

**Kode>Nama Rumpun Ilmu: 351/Kesehatan Masyarakat
Bidang Fokus : Bidang III**

**USULAN
PENELITIAN DISERTASI DOKTOR**



**ANALISIS PENCEGAHAN *MORAL HAZARD* PROVIDER JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL PADA RUMAH SAKIT
DI PROVINSI SUMATERA BARAT**

**Oleh:
SYAFRAWATI, SKM, M. Comm, Health, Sc (NIDN. 0019097903)**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS ANDALAS
MEI, 2018**

HALAMAN PENGESAHAN PENELITIAN

Judul Penelitian : Analisis Pencegahan Moral Hazard Provider Jaminan Kesehatan Nasional pada Rumah Sakit di Provinsi Sumatera Barat

Judul Disertasi : Model Pencegahan Moral Hazard Provider Jaminan Kesehatan Nasional pada Rumah Sakit di Provinsi Sumatera Barat

Kode>Nama Rumpun Ilmu Peneliti : 351/ Kesehatan Masyarakat

Nama Lengkap : Syafrawati SKM. M. Comm Health, Sc

NIDN : 0019097903

Jabatan Fungsional : Lektor

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

No HP : 085272795094

Alamat Surel (email) : syafrawati@gmail.com

NIM : 1130322007

Semester ke : 14

PT Penyelenggara : Universitas Andalas

Program Studi Doktor : S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat

Nama Promotor : Prof. Dr. dr. Rizanda Machmud, M.Kes, FISCM, FISPH

NIDN Promotor : 0008126706

Biaya yang Diusulkan ke DRPM : Rp. 25.000.000.-

Biaya Luaran Tambahan : 0

Padang, 25 Mei 2018

Ketua Peneliti,



Syafrawati, SKM, M. Comm Health, Sc
NIP. 197909192005012001

Menyetujui,
Dekan FKM Unand



Defriman Djalil, SKM, MKM, PhD
NIP. 198008052007011004

IDENTITAS DAN URAIAN UMUM

1. Judul Penelitian : Analisis Pencegahan Moral Hazard Provider Jaminan Kesehatan Nasional pada Rumah Sakit di Provinsi Sumatera Barat

2. Tim Pelaksana :

No	Nama	Jabatan	Bidang Keahlian	Instansi Asal	Alokasi Waktu (jam/minggu)
1	Syafrawati, SKM, M. Comm Health, Sc	Ketua	Administrasi Kebijakan Kesehatan	Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas	12 jam/Minggu

3. Subjek Penelitian:

Direktur RS Kelas C, Koder, Klinisi dan Petugas Verifikator BPJS

4. Masa Pelaksanaan

Mulai : bulan Februari Tahun 2018

Berakhir : bulan November Tahun 2018

5. Usulan biaya

- Tahun ke-1 : Rp. 25.000.000,00

6. Lokasi Penelitian : Lapangan.

Bukittinggi, Padang dan Solok

7. Temuan yang ditargetkan:

Alternatif kebijakan pencegahan *moral hazard* di era JKN di rumah sakit Sumatera Barat

8. Kontribusi mendasar pada suatu bidang ilmu:

Berkontribusi pada bidang keilmuan AKK khususnya Ekonomi Kesehatan

9. Jurnal ilmiah yang menjadi sasaran:

Jurnal ilmiah nasional terindeks scopus

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL

HALAMAN PENGESAHAN

IDENTITAS DAN URAIAN UMUM

DAFTAR ISI.....	i
RINGKASAN PROPOSAL	ii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	5
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	14
BAB 4. BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN	18

REFERENSI

LAMPIRAN

RINGKASAN

Moral hazard pada dunia asuransi kesehatan adalah kemungkinan pengguna atau penyedia pelayanan kesehatan memanfaatkan suatu sistem untuk mencari keuntungan secara berlebihan yang dapat merugikan pengguna lainnya, penyedia ataupun komunitas secara umum.(Andargie, 2008) (Nyman, 2004). Moral hazard terjadi sebagai contoh apabila peserta asuransi mengabdikan lebih banyak hari rawat di rumah sakit atau menggunakan prosedur yang tidak seharusnya didapatkannya.(Nyman, 2004)

Kasus moral hazard juga ditemukan di rumah sakit di Sumatera Barat. Berdasarkan penelitian Ade et al (2016) di salah satu rumah sakit rujukan level daerah di Sumatera Barat upcoding ditemukan pada 34 dari 183 catatan medis pasien (18,6%). Potensi peningkatan nilai klaim akibat upcoding tersebut sebesar Rp. 87.311.800,- atau 8,6% dari total nilai klaim rumah sakit ke BPJS.(Ade et al., 2016)

Hasil telaah sistematis yang dilakukan oleh Pongpirul & Robinson (2013), diketahui bahwa aktor perilaku moral hazard di rumah sakit yang memanipulasi DRG sebagai sistem pembayaran prospektif dapat digolongkan dalam tiga kategori yaitu manipulasi oleh manajemen rumah sakit, pemberi pelayanan dan koder.(Pongpirul and Robinson, 2013)

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif menggunakan desain fenomenologi. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi pengembangan ilmu pengetahuan tentang moral hazard pada provider dan upaya pencegahan moral hazard pada provider JKN, dapat digunakan sebagai proyek percontohan (pilot project), serta rekomendasi bagi Kementerian Kesehatan agar membuat kebijakan tentang model pencegahan moral hazard pada provider JKN, dan dapat menjadi masukan bagi Kementerian Kesehatan untuk mencegah terjadinya moral hazard pada sistem JKN.

BAB 1 : PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Moral hazard pada dunia asuransi kesehatan adalah kemungkinan pengguna atau penyedia pelayanan kesehatan memanfaatkan suatu sistem untuk mencari keuntungan secara berlebihan yang dapat merugikan pengguna lainnya, penyedia ataupun komunitas secara umum.(Andargie, 2008) (Nyman, 2004). Moral hazard terjadi sebagai contoh apabila peserta asuransi mengabdikan lebih banyak hari rawat di rumah sakit atau menggunakan prosedur yang tidak seharusnya didapatkannya.(Nyman, 2004)

Moral hazard dapat terjadi pada provider asuransi kesehatan yang dibayar dengan metode pembayaran prospektif seperti yang diterapkan di Indonesia. Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Di Indonesia metode pembayaran prospektif diberi nama INA-CBG (Indonesia Case Based Groups (INA CBG) (Kemenkes RI, 2014)

Penyelenggaraan JKN khususnya pada rumah sakit sebagai provider JKN yang menerapkan sistem DRG masih memiliki kemungkinan untuk terjadinya penyimpangan dan kecurangan. Berbagai referensi yang berkaitan dengan kecurangan provider Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) menggunakan istilah fraud. Namun pada hakikatnya fraud adalah bagian dari moral hazard karena segala bentuk kecurangan adalah perbuatan immoral yang masuk klasifikasi moral hazard.(Wolferen et al., 2013). Fraud adalah suatu bentuk penipuan, pembohongan, pemalsuan (melanggar hukum). Moral hazard adalah suatu bentuk upaya memanfaatkan kelemahan suatu situasi atau aturan terkait dengan perilaku atau moral (belum tentu melanggar hukum) (Ansyori, 2015).

Salah satu bentuk kasus moral hazard adalah kejadian readmisi. Readmisi adalah pasien kembali mendapatkan rawat inap ulang dalam jangka waktu kurang dari 30 hari (Catlin et al., 2008, Hosseinzadeh et al., 2013). Berdasarkan penelitian Pratiwi et al (2017) diketahui bahwa angka readmisi pasien skizofrenia pada rumah sakit jiwa rujukan tertinggi di Daerah Istimewa Yogyakarta diketahui bahwa angka readmisi meningkat setiap tahun, yaitu 10,37% tahun 2013, 11,72% tahun 2014, dan 12,99% tahun 2015 (Pratiwi et al., 2017).

Kasus moral hazard juga ditemukan di rumah sakit di Sumatera Barat. Berdasarkan penelitian Ade et al (2016) di salah satu rumah sakit rujukan daerah di Sumatera Barat upcoding ditemukan pada 34 dari 183 catatan medis pasien (18,6%). Potensi peningkatan nilai klaim akibat upcoding tersebut sebesar Rp. 87.311.800,- atau 8,6% dari total nilai klaim rumah sakit ke BPJS (Ade et al., 2016).

