi, P. & Micheletti, J., 1983, Diagnosis related groups: A practitioner's guide.
- Hamilton-Hart, 2001, Anti-Corruption Strategies in Indonesia, *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, Vol. 37, No. 1: 65–8.
- Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Report, 1996 [Internet].
- Kepmenkes 440, 2012, Tarif Rumah Sakit Berdasarkan Indonesia Case Based Group (INACBG).
- Lerberghe, W. Van et al., 2002, When Staff Is Underpaid : Dealing With The Individual Coping Strategies of Health Personnel. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(01), pp.581–584.
- Lewis, M., 2006, Governance and Corruption in Public Health Care Systems. *center for global development*, (78).
- Merriam-Webster Online Dictionary
- Morris L., 2009, Combating Fraud in Health Care: An Essential Component of Any Cost Containment Strategy, *Health Affairs*, 28:5.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Cetakan I. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Otonomi, Media, 2005, *Korupsi Di Daerah*, Edisi Nomor 8 Tahun I. Jakarta : PT. Visi Gagasan Komunika.
- Permenkes No. 69, 2013, Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- Piper C., 2013, 10 popular health care provider fraud schemes, www.Fraud-Magazine.com.

- Rimawati, 2014, *Fraud di Jaminan Kesehatan Nasional: Aspek hukum Pidana dan Perdata*.
Disampaikan dalam Blended Learning Pencegahan Fraud dalam Jaminan Kesehatan Nasional di PKMK FK UGM.
- Robbins, Stephen P, 2006. *Perilaku Organisasi Edisi ke-10*. Jakarta: PT Indeks Kelompok Gramedia.
- Shahriari, 2001, *Institutional Issues in Informal Health Payments in Poland*, Wahington DC.
- Transparency International Bulgaria, 2005, *The causes of corruption in the health sector: a focus on health care systems* [Internet].
- Transparency International, 2006, *Global Corruption Report: Corruption and Health* [Internet].
- UNDP. *Fighting Corruption In The Health Sector: Methods, tools and good practice*.
Matsheza P, Timilsina AR, Arutyunova A, editors., 2011, New York: Bureau for Development Policy One United Nations.
- Vian T., 2002, *Corruption and the Health Sector*. USAID and MSI; p. 1–39.
- Vian T., 2008, *Review of Corruption In The Health Sector: Theory, Methods and Interventions*. Health Policy Plan [Internet].

LAMPIRAN-LAMPIRAN

Lampiran 1.

Justifikasi Anggaran Penelitian

Rekapitulasi biaya yang diusulkan

No	Uraian	Jumlah (Rp)
1	Honor	Rp. 32.000.000
2	Tahap Persiapan	Rp. 1.500.000
3	Akomodasi Responden Saat Pengumpulan Data	Rp. 38.800.000
4	Biaya Pelaporan	Rp. 5.500.000
	Jumlah	Rp. 77.800.000

Lampiran 2.

Dukungan Sarana dan Prasarana Penelitian

Dalam penelitian ini menggunakan fasilitas berupa tape recorder dan alat tulis yang semuanya mudah didapatkan untuk mendukung penelitian ini.

Lampiran 3.**Susunan Organisasi Tim Peneliti dan Pembagian Tugas**

No	Nama/NIDN	Instansi Asal	Bidang Ilmu	Alokasi Waktu (jam/minggu)	Uraian tugas
1	Prof.dr.Laskono Trisnantoro, MSc, PhD/ 00270086104	PKMK FK UGM	Kesehatan Masyarakat	6 jam/minggu	Memberi arahan dan masukan dari hasil penelitian
2	DR. Atik Triratnawati, M.A/ 0016086105	FAKULTAS ANTROPOLOGI UGM	Antropologi	6 jam/minggu	Analisis data dan memberi arahan dan masukan untuk hasil penelitian
3	dr. Hanevi Djasri, MARS	PKMK FK UGM	Kesehatan Masyarakat	10 jam/minggu	Analisis data dan memberi arahan dan masukan untuk hasil penelitian
4	drg. Puti Aulia Rahma, MPH	PKMK FK UGM	Kesehatan Masyarakat	18 jam/minggu	Pengumpulan data dan analisis data

Lampiran 4.**BIODATA PENGUSUL PENELITIAN UNGGULAN UGM****I. Prof.dr.Laskono Trisnantoro, MSc, PhD****A. Identitas Diri**

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Prof.dr.Laskono Trisnantoro, MSc, PhD
2	Jenis Kelamin	L
3	Jabatan Fungsional	Guru Besar FK UGM
4	NIP	196108271990031002
5	NIDN	0027086104
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Yogyakarta, 27 Agustus 1961
7	E-mail	trisnantoro@yahoo.com
8	Nomor Telepon/HP	081 125 3295
9	Alamat Kantor	Gedung IKM lantai 2 Fakultas Kedokteran UGM, Jl. Farmako Sekip Utara, Yogyakarta, 55281
10	Nomor Telepon/Fax	0274 547659, 549525
11	Lulusan yang telah dihasilkan	S-1=orang; S-2=... .orang; S-3=....orang
12	Mata kuliah yang diampu	1
		2
		3
		Dst.

B. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2	S-3
Nama Perguruan Tinggi	FK UGM	University of York,UK	UK
Bidang Ilmu	Kedokteran Umum	Health Economics, Department of Economics and Related Studies,	Health Policy Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM)
Tahun Masuk – lulus	1980 – 1987	1988 – 1989	1989 – 1993
Judul Skripsi/ Tesis/Disertasi			
Nama Pembimbing/Promotor			

C. Pengalaman Penelitian dalam 5 Tahun Terakhir (bukan Skripsi, Tesis, maupun Disertasi)

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (juta Rp)
1				
2				

3				
Dst.				

- *Tuliskan sumber pendanaan baik dari skema penelitian DIKTI maupun dari sumber lainnya.*

D. Pengalaman Pengabdian kepada Masyarakat dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Tahun	Judul Pengabdian kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (juta Rp)
1				
2				
3				
Dst.				

- *Tuliskan sumber pendanaan baik dari skema pengabdian kepada masyarakat DIKTI maupun dari sumber lainnya.*

E. Publikasi Artikel Ilmiah dalam Jurnal dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/ Nomor/Tahun
1			
2			
3			
Dst.			

F. Pemakalah Seminar Ilmiah (Oral Presentation) dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Nama Pertemuan Ilmiah/Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1			
2			
Dst.			

G. Karya Buku dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1				
2				
3				
Dst.				

H. Perolehan HKI dalam 5-10 Tahun Terakhir

No.	Judul/Tema HKI	Tahun	Jenis	Nomor P/ID
1				
2				
3				
Dst.				

I. Pengalaman Merumuskan Kebijakan Publik/Rekayasa Sosial lainnya dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul/Tema/Jenis Rekayasa Sosial Lainnya yang Telah Diterapkan	Tahun	Tempat Penerapan	Respon Masyarakat
1				
2				
3				
Dst.				

J. Penghargaan dalam 10 Tahun Terakhir (dari pemerintah, asosiasi atau institusi lainnya)

No.	Jenis Penghargaan	Institusi Pemberi Penghargaan	Tahun
1			
2			
3			
Dst.			

II. Dr. Atik Triratnawati, M.A

A. Identitas Diri

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Dr. Atik Triratnawati, M.A
2	Jenis Kelamin	P
3	Jabatan Fungsional	Pembina Tk I
4	NIP	196208161989032013
5	NIDN	0016086205
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Yogyakarta, 16 Agustus 1962
7	E-mail	atik_triratnawati@yahoo.co.id
8	Nomor Telepon/HP	08122585670
9	Alamat Kantor	Jl Sosio Humaniora 1, Bulaksumur, Sleman, DIY
10	Nomor Telepon/Fax	0274-7103018
11	Lulusan yang telah dihasilkan	S-1=orang; S-2=... .orang; S-3=....orang
12	Mata kuliah yang diampu	1
		2
		3
		Dst.

B. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2	S-3
Nama Perguruan Tinggi	UGM	Mahidol University	UGM
Bidang Ilmu	Antropologi	Health Social Sciences	Antropologi
Tahun Lulus	1988	1997	2012
Judul Skripsi/ Tesis/Disertasi			
Nama Pembimbing/Promotor			

C. Pengalaman Penelitian dalam 5 Tahun Terakhir (bukan Skripsi, Tesis, maupun Disertasi)

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan
-----	-------	------------------	-----------

			Sumber*	Jml (juta Rp)
1.	2010	Manusia alang-alang, proses marginalisasi perempuan manula pada komunitas nelayan Jawa	Fakultas Ilmu Budaya	
2.	2011	Anak Hasil Cerai: Kerentanan Hukum dan Sosial	Fakultas Ilmu Budaya	
3.	2012	Plesir ke luar negeri: simbol hedonisme dan pencitraan diri	LPPM UGM	
4.	2012	Perempuan dalam belunggu korupsi: antara mentalitas dan gaya hidup	Fakultas Ilmu Budaya	
5.	2013	Konsep tubuh orang Jawa dan pengaruhnya terhadap penyakit	LPPM-DIKTI	
6.	2013	Upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi melalui transformasi budaya (studi kasus mengenai kesehatan ibu hamil di Kabupaten Ende, NTT)	Fakultas Ilmu Budaya	
7.	2013	Health Seeking Behavior in East Java and East Nusa Tenggara	AUSAID	
8.	2013	Model development to strengthen community participation and support to improve children's access to education quality	UNICEF	
9.	2010-2014	Proyek Sister Hospital di NTT	AUSAID	
10.	2014	RSUD Ende di mata petugas kesehatan dan komunitas	RS Panti Rapih, Yogyakarta	

- *Tuliskan sumber pendanaan baik dari skema penelitian DIKTI maupun dari sumber lainnya.*

D. Pengalaman Pengabdian kepada Masyarakat dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Tahun	Judul Pengabdian kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (juta Rp)
1				
2				
3				
Dst.				

- *Tuliskan sumber pendanaan baik dari skema pengabdian kepada masyarakat DIKTI maupun dari sumber lainnya.*

E. Publikasi Artikel Ilmiah dalam Jurnal dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/ Nomor/Tahun
1.	Gaya pengelolaan dan dinamika trah Jawa	Humaniora	vol, 21, no.3
2.	Menjaga tradisi, tingginya animo suku Banjar bersalin pada dukun kampung	Humaniora	vol. 22, no. 3
3.	Pengetahuan dan persepsi ibu rumah tangga tentang nyamuk demam	Makara Seri Kesehatan	Vol.9 No.2

	berdarah di Semarang		
4.	Masuk angin dalam konteks kosmologi Jawa	Humaniora	Vol. 23, no. 3
5.	Alang-alang, potret marjinalisasi manula di Komunitas Nelayan Pantai Utara Jawa	Jurnal Patra Widya	
6.	Perempuan dan kasus korupsi	Suara Muhammadiyah	No. 19, th-97
7.	Sintren di Kabupaten dan Kota Pekalongan	BNSP-Jurusan Antropologi UGM	

F. Pemakalah Seminar Ilmiah (Oral Presentation) dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Nama Pertemuan Ilmiah/Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1			
2			
Dst.			

G. Karya Buku dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1				
2				
3				
Dst.				

H. Perolehan HKI dalam 5-10 Tahun Terakhir

No.	Judul/Tema HKI	Tahun	Jenis	Nomor P/ID
1				
2				
3				
Dst.				