Kebijakan yang telah dikeluarkan Kementerian Kesehatan untuk mencegah moral hazard dan fraud pada provider adalah dengan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 36 Tahun 2015 tentang pencegahan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional. Dalam Permenkes tersebut dituliskan 20 jenis kecurangan yang berpotensi terjadi pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL). Jenis-jenis fraud yang terdapat dalam Permenkes tersebut diadopsi dari NHCAA (National Health Care Anti-Fraud Association) Amerika Serikat. Pencegahan moral hazard di Rumah Sakit menurut Permenkes No 36 tahun 2015 meliputi pembangunan kesadaran, pelaporan, deteksi, investigasi dan pemberian sanksi.(Kemenkes RI, 2015)

Kelemahan yang ditemukan dari kebijakan tentang pencegahan kecurangan di Era JKN adalah tim anti-fraud telah dibentuk di beberapa rumah sakit dan telah dikukuhkan menggunakan surat keputusan. Namun dari hasil diskusi ditemukan bahwa tim tersebut belum bekerja secara optimal. Hal yang menyebabkannya adalah belum ada petunjuk teknis cara bekerja tim dalam mendeteksi potensi fraud di rumah sakit. Satu-satunya petunjuk yang dipakai adalah peraturan menteri kesehatan, namun belum menjabarkan teknis operasional cara kerja tim. Di salah satu rumah sakit, tim anti-fraud baru bekerja dalam menganalisa setiap kode diagnosis dan prosedur yang dibuat dan tarif yang dihasilkan.(Ade et al., 2016)

BPJS Kesehatan bekerjasama dengan Komisi Pemberantasan Korupsi dalam menangani masalah Fraud dalam JKN. Walaupun telah ada Peraturan Menteri Kesehatan No. 36 Tahun 2015 tentang pencegahan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional, namun beberapa faktor penyebab terjadinya fraud harus diantisipasi. Diantara faktor tersebut adalah menemukan celah terjadinya fraud, membuat regulasi pencegahan fraud yang memadai, memperbaiki tata kerja dan mekanisme penanganan fraud meliputi penjelasan kriteria

fraud, tenaga pendeteksi fraud dan tenaga yang menidaklanjuti fraud. Sistem penanganan fraud harus dibuat secara struktural.(BPJS, 2016b).

Berdasarkan studi awal pada dua pimpinan rumah sakit di Sumatera Barat, diketahui bahwa adanya ketidakpuasan rumah sakit terhadap peraturan yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan bisa memicu terjadinya moral hazard. Dalam kesempatan lain salah seorang pakar Jaminan Kesehatan Nasional mengatakan kalau besaran tarif INA CBG yang diterima rumah sakit berpotensi untuk menimbulkan moral hazard pada era JKN.

Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk meneliti lebih jauh tentang upaya pencegahan moral hazard pada provider JKN di Rumah Sakit Sumatera Barat.

1.2 TUJUAN

1.2.1 TUJUAN UMUM

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui gambaran upaya pencegahan *moral hazard* pada provider JKN rumah sakit di Sumatera Barat.

1.2.2 TUJUAN KHUSUS

1. Mengetahui gambaran permasalahan *moral hazard* pada provider JKN di rumah sakit Sumatera Barat?
2. Mengetahui faktor penyebab terjadinya *moral hazard* pada provider JKN di rumah sakit Sumatera Barat?
3. Mengetahui kelemahan sistem pencegahan *moral hazard* di Indonesia?
4. Mengetahui alternatif kebijakan pencegahan *moral hazard* di era JKN di rumah sakit Sumatera Barat?

1.3 URGENSI PENELITIAN

- a. Penelitian dapat memberikan gambaran permasalahan *moral hazard*, faktor penyebab terjadinya *moral hazard* dan kelemahan sistem pencegahan *moral hazard* di Indonesia
- b. Temuan alternatif kebijakan pencegahan *moral hazard* di era JKN di rumah sakit Sumatera Barat dapat menjadi masukan kepada pemerintah sebagai upaya pencegahan moral hazard

1.4 RENCANA TARGET CAPAIAN TAHUNAN

No	Jenis Luaran	Indikator Pencapaian	
1	Publikasi ilmiah	Internasional	Draf
		Nasional terakreditasi	Tidak Ada
2	Pemakalah dalam temu ilmiah	Internasional	Ada
		Nasional	Tidak Ada
3	<i>Invited speaker</i> dalam temu ilmiah	Internasional	Tidak Ada
		Nasional	Tidak Ada
4	<i>Visiting Lecturer</i>	Internasional	Tidak Ada
5	Hak Kekayaan Intelektual (HKI)	Paten	Tidak Ada
		Paten sederhana	Tidak Ada
		Hak cipta	Tidak Ada
		Merek dagang	Tidak Ada
		Rahasia dagang	Tidak Ada
		Desain produk industri	Tidak Ada
		Indikasi geografis	Tidak Ada
		Perlindungan varietas tanaman	Tidak Ada
		Perlindungan topografi sirkuit terpadu	Tidak Ada
6	Teknologi Tepat Guna	Tidak Ada	
7	Model/Purwarupa/Desain/Karya seni/Rekayasa Sosial	Tidak Ada	
8	Buku Ajar (ISBN)	Tidak Ada	
9	Tingkat Kesiapan Teknologi (TKT)	Tidak Ada	

BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Moral Hazard* pada Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

2.1.1 Definisi *Moral Hazard*

Para ahli ekonomi menggunakan istilah *moral hazard* untuk mendeskripsikan kecenderungan asuransi untuk mendorong perilaku yang dapat meningkatkan resiko pada kerugian yang diasuransikan. Contoh umum dari *moral hazard* adalah kecenderungan pada peserta asuransi kesehatan untuk meningkatkan frekuensi kunjungan dokter dan peningkatan penggunaan prosedur medis. Lebih dari 600 artikel ilmiah tentang topik ini telah dipublikasikan selama tiga puluh tahun terakhir. Meskipun kebanyakan studi *moral hazard* melibatkan sistem asuransi, namun konsepnya juga diaplikasikan pada bank, kontrak komersial, pelayanan kesehatan, pertanian, dan berbagai bidang lainnya (E.Dembe and I.Boden, 2000).

Moral hazard dapat diartikan sebagai kemungkinan pengguna atau penyedia memanfaatkan suatu sistem untuk mencari keuntungan secara berlebihan yang dapat merugikan pengguna lainnya, penyedia ataupun komunitas secara umum (Andargie, 2008).

Menurut Kotowitz dalam John Latsis and Constantinos Repapis, *moral hazard* adalah "tindakan pelaku ekonomi dalam memaksimalkan utilitas mereka sendiri dengan mengorbankan orang lain, dalam situasi di mana mereka tidak menanggung konsekuensi penuh dari tindakan mereka (Kotwitz, 1987).

Menurut Nyman "*Moral Hazard*" adalah penambahan pelayanan kesehatan yang didapatkan oleh orang yang memperoleh asuransi kesehatan. *Moral hazard* terjadi sebagai contoh apabila peserta asuransi mengabdikan lebih banyak hari rawat di rumah sakit atau menggunakan prosedur yang tidak seharusnya didapatkannya (Nyman, 2004).

Moral hazard menurut Prof. Dr. Syed Aljunid adalah perubahan perilaku pengambil keputusan dalam pemakaian pelayanan kesehatan dikarenakan adanya sistem pembiayaan kesehatan. *Moral hazard* berbeda dengan *fraud*. Beberapa *moral hazard legal* dan dikarenakan lemahnya sistem pembiayaan kesehatan seperti *fee for services* (Aljunid, 2015).

2.1.2 Aktor *Moral Hazard* pada Provider Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan hasil telaah sistematik yang dilakukan oleh Pongpirul & Robinson (2013), diketahui bahwa aktor perilaku *moral hazard* di rumah sakit yang memanipulasi DRG sebagai sistem pembayaran prospektif dapat digolongkan dalam tiga kategori yaitu manipulasi oleh manajemen rumah sakit, pemberi pelayanan dan koder (Pongpirul and Robinson, 2013).

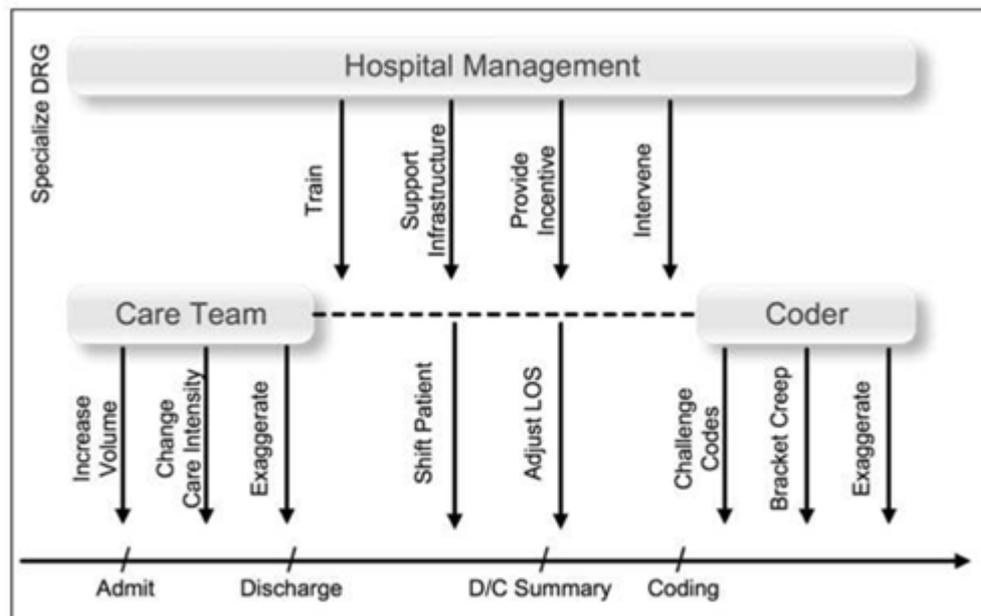


Figure 1. Hospital manipulations of DRG-based inpatient reimbursement

Gambar 2.1 Manipulasi DRG pada Pasien oleh Rumah Sakit

Sumber: Pongpirul & Robinson (2013)

2.1.3 Jenis-Jenis *Moral Hazard* pada Rumah Sakit yang di Bayar dengan Sistem DRG

Jenis-jenis *Moral Hazard* pada Rumah Sakit yang dibayar dengan sistem DRG menurut PMK No. 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional berupa : *Upcoding, Cloning, Phantom Billing, Inflated Bills, Services Unbundling or Fragmentation, Self-Referrals, Repeat Billing, Prolonged Length of Stay, Type of Room Charge, Cancelled Services, No Medical Value, Standard of Care, Unnecessary Treatment, Menambah Panjang Waktu Penggunaan Ventilator,*

Phantom Visit, Phantom Procedures, Readmisi, Time in Operation Room (OR), Keystroke Mistake, Unnecessary Admission, Moral Hazard dari Sisi Provider.

2.1.3.1 Bentuk-bentuk *Moral Hazard* pada Peserta Asuransi

Moral hazard pada peserta asuransi dapat digolongkan kedalam dua golongan:

- a. *Ex-ante moral hazard* adalah perilaku seseorang yang tercover asuransi kesehatan dimana orang tersebut tidak berhati-hati dalam menjaga kesehatannya sehingga beresiko lebih besar untuk mendapatkan bahaya atau penyakit.
- b. *Ex-post moral hazard*

Tipe kedua dari *moral hazard* adalah *ex post moral hazard* berhubungan dengan perilaku yang dapat mengubah L setelah terjadinya penyakit atau kecelakaan. Dengan menggunakan pelayanan asuransi, orang-orang akan berusaha lagi untuk memaksimalkan utilitas pelayanan kesehatan.

Tindakan kecurangan yang berpotensi dilakukan oleh peserta asuransi dalam hal ini peserta BPJS adalah :

1. Membuat pernyataan yang tidak benar dalam hal eligibilitas (memalsukan status kepesertaan) untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
2. Memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu (*unnecesary services*) dengan cara memalsukan kondisi kesehatan.
3. Memberikan gratifikasi kepada pemberi pelayanan agar bersedia memberi pelayanan yang tidak sesuai atau tidak ditanggung.
4. Memanipulasi penghasilan agar tidak perlu membayar iuran terlalu besar.
5. Melakukan kerja sama dengan pemberi pelayanan untuk mengajukan klaim palsu, memperoleh obat dan/atau alat kesehatan yang diresepkan untuk dijual kembali (BPJS, 2016b, Kemenkes RI, 2015).

2.1.3.2 Bentuk-bentuk *Moral Hazard* pada BPJS

Beberapa bentuk *moral hazard* BPJS adalah :

1. Pegawai BPJS tidak menggunakan layanan JKN (Thabrany, 2016).
2. Aturan mengenai masa berlaku atau aktif jaminan setelah 7 hari peserta mendaftar apalagi membayar bertentangan dengan undang-undang SJSN.

Dalam undang-undang disebutkan bahwa peserta adalah penduduk yang telah membayar iuran. Selain itu peraturan yang ditujukan kepada PBPU yang memilih kelas dua dan kelas satu ini bersifat diskriminatif karena pegawai bisa langsung mendapatkan jaminan setelah mendaftar (Thabrany, 2016).

3. Aturan bahwa bayi yang baru lahir tidak langsung dijamin yang akan menyulitkan jika peserta kebetulan melahirkan bayi yang sakit atau menderita cacat bawaan. Selain itu aturan bahwa bayi peserta PBPU untuk kelas satu dan kelas dua dalam kandungan harus membayar iuran. Aturan lain yang merugikan peserta adalah anak ke -4 peserta PNS tidak langsung dijamin. Peserta langsung mengurus kartu yang disebut KP4 untuk bukti pegawai. Seharusnya, urusan kepegawaian dan urusan administrasi lain tidak dikaitkan dengan kepesertaan bayi. Bayi lahir adalah penduduk Indonesia yang sudah punya hak hidup dan hak layanan kesehatan (Thabrany, 2016).
4. Persyaratan kepesertaan yang terlalu banyak dan tidak selalu bisa dimiliki peserta golongan bawah yang juga menyulitkan peserta, seperti memiliki rekening bank (Thabrany, 2016).

Tindakan kecurangan yang berpotensi dilakukan oleh BPJS adalah :

1. Melakukan kerja sama dengan peserta dan/atau fasilitas kesehatan untuk mengajukan klaim yang palsu.
2. Memanipulasi manfaat yang seharusnya tidak dijamin agar dapat dijamin.
3. Menahan pembayaran ke fasilitas kesehatan atau rekanan dengan tujuan memperoleh keuntungan pribadi.
4. Membayarkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan.
5. melakukan tindakan Kecurangan JKN lainnya (BPJS, 2016b, Kemenkes RI, 2015).

2.1.3.3 Bentuk-bentuk *Moral Hazard* pada Pemerintah terkait Pelaksanaan JKN di Rumah Sakit

Bentuk-bentuk moral hazard pada pemerintah terkait pelaksanaan JKN di rumah sakit adalah :

1. Pemerintah mengatur pembagian pendapatan rumah sakit dari pembayaran CBG dengan menyusun Peraturan Presiden tentang distribusi jasa medis. Selain tidak

sesuai dengan konsep dasar pembayaran borongan Perpres tersebut bertentangan dengan SJSN. Dalam undang-undang SJSN menjelaskan bahwa pembagian uang hasil penerimaan rumah sakit (baik untuk gaji dan insentif dokter, perawat, petugas administrasi, kepala bagian, direktur dan lain-lain) diatur sendiri oleh pimpinan rumah sakit. Hal ini disebabkan karena kondisi di lapangan akan sangat bervariasi. Secara prinsip Perpres tentang pembagian dana penerimaan bayaran CBG tidak mengikat. Namun bisa jadi Perpres tersebut juga menjadi acuan bagi para tenaga di rumah sakit milik swasta sehingga menimbulkan tuntutan (Thabrany, 2016).

2. Besaran CBG ditetapkan berbeda antara rumah sakit besar (tipe A) dengan rumah sakit kecil (tipe D). Bahkan beberapa rumah sakit vertikal memiliki besaran CBG tersendiri. Besaran CBG yang berbeda untuk tingkat kesulitan kasus yang sama antara rumah sakit besar dan kecil tidak realistis dan mendorong terjadinya penyerapan jumlah kasus di rumah sakit besar. Tarif CBG dapat mencapai 4 kali lebih besar di RSCM dibandingkan di rumah sakit tipe D. Seharusnya kasus-kasus *severity level 1* seperti septikemia ringan tidak tercantum dalam CBG RSCM karena rumah sakit tersebut merupakan pusat rujukan, tidak menangani kasus yang bisa ditangani di rumah sakit lebih kecil. Sebaliknya kasus septikemia berat atau kasus-kasus *severity level 3* tidak perlu ada di rumah sakit tipe D, karena sarana dan tenaga yang kurang memadai (Thabrany, 2016).
3. Besarnya tagihan untuk diagnosis tertentu dalam undang-undang SJSN seharusnya disepakati oleh seluruh rumah sakit dalam satu wilayah (melalui PERSI setempat) dan BPJS. Tetapi kini proses kesepakatan tersebut diambil alih oleh Kemenkes. Akibatnya banyak keluhan dan bahkan penolakan oleh rumah sakit swasta atas tarif-tarif CBG (Thabrany, 2016).
4. Besaran iuran yang tidak memadai, tidak sesuai dengan prinsip adequasi (kecukupan) untuk membayar tanggung jawab BPJS. Pemerintah membayar iuran PBI hanya Rp19.225, sementara belanja kesehatan/orang/bulan menurut *National Health Account* Indonesia 2012 adalah Rp 96.000/orang/bulan (Thabrany, 2016).

5. Besaran CBG tidak memadai untuk hampir semua klinik dan rumah sakit swasta. Banyak rumah sakit swasta berkategori C dan D yang tarif CBG nya lebih kecil dari rumah sakit tipe B apalagi tipe A yang umumnya milik pemerintah. Dengan bayaran kecil maka banyak ditemukan keluhan rumah sakit swasta mengakali pelayanan agar mereka tidak rugi, seperti meminta pasien JKN datang lagi beberapa hari kemudian untuk ambil obat atau periksa dengan alasan yang bermacam-macam. Dengan cara itu rumah sakit dapat menagih dua kali namun pasien harus kehilangan dua kali biaya waktu tunggu dan *transport*. Alternatifnya rumah sakit swasta diperbolehkan menarik iuran biaya atau *cost sharing* langsung dari pasien atau dari asuransi komersial, 30% sebagai alat kendali *moral hazard* yang dibolehkan undang-undang SJSN (Thabrany, 2016).

2.1.4 Faktor yang Mempengaruhi *Moral Hazard*

Faktor yang mempengaruhi *moral hazard* dapat disarikan dari beberapa teori sebagai berikut:

2.1.4.1 Model *Moral Hazard* oleh Dunham L. Cobb

Suatu model untuk *moral hazard* sudah ada dan digunakan untuk mengajar korupsi perekonomian di Univeristas Yale tahun 1970an.

$$MH = f \left(\frac{\text{Reward}}{\text{Penalty}}, \frac{\text{Likelihood of Being Successful}}{\text{Likelihood of Being Caught}}, \frac{\text{Urgency of Need/Greed}}{\text{Personal Moral Ethic}} \right)$$

Component A:
Risk/Reward
Component B:
Probability of
Success
Component C:
Personal
Inclination

Gambar 2.2 Model *Moral Hazard* oleh Dunham L. Cobb

Sumber: Dunham L. Cobb (2004)

Komponen pertama yang mempengaruhi adalah keuntungan (*reward*) yang akan didapat merupakan faktor terbesar yang memicu seseorang melakukan tindakan *moral hazard*, termasuk juga sebagai bagian dari *reward* adalah terhindar dari sesuatu yang tidak diinginkan/sesuatu yang buruk. Lawan dari *reward* adalah hukuman (*penalty*) yang merupakan konsekuensi yang diberikan kepada seseorang apabila tertangkap bersalah ketika melakukan hal yang tidak dibenarkan. Pada kondisi ini dapat dimaknai bahwa semakin berat hukuman yang diberikan atas

pelaku *moral hazard*, maka semakin mampu menekan perilaku *moral hazard* dan berlaku sebaliknya, bahkan situasi ketidakpastian hukum dapat menjadi faktor pemicu lain perilaku *moral hazard* (Dunham, 2004).

Komponen kedua yang mempengaruhi adalah kemungkinan sukses dan gagal dalam melakukan tindakan *moral hazard*, semakin tinggi kemungkinan sukses maka semakin besar potensi seseorang dalam melakukan *moral hazard*. Hal ini sangat bergantung dari mekanisme kontrol dari perusahaan. Pada perusahaan asuransi, mekanisme kontrol yang dapat dilakukan untuk menjaga agar tidak terjadi tindakan *moral hazard* pada saat bertanggung melakukan klaim antara lain dengan melakukan survey dan *interview* (wawancara) yang dapat menggali penyebab sebenarnya klaim yang diajukan, sehingga dapat digali apakah kejadian klaim tersebut diindikasikan sebagai tindakan *moral hazard* atau tidak. Kejelasan SOP pada perusahaan asuransi dan kecakapan para petugas yang menangani klaim bertanggung sangat berperan dalam menghindari kejadian *moral hazard* (Dunham, 2004).

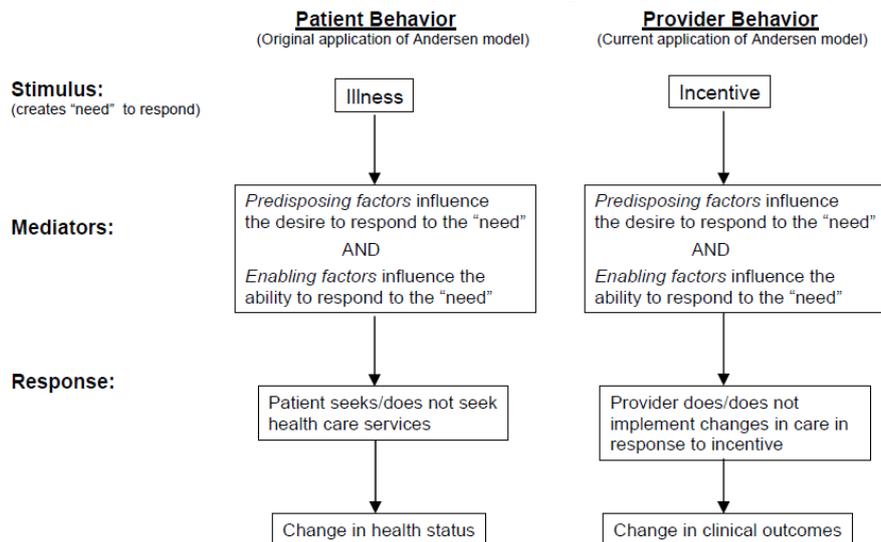
Komponen ketiga adalah moral dasar seseorang, dimana keserakahan dan kebutuhan yang mendesak sewaktu-waktu dapat memicu seseorang melakukan tindakan *moral hazard*. Tentunya hal ini hanya dapat dikontrol oleh diri masing-masing individu. Penanaman nilai-nilai yang baik, budi pekerti, dan integritas dari dini memungkinkan seseorang untuk mampu menjaga dirinya dari berbuat yang tidak dibenarkan oleh agama dan secara universal (Dunham, 2004).

2.1.4.2 Respon Provider Terhadap Insentif Berdasarkan Kerangka Teori Andersen

Model Andersen yang asli menekankan faktor yang mempengaruhi atau memungkinkan pasien untuk mencari perawatan dalam menghadapi penyakit/kesakitan. Dalam istilah ekonomi, model ini disebut model permintaan perawatan kesehatan (*demand for health care*). Model ini menawarkan pendekatan yang cukup fleksibel untuk menempatkan perilaku dari pembuat keputusan (pasien) dalam menanggapi stimulus (penyakit). Dudley, R. Adams et al, 2004 telah memodifikasi model ini untuk menerangkan tentang perilaku provider dalam merespon insentif yang diberikan kepada mereka sebagai pembayar pelayanan kesehatan yang diberikan. Insentif yang diberikan bisa berbentuk *free for service*,

kapitasi atau pembiayaan lain yang bertujuan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Model ini menunjukkan proses atau penyebab secara jelas, dimana factor predisposisi bisa saja berasal dari luar (seperti kependudukan dan struktur sosial) (Dudley et al., 2004, Andersen, 1995).

Modifikasi teori Andersen dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 2.3 Aplikasi Teori Andersen pada Perilaku Provider

Sumber: Dudley R. Adams et al (2004)

Bentuk respon provider pada kerangka teori diatas adalah provider melakukan perubahan atau tidak melakukan perubahan pada pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien terkait insentif yang diterimanya. Kalau dikaitkan dengan moral hazard respon tersebut bisa diartikan ada atau tidaknya perilaku *moral hazard* pada provider jika stimulus yang diterima adalah pembayaran dengan metode prospektif *payment* melalui sistem INA-CBG.

2.2 Kesesuaian dengan Rencana Induk Penelitian (*Roadmap*) Unand

Penelitian ini mengacu kepada Renstra dan peta jalan penelitian Universitas Andalas pada tema Ketahanan Pangan, Obat dan Kesehatan, khususnya pada sub topik penelitian unggulan Kebijakan/ regulasi.

Tabel 1
Keterkaitan Penelitian dengan Rencana Induk Penelitian Universitas Andalas

Tema : 1. KETAHANAN PANGAN, OBAT DAN KESEHATAN Sub-tema : 1.3 Kesehatan Topik : 1.3.1 Gizi, Kesehatan, dan Penyakit tropis dan penyakit tak menular							
Sub-topik Penelitian Unggulan	Baseline (Keadaan Saat Ini) 2015/2016	Tahapan (Pokok Bahasan Penelitian)				Luaran Sub-Topik Penelitian	Luaran Topik Penelitian
		2017	2018	2019	2020		
		Tahap I	Tahap II	Tahap III	Tahap IV		
1. Kebijakan/ regulasi	Belum optimalnya aspek kebijakan, regulasi dan SIK dalam mendukung manajemen kesehatan	Pemetaan dan pengkajian aspek kebijakan, regulasi dan sistem informasi kesehatan dalam mendukung manajemen kesehatan dalam kebijakan gizi, kesehatan dan penanggulangan penyakit tropis dan penyakit tak menular	Pengkajian aspek kebijakan, regulasi dan SIK dalam mendukung manajemen kesehatan dalam kebijakan gizi, kesehatan dan penanggulangan penyakit tropis dan penyakit tak menular	Pengembangan aspek regulasi dan sistem informasi kesehatan dalam mendukung manajemen kesehatan dan penanggulangan penyakit tropis dan penyakit tak menular Pengembangan aspek regulasi dan sistem informasi kesehatan dalam mendukung manajemen kesehatan dan penanggulangan penyakit tropis dan penyakit tak menular Menghasilkan kebijakan gizi, kesehatan dan penanggulangan penyakit tropis dan penyakit tak menular Kebijakan/ regulasi, sistem, pengelolaan dan rekayasa terkait gizi, kesehatan, dan penanggula-ngan penyakit tropis dan penyakit tak	Pengembangan aspek regulasi dan sistem informasi kesehatan dalam mendukung manajemen kesehatan dalam kebijakan gizi, kesehatan dan penanggulangan penyakit tropis dan penyakit tak menular	Menghasilkan kebijakan gizi, kesehatan dan penanggulan gan penyakit tropis dan penyakit tak menular	Kebijakan/ regulasi, sistem, pengelolaan dan rekayasa terkait gizi, kesehatan, dan penanggula-ngan penyakit tropis dan penyakit tak menular yang diterapkan pada masyarakat

Roadmap penelitian Unand dengan tema Ketahanan Pangan, Obat dan Kesehatan khususnya pada sub topik penelitian unggulan tentang kebijakan/ regulasi menyebutkan bahwa kondisi baseline di tahun 2015/2016, aspek kebijakan/ regulasi dan sistem informasi kesehatan belum optimal dalam mendukung manajemen kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengoptimalkan aspek kebijakan dan regulasi terkait pencegahan moral hazard pada provider Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

BAB 3 : METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Metode yang dipakai pada penelitian ini adalah metode kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat postpositifisme, yang digunakan pada objek penelitian yang alamiah dimana peneliti sebagai instrument kunci. Teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna daripada generalisasi (Sugiyono, 2016).

3.2 Desain Penelitian

Fenomenologi adalah suatu pendekatan ilmiah yang bertujuan untuk menelaah dan mendeskripsikan sebuah fenomena yang dialami secara langsung oleh manusia dalam hidupnya sehari-hari (Crotty, 1996, Spiegelberg, 1978, van Manen, 1990). Fokus telaah fenomenologi adalah pengalaman hidup manusia sehari-hari. Secara khusus fenomenologi berupaya untuk menelaah dan mendeskripsikan pengalaman hidup

Dalam penelitian ini peneliti ingin menggali pangalaman dan kesadaran dari subjek penelitian dalam hal ini koder, klinisi dan manajemen rumah sakit tentang fenomena *moral hazard*. Peneliti ingin menggali apa yang dialami, didengarkan, yang terlihat dan dipikirkan oleh subjek penelitian tentang pengalamannya sehari-hari dan mengaitkannya pada fenomena *moral hazard*. Dengan cara ini diharapkan penyebab fenomena *moral hazard* akan dapat dijelaskan secara gamblang dan bisa didapatkan solusi untuk mengatasinya.

3.3 Informan

Fenomenologi juga merupakan sebuah pendekatan filosofi untuk menyelidiki pengalaman manusia. Penelitian ini ingin mempelajari fenomena *moral hazard* dan faktor yang menyebabkannya. Dari hasil telaah *literature* kejadian *moral hazard* pada sistem JKN bisa terjadi pada koder dan klinisi.

Informan dipilih dengan metode *Snowball Sampling*. Metode Snowball Sampling yaitu suatu pendekatan untuk menemukan informan-informan kunci yang memiliki banyak informasi. Dengan menggunakan pendekatan ini, beberapa responden yang potensial dihubungi dan ditanya apakah mereka mengetahui orang yang lain dengan karakteristik seperti yang dimaksud untuk keperluan penelitian.

Informan pada penelitian ini adalah :

1. Direktur RS Kelas C

Direktur Rumah Sakit dipilih karena peneliti menganggap direktur Rumah Sakit mengetahui secara detail dan komprehensif pelaksanaan JKN di rumah sakit, termasuk peluang-peluang terjadinya *moral hazard* di Rumah Sakit beserta penyebabnya.

2. Koder

Koder dipilih karena dalam pelaksanaan JKN di rumah sakit koder memegang peranan penting, terutama untuk pengkodean INA-CBG. *Moral hazard* dapat terjadi pada proses pengkodean diagnosis ataupun prosedur. Sebagai orang yang terlibat sehari-hari pada proses pengkodean penyakit, pandangan koder sangat diperlukan untuk melihat konteks terjadinya *moral hazard* di rumah sakit.

3. Klinisi dalam hal ini dokter spesialis bedah, penyakit dalam, kandungan, penyakit dalam dan anak sesuai dengan pengambilan data kuantitatif pada tahap satu, pada rumah sakit kelas C Sumatera Barat.

Klinisi dipilih karena klinisi lah yang secara langsung berhubungan dengan pasien dan menentukan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien. Pandangan klinisi sangat diperlukan untuk memahami konteks *moral hazard* yang menjadi isu sentral dalam penelitian ini. Setelah memahami pandangan moral hazard menurut klinisi maka pendapat klinisi tentang faktor penyebab terjadinya *moral hazard* akan memperjelas alasan-alasan *moral hazard* terjadi di rumah sakit.

4. Petugas Verifikator BPJS

Petugas verifikator BPJS adalah wakil dari BPJS di setiap rumah sakit. Peran verifikator adalah melakukan verifikasi klaim dari pihak rumah sakit. Pandangan verifikator sebagai bagian dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan sangat diperlukan untuk meng-*cross check* pernyataan dari pihak rumah sakit. Perbedaan cara pandang ini akan memperkaya hasil penelitian dan pembahasan.

3.4 Prosedur Pengumpulan Data

a) Wawancara mendalam

Wawancara mendalam adalah salah satu teknik pengumpulan data kualitatif, dimana wawancara dilakukan antara seorang responden dengan pewawancara yang terampil, yang ditandai dengan penggalian yang mendalam

dan menggunakan pertanyaan terbuka. Menurut Kresno, Sudarti, 2000, wawancara mendalam digunakan pada konsisi-kondisi tertentu seperti pada masalah yang *sensitive*, masalah yang rumit, adanya tekanan kelompok sebaya, responden terpecah dan status responden yang merupakan petinggi di instansi yang dipimpinnya (Kresno et al., 2000).

Wawancara mendalam akan dilakukan pada dua orang Direktur Rumah sakit kelas C (pemerintah dan Swasta), empat orang dokter spesialis di rumah sakit kelas C, dua orang verifikator dari BPJS Kesehatan yang ditempatkan di rumah sakit pemerintah dan swasta. Metode wawancara mendalam dipilih karena kesibukan partisipan sehingga sulit untuk menemukan waktu yang cocok kalau dilakukan Fokus Grup Diskusi, topik wawancara yang sensitif yaitu mengenai *moral hazard* dan lokasi rumah sakit yang berpecah.

b) Fokus Grup Diskusi (FGD)

Fokus Grup Diskusi adalah salah satu teknik dalam pengumpulan data kualitatif, dimana sekelompok orang berdiskusi dengan pengarahan dari seorang moderator atau fasilitator mengenai suatu topik (Kresno et al., 2000). Wawancara kelompok pada dasarnya adalah teknik pengumpulan data kualitatif yang wawancaranya dipandu oleh moderator dengan cara baik secara terstruktur maupun tidak terstruktur, bergantung pada maksud dan tujuan wawancara (Moleong, 2007).

Karakteristik Fokus Grup Diskusi adalah jumlah peserta antara 6-12 orang dan peserta tidak saling mengenal. Jika sulit menemukan anggota kelompok yang sama sekali tidak saling mengenal, maka sebaiknya tidak memasukkan orang yang sehari-hari selalu melakukan interaksi dalam kelompok yang sama (Kresno et al., 2000). Dalam penelitian ini FGD dilakukan pada kelompok dokter spesialis dan kelompok koder. Pada kelompok dokter spesialis akan dipilih enam orang dokter dari 4 grup yang diteliti, yaitu bedah, kandungan, anak dan penyakit dalam. Sementara untuk koder adalah enam orang koder yang mewakili rumah sakit kelas C yang diteliti pada desain penelitian kuantitatif.

3.5 Pengolahan dan Analisis Data

Menurut Janice Mc. Drury (1999) dalam Basrowi dan Suwandi (2008), tahapan analisis data kualitatif adalah sebagai berikut:

1. Membaca dan mempelajari data, menandai kata-kata kunci dan gagasan yang terdapat dalam data
2. Mempelajari kata-kata kunci tersebut dengan tujuan menemukan tema-tema yang berasal dari data.
3. Menuliskan “model” yang ditemukan.
4. Melakukan koding terhadap data (Basrowi and Suwandi, 2008).

3.6 Keabsahan Data

Proses keabsahan penelitian merupakan validasi dan reliabilitas dalam penelitian kualitatif. Pada penelitian ini teknik pemeriksaan keabsahan data adalah dengan metode triangulasi. Teknik triangulasi adalah teknik pemeriksaan data yang memanfaatkan sesuatu diluar data untuk keperluan pengecekan atau pembanding terhadap data itu. Terdapat tiga macam triangulasi yang akan peneliti lakukan dalam penelitian ini yaitu, triangulasi sumber, metode dan penyidik.

1. Triangulasi Sumber

Triangulasi sumber adalah mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif (Patton 1987:331 dalam Maleong, 2007). Dalam penelitian ini peneliti membandingkan pendapat koder dengan pendapat dokter spesialis.

2. Triangulasi Metode

Yaitu pengecekan derajat kepercayaan penemuan hasil penelitian dengan beberapa teknik pengumpulan data (Patton 1987:331). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan metode wawancara mendalam dan FGD untuk menjaga keabsahan data.

3. Triangulasi Pengamat

Yaitu memanfaatkan peneliti atau pengamat lain untuk keperluan pengecekan kembali derajat kepercayaan data (Maleong, 2007). Cara peneliti melakukan triangulasi pengamat adalah dengan meminta masukan dari promotor terhadap analisis data yang sudah peneliti lakukan.

BAB 4 : BIAYA DAN JADWAL KEGIATAN

4.1 BIAYA.

No.	Perincian pengeluaran dana	Biaya yang Diusulkan (Rp)
1.	Bahan habis pakai	3.100.000,-
2.	Perjalanan	11.400.000,-
3.	Pengeluaran lain	10.500.000,-
	Total	25.000.000,-

4.2 JADWAL KEGIATAN

Kegiatan	Bulan										
	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt	Nov	Des
Pembuatan proposal	■	■									
Pelaksanaan kegiatan		■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Pembuatan laporan kemajuan							■				
Pembuatan laporan akhir										■	
Seminar hasil										■	■

DAFTAR PUSTAKA

- The Health Fondation. ADE, S. E. P., DEFIRMAN, D., VIVI, T. & SYAFRAWATI 2016. Analisis Tingkat Utilisasi dan Potensi Masalah Pembiayaan Penyakit Kardiovaskuler Peserta BPJS Kesehatan serta Tantangan bagi Pengembangan program Pencegahan di Tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi Sumatera Barat. Padang: Fakultas Kesehatan Masyarakat, BPJS Kesehatan.
- ANDARGIE, G. 2008. *Introduction to Health Economics*, Ethiopia, Ethiopia Public Health Training Initiative.
- ANDERSEN, R. M. 1995. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Health and Social Behavioral*, 36, 1-10.
- ANSYORI, A. 2015. Potensi Fraud dan Moral Hazard dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. *Seminar Nasional "Kajian Hukum atas Pelayanan Kesehatan di Era JKN"*. Universitas Brawijaya, Malang.
- BERTA, P., CALLEA, G., MARTINI, G. & VITTADINI, G. 2010. The effects of upcoding, cream skinning and readmissions on the Italian hospitals efficiency: a population-based investigation. *Economic Modelling*, 27, 812-821.
- BÖCKING, W., AHRENS, U., KIRCH, W. & MILAKOVIC, M. 2005. First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experience from other DRG countries. *Journal of Public Health*, 13, 128-137.
- BODE, I. 2013. Processing institutional change in public service provision. *Public Organization Review*, 13, 323-339.
- BPJS 2016a. Laporan Pengelolaan Program Tahun 2016 dan Laporan Keuangan 2016 (Auditan).
- BPJS 2016b. Mewaspada Potensi Kecurangan (fraud) dalam Pelaksanaan JKN-KIS. 41 ed.: BPJS Kesehatan.
- BUSSE, R., SCHREYÖGG, J. & SMITH, P. C. 2006. Editorial: hospital case payment systems in Europe. *Health care management science*, 9, 211-213.
- DAFNY, L. S. 2005. How do hospitals respond to price changes? *The American Economic Review*, 95, 1525-1547.
- DEBPUUR, C., DALABA, M. A., CHATIO, S., ADJUIK, M. & AKWEONGO, P. 2015. An exploration of moral hazard behaviors under the national health insurance scheme in Northern Ghana: a qualitative study. *BMC health services research*, 15, 469.
- DUDLEY, R. A., FROLICH, A., ROBINOWITZ, D. L., TALAVERA, J. A., BROADHEAD, P. & LUFT, H. S. 2004. Strategies to support quality-based purchasing.
- DUNHAM, L. C. 2004. The Silent Assassin in Trading Organization. *2nd Annual UH-GEMI Energy Trading and Marketing Conference*. Houston, Texas.
- ELLIS, R. P. 1998. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of health economics*, 17, 537-555.
- ELLIS, R. P. & MCGUIRE, T. G. 1996. Hospital response to prospective payment: moral hazard, selection, and practice-style effects. *Journal of health economics*, 15, 257-277.
- KEMENKES RI 2014. PMK No. 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs). In: RI, K. (ed.). Jakarta: Kemenkes RI.

- KEMENKES RI 2015. PMK No. 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta: Kemenkes RI.
- KEMENKES RI 2017a. Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2016. *In*: RI, K. (ed.).
- KEMENKES RI. 2017b. *Data Rumah Sakit Online* [Online]. Jakarta: Sistem Rumah Sakit Online Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Available: http://sirs.yankes.kemkes.go.id/rsonline/data_list.php?a=return [Accessed 4 September 2017].
- NYMAN, J. A. 2004. Is 'moral hazard' inefficient? The policy implications of a new theory. *Health Affairs*, 23, 194-199.
- PONGPIRUL, K. & ROBINSON, C. 2013. Hospital manipulations in the DRG system: a systematic scoping review. *Asian Biomedicine*, 7, 301-10.
- PRATIWI, S. H., MARCHIRA, C. R. & HENDRARTINI, J. 2017. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Rawat Inap Ulang Pasien Skizofrenia pada Era Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Pemda DIY. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia* 6, 20-28.
- S.RINGEL, J., D.HOSEK, S., VOLLAARD, B. A. & MAHNOVSKI, S. The elasticity of Demand for Health Care A Review of the Literatur and It's Application to the Military Health System.
- SEIBER, E. E. 2007. Physician Code Creep: Evidence in Medicaid and State Employee Health Insurance Billing. *Health Care Financing Review*, 28.
- SHAHRIARI, H., BELLI, P. & LEWIS, M. 2001. Institutional issues in informal health payments in Poland. *World Bank Draft Report*.
- SILVERMAN, E. & SKINNER, J. 2004. Medicare upcoding and hospital ownership. *Journal of health economics*, 23, 369-389.
- SUGIYONO 2016. *Cara Mudah Menyusun Skripsi, Tesis, dan Disertasi*, Bandung, Alfabeta CV.
- TSAI, Y.-W., CHUANG, Y.-C., HUANG, W.-F., SEE, L.-C., YANG, C.-L. & CHEN, P.-F. 2005. The effect of changing reimbursement policies on quality of in-patient care, from fee-for-service to prospective payment. *International Journal for Quality in Health Care*, 17, 421-426.
- WHO 2011. Prevention not cure in tackling health-care fraud. *Bulletin World Health Organization*.
- WOLFE, D. T. & HERMANSON, D. R. 2004. The fraud diamond: Considering the four elements of fraud. *The CPA Journal*, 74, 38.
- WOLFEREN, J. V., INBAR, Y. & ZEELENBERG, M. 2013. Moral Hazard in the Insurance Industry.

LAMPIRAN 1

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM DAN FGD

Pedoman Wawancara Mendalam untuk Direktur Rumah Sakit

1. Definisi *Moral Hazard*

- a. Apakah Bapak/Ibu pernah mendengar istilah *moral hazard*?
- b. Apakah Bapak/Ibu pernah mendengar istilah *fraud*?
- c. Apa pengertian *moral hazard* atau *fraud* yang Bapak/Ibu ketahui?
- d. Apa pandangan Bapak tentang definisi *fraud* yang dikeluarkan oleh kementerian Kesehatan?
- e. Apa pendapat Bapak tentang *moral hazard* di era JKN ?
- f. Apakah di rumah sakit bisa terjadi *moral hazard*?

2. Aktor *Moral hazard*

- a. Siapakah yang berpotensi melakukan *moral hazard* di era JKN?
- b. Dapatkah peserta melakukan *moral hazard*? Bagaimana bentuknya?
(*ex ante*, *expost*, kecurangan identitas)
- c. Dapatkah provider melakukan *moral hazard*? Bagaimana bentuknya?
 - i. (*probing: upcoding, cloning, phantom billing, inflated bills, services unbundling or fragmentation, self-referrals, repeat billing, prolong length of stay, type of room charge, cancelled services, no medical value, standard of care, unnecessary treatment, menambah panjang waktu penggunaan ventilator, phantom visit, phantom procedure, readmisi, time in operation room (OR),keystroke mistake*)
 - ii. Bisakah dokter melakukan *moral hazard*? Bagaimana bentuknya?

- iii. Bisakah koder melakukan moral hazard? Bagaimana bentuknya?
 - iv. Bisakah manajemen melakukan moral hazard? Bagaimanakah bentuknya?
- d. Dapatkah BPJS Kesehatan melakukan *moral hazard*? Bagaimana bentuknya?(*probing*: tidak menggunakan JKN, bayi tidak langsung dijamin, persyaratan peserta terlalu banyak, menahan pembayaran kepada fasilitas kesehatan, membayar dana kapitasi yang tidak sesuai)
- e. Dapatkah pemerintah melakukan *moral hazard* di era JKN? (*probing*: penyusunan perpres tentang distribusi jasa medis, besaran CBG berbeda antar rumah sakit, besaran tagihan diagnosis tertentu tidak disepakati rumah sakit di satu wilayah, besaran iyuran yang tidak memadai, besaran CBG tidak memadai untuk hampir semua klinik swasta)
- f. Siapa yang dirugikan dari *moral hazard* yang terjadi di Rumah Sakit?
3. Faktor Penyebab *moral hazard*
- a. Apa saja penyebab terjadinya *moral hazard* pada provider?
(*probing*: usia, jenis kelamin, spesialisasi, sertifikat yang diperoleh, tempat menuntut ilmu, bertanggung jawab penuh atau paruh waktu, beban kerja atau jumlah pasien yang ditangani, pemahaman akan kode DRG, insentif, situasi keuangan rumah sakit, transparansi, orientasi laba, bentuk organisasi, ukuran tempat praktek, ukuran rumah sakit, pasokan peralatan medis, penggunaan sistem informasi medis, pedoman penyelenggaraan pelayanan medis, *reward*, hukuman, perencanaan dan pengorganisasian, kepemimpinan, budaya organisasi, telaah utilisasi, keefisienan sistem, kemungkinan merubah kode, ambiguitas klasifikasi pengkodean, kesempatan, manajemen pelayanan medis, umpan balik terhadap kinerja provider, kontrol terhadap rumah sakit).
- b. Apa penyebab terbesarnya? (*probing*: *reward*, *punishment*, kemungkinan sukses, kemungkinan gagal, etika moral)

- c. Apakah besaran CBG bisa menimbulkan moral hazard? Kenapa?
4. Sistem pencegahan *moral hazard* saat ini
- a. Apakah langkah antisipasi yang telah dilakukan rumah sakit terkait *moral hazard* ini?
(*probing*: penyusunan kebijakan dan pedoman, orientasi kendali mutu dan kendali biaya, penggunaan teknologi informasi berbasis bukti, pembentukan tim pencegahan kecurangan, standar pelayanan klinis, *clinical pathways*, penetapan prosedur klaim, deteksi dini kecurangan, kebijakan berbasis kendali mutu dan kendali biaya, peningkatan kemampuan dokter dan koder tentang klaim, penindakan kecurangan, pelaporan, analisis data klaim, investigasi, penggunaan perangkat lunak untuk mencegah kecurangan, panduan praktik klinik dan *clinical pathways*, tim edukasi kepada pasien dan keluarga pasien, mencari *anomaly data*, *predictive modelling*, penemuan kasus, pengaduan dan penyelesaian perselisihan)
 - b. Apa kelemahan dari langkah pencegahan tersebut?
 - c. Apa saran Bapak/Ibu tentang upaya pencegahan *moral hazard* saat ini?

Pedoman Fokus Grup Diskusi Untuk Dokter Spesialis

1. Definisi *Moral Hazard*

- a. Apakah Bapak/Ibu pernah mendengar istilah *moral hazard*?
- b. Apakah Bapak/Ibu pernah mendengar istilah *fraud*?
- c. Apa pengertian *moral hazard* atau *fraud* yang Bapak/Ibu ketahui?
- d. Apa pandangan Bapak tentang definisi *fraud* yang dikeluarkan oleh kementerian Kesehatan?
- e. Apa pendapat Bapak tentang *moral hazard* di era JKN ?
- f. Apakah di rumah sakit bisa terjadi *moral hazard*?

2. Aktor *Moral hazard*

- a. Siapakah yang berpotensi melakukan *moral hazard* di era JKN?
- b. Dapatkah peserta melakukan *moral hazard*? Bagaimana bentuknya?
(*ex ante, ex post, kecurangan identitas*)
- c. Dapatkah provider melakukan *moral hazard*? Bagaimana bentuknya?
(*probing: upcoding, cloning, phantom billing, inflated bills, services unbundling or fragmentation, self-referrals, repeat billing, prolong length of stay, type of room charge, cancelled services, no medical value, standard of care, unnecessary treatment, menambah panjang waktu penggunaan ventilator, phantom visit, phantom procedure, readmisi, time in operation room (OR),keystroke mistake*)
 - i. Bisakah dokter melakukan *moral hazard*? Bagaimana bentuknya?
(*probing inti: upcoding, readmisi, self referrals, unnecessary treatment*)
 - ii. Bisakah koder melakukan *moral hazard*? Bagaimana bentuknya?

- iii. Bisakah manajemen melakukan moral hazard? Bagaimanakah bentuknya?
- d. Dapatkah BPJS Kesehatan melakukan *moral hazard*? Bagaimana bentuknya?(*probing*: tidak menggunakan JKN, bayi tidak langsung dijamin, persyaratan peserta terlalu banyak, menahan pembayaran kepada fasilitas kesehatan, membayar dana kapitasi yang tidak sesuai)
- e. Dapatkah pemerintah melakukan *moral hazard* di era JKN? (*probing*: penyusunan perpres tentang distribusi jasa medis, besaran CBG berbeda antar rumah sakit, besaran tagihan diagnosis tertentu tidak disepakati rumah sakit di satu wilayah, besaran iyuran yang tidak memadai, besaran CBG tidak memadai untuk hampir semua klinik swasta)
- f. Siapa yang dirugikan dari *moral hazard* yang terjadi di Rumah Sakit?

3. Faktor Penyebab *moral hazard*

- a. Apa saja penyebab terjadinya *moral hazard* pada provider?
(*probing*: usia, jenis kelamin, spesialisasi, sertifikat yang diperoleh, tempat menuntut ilmu, bertanggung jawab penuh atau paruh waktu, beban kerja atau jumlah pasien yang ditangani, pemahaman akan kode DRG, insentif, situasi keuangan rumah sakit, transparansi, orientasi laba, bentuk organisasi, ukuran tempat praktek, ukuran rumah sakit, pasokan peralatan medis, penggunaan sistem informasi medis, pedoman penyelenggaraan pelayanan medis, *reward*, hukuman, perencanaan dan pengorganisasian, kepemimpinan, budaya organisasi, telaah utilisasi, keefisienan sistem, kemungkinan merubah kode, ambiguitas klasifikasi pengkodean, kesempatan, manajemen pelayanan medis, umpan balik terhadap kinerja provider, kontrol terhadap rumah sakit).

- b. Apa penyebab terbesarnya? (*probing: reward, punishment, kemungkinan sukses, kemungkinan gagal, etika moral*)
 - c. Apakah besaran CBG bisa menimbulkan *moral hazard*? Kenapa?
4. Sistem pencegahan *moral hazard* saat ini
- a. Apakah langkah antisipasi yang telah dilakukan rumah sakit terkait *moral hazard* ini? (*Probing: peningkatan kemampuan dokter- pemahaman dan penggunaan sistem coding yang berlaku, , meningkatkan ketaatan terhadap standar prosedur operasional, menulis dan memberikan resume medis secara jelas, lengkap dan tepat waktu, penggunaan teknologi informasi berbasis bukti, pembentukan tim pencegahan kecurangan, standar pelayanan klinis, clinical pathways*)
 - b. Apa kelemahan dari langkah pencegahan tersebut?
 - c. Apa saran bapak/Ibu tentang upaya pencegahan *moral hazard* saat ini?

Pedoman Fokus Grup Diskusi untuk Koder

1. Definisi *Moral Hazard*

- a. Apakah Bapak/Ibu pernah mendengar istilah *moral hazard*?
- b. Apakah Bapak/Ibu pernah mendengar istilah *fraud*?
- c. Apa pengertian *moral hazard* atau *fraud* yang Bapak/Ibu ketahui?
- d. Apa pandangan Bapak tentang definisi *fraud* yang dikeluarkan oleh kementerian Kesehatan?
- e. Apa pendapat Bapak tentang *moral hazard* di era JKN ?
- f. Apakah di rumah sakit bisa terjadi *moral hazard*?

2. Aktor *Moral hazard*

- a. Siapakah yang berpotensi melakukan *moral hazard* di era JKN?
- b. Dapatkah peserta melakukan *moral hazard*? Bagaimana bentuknya?
(*ex ante, ex post, kecurangan identitas*)
- c. Dapatkah provider melakukan *moral hazard*? Bagaimana bentuknya?
 - i. (*probing: upcoding, cloning, phantom billing, inflated bills, services unbundling or fragmentation, self-referrals, repeat billing, prolong length of stay, type of room charge, cancelled services, no medical value, standard of care, unnecessary treatment, menambah panjang waktu penggunaan ventilator, phantom visit, phantom procedure, readmisi, time in operation room (OR),keystroke mistake*)
 - ii. Bisakah dokter melakukan *moral hazard*? Bagaimana bentuknya?
 - iii. Bisakah koder melakukan *moral hazard*? Bagaimana bentuknya?

1. Apakah dalam melakukan pengkodean medis koder dituntut untuk memilih tindakan yang mempunyai nilai klaim yang lebih tinggi?
2. Apa saja aturan-aturan untuk memilih kode diagnosa primer dan sekunder?
3. Siapa yang menentukan diagnosa primer dan diagnosa sekunder?
4. Apakah koder pernah bertanya kembali kepada dokter tentang diagnosa yang sudah dibuat apabila meragukan ?
5. Apakah dokter selalu ada untuk dimintai klarifikasi?

iv. Bisakah manajemen melakukan moral hazard? Bagaimanakah bentuknya?

- d. Dapatkah BPJS Kesehatan melakukan *moral hazard*? Bagaimana bentuknya?(*probing*: tidak menggunakan JKN, bayi tidak langsung dijamin, persyaratan peserta terlalu banyak, menahan pembayaran kepada fasilitas kesehatan, membayar dana kapitasi yang tidak sesuai)
- e. Dapatkah pemerintah melakukan *moral hazard* di era JKN? (*probing*: penyusunan perspres tentang distribusi jasa medis, besaran CBG berbeda antar rumah sakit, besaran tagihan diagnosis tertentu tidak disepakati rumah sakit di satu wilayah, besaran iuran yang tidak memadai, besaran CBG tidak memadai untuk hampir semua klinik swasta)
- f. Siapa yang dirugikan dari *moral hazard* yang terjadi di Rumah Sakit?

3. Faktor Penyebab *moral hazard*

- a. Apa saja penyebab terjadinya *moral hazard* pada provider?
(*probing*: usia, jenis kelamin, spesialisasi, sertifikat yang diperoleh, tempat menuntut ilmu, bertanggung jawab penuh atau paruh waktu, beban kerja atau

jumlah pasien yang ditangani, pemahaman akan kode DRG, insentif, situasi keuangan rumah sakit, transparansi, orientasi laba, bentuk organisasi, ukuran tempat praktek, ukuran rumah sakit, pasokan peralatan medis, penggunaan sistem informasi medis, pedoman penyelenggaraan pelayanan medis, *reward*, hukuman, perencanaan dan pengorganisasian, kepemimpinan, budaya organisasi, telaah utilisasi, keefisienan sistem, kemungkinan merubah kode, ambiguitas klasifikasi pengkodean, kesempatan, manajemen pelayanan medis, umpan balik terhadap kinerja provider, kontrol terhadap rumah sakit).

- b. Apa penyebab terbesarnya? (*probing*: reward, punishment, kemungkinan sukses, kemungkinan gagal, etika moral)
- c. Apakah besaran CBG bisa menimbulkan moral hazard? Kenapa