I. Pengalaman Merumuskan Kebijakan Publik/Rekayasa Sosial lainnya dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul/Tema/Jenis Rekayasa Sosial Lainnya yang Telah Diterapkan	Tahun	Tempat Penerapan	Respon Masyarakat
1				
2				
3				
Dst.				

J. Penghargaan dalam 10 Tahun Terakhir (dari pemerintah, asosiasi atau institusi lainnya)

No.	Jenis Penghargaan	Institusi Pemberi Penghargaan	Tahun
1			
2			

3			
Dst.			

III. dr. Hanevi Djasri, MARS

A. Identitas Diri

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	dr. Hanevi Djasri, MARS
2	Jenis Kelamin	L
3	Jabatan Fungsional	
4	NIP	
5	NIDN	
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Jakarta, 11 Agustus 1969
7	E-mail	hanevi_pkmk@yahoo.com
8	Nomor Telepon/HP	08161913332
9	Alamat Kantor	Fakultas Kedokteran – Universitas Gadjah Mada Gedung IKM, Sayap Utara Lt. 2 Jl. Farmako Sekip Utara, Yogyakarta 55281
10	Nomor Telepon/Fax	0274 549425
11	Lulusan yang telah dihasilkan	S-1=orang; S-2=... .orang; S-3=....orang
12	Mata kuliah yang diampu	1
		2
		3
		Dst.

B. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2	S-3
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Indonesia	Universitas Indonesia	
Bidang Ilmu	Medical Doctor	Master of Hospital Administration	
Tahun Masuk – lulus	1988 – 1994	1995 – 1997	
Judul Skripsi/ Tesis/Disertasi			
Nama Pembimbing/Promotor			

C. Pengalaman Penelitian dalam 5 Tahun Terakhir (bukan Skripsi, Tesis, maupun Disertasi)

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (juta Rp)
1	2010 - sekarang	Proyek Sister Hospital di NTT	AUSAID	
2				
3				
Dst.				

- *Tuliskan sumber pendanaan baik dari skema penelitian DIKTI maupun dari sumber lainnya.*

D. Pengalaman Pengabdian kepada Masyarakat dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Tahun	Judul Pengabdian kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (juta Rp)
1				
2				
3				
Dst.				

- *Tuliskan sumber pendanaan baik dari skema pengabdian kepada masyarakat DIKTI maupun dari sumber lainnya.*

E. Publikasi Artikel Ilmiah dalam Jurnal dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/ Nomor/Tahun
1			
2			
3			
Dst.			

F. Pemakalah Seminar Ilmiah (Oral Presentation) dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Nama Pertemuan Ilmiah/Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1			
2			
Dst.			

G. Karya Buku dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1				
2				
3				
Dst.				

H. Perolehan HKI dalam 5-10 Tahun Terakhir

No.	Judul/Tema HKI	Tahun	Jenis	Nomor P/ID
1				
2				
3				
Dst.				

I. Pengalaman Merumuskan Kebijakan Publik/Rekayasa Sosial lainnya dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul/Tema/Jenis Rekayasa Sosial Lainnya yang Telah Diterapkan	Tahun	Tempat Penerapan	Respon Masyarakat
1				
2				
3				
Dst.				

J. Penghargaan dalam 10 Tahun Terakhir (dari pemerintah, asosiasi atau institusi lainnya)

No.	Jenis Penghargaan	Institusi Pemberi Penghargaan	Tahun
1			
2			
3			
Dst.			

IV. drg. Puti Aulia Rahma, MPH

A. Identitas Diri

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	drg. Puti Aulia Rahma, MPH
2	Jenis Kelamin	P
3	Jabatan Fungsional	
4	NIP	
5	NIDN	
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Jakarta, 6 September 1985
7	E-mail	putiauliarahma@gmail.com
8	Nomor Telepon/HP	081329358583
9	Alamat Kantor	Fakultas Kedokteran – Universitas Gadjah Mada Gedung IKM, Sayap Utara Lt. 2 Jl. Farmako Sekip Utara, Yogyakarta 55281
10	Nomor Telepon/Fax	0274 549425
11	Lulusan yang telah dihasilkan	S-1=orang; S-2=... .orang; S-3=....orang
12	Mata kuliah yang diampu	1
		2
		3
		Dst.

B. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2	S-3
Nama Perguruan Tinggi	UGM	UGM	
Bidang Ilmu	Kedokteran Gigi	Manajemen Rumah Sakit	
Tahun Masuk – lulus	2003 – 2010	2008 – 2010	
Judul Skripsi/ Tesis/Disertasi			
Nama Pembimbing/Promotor			

C. Pengalaman Penelitian dalam 5 Tahun Terakhir (bukan Skripsi, Tesis, maupun Disertasi)

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (juta Rp)
1	2010 - sekarang	Proyek Sister Hospital di NTT	AUSAID	
2				
3				
Dst.				

- *Tuliskan sumber pendanaan baik dari skema penelitian DIKTI maupun dari sumber lainnya.*

D. Pengalaman Pengabdian kepada Masyarakat dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Tahun	Judul Pengabdian kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (juta Rp)
1				
2				
3				
Dst.				

- *Tuliskan sumber pendanaan baik dari skema pengabdian kepada masyarakat DIKTI maupun dari sumber lainnya.*

E. Publikasi Artikel Ilmiah dalam Jurnal dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/ Nomor/Tahun
1			
2			
3			
Dst.			

F. Pemakalah Seminar Ilmiah (Oral Presentation) dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Nama Pertemuan Ilmiah/Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1			
2			
Dst.			

G. Karya Buku dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1				
2				
3				
Dst.				

H. Perolehan HKI dalam 5-10 Tahun Terakhir

No.	Judul/Tema HKI	Tahun	Jenis	Nomor P/ID
1				
2				
3				
Dst.				

I. Pengalaman Merumuskan Kebijakan Publik/Rekayasa Sosial lainnya dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul/Tema/Jenis Rekayasa Sosial Lainnya yang Telah Diterapkan	Tahun	Tempat Penerapan	Respon Masyarakat
1				

2				
3				
Dst.				

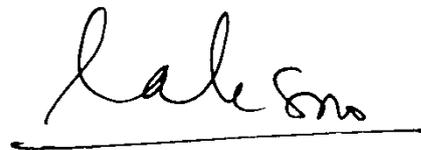
J. Penghargaan dalam 10 Tahun Terakhir (dari pemerintah, asosiasi atau institusi lainnya)

No.	Jenis Penghargaan	Institusi Pemberi Penghargaan	Tahun
1			
2			
3			
Dst.			

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Penelitian Unggulan Universitas Gadjah Mada.

Yogyakarta, 27 April 2014
Pengusul



Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc., PhD

Lampiran 5.

SURAT KETERANGAN

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc., PhD
NIDN : 0027086104
Pangkat / Golongan : IV A / Pembina
Jabatan Fungsional : Guru Besar

Dengan ini menerangkan bahwa proposal penelitian saya dengan judul:

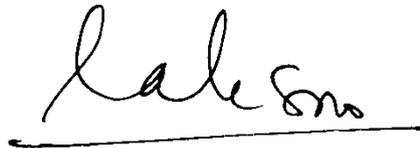
“Persepsi Stakeholder Mengenai Fraud Dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional”

Yang diusulkan dalam skema **Penelitian Unggulan Universitas Gadjah Mada** untuk tahun anggaran 2015 **telah saya tulis sesuai dengan panduan Penelitian Unggulan Universitas Gadjah Mada.**

Demikian keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dengan sebenar-benarnya.

Yogyakarta, 27 April 2014

Yang membuat,



Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc., PhD

NIP. 196108271990031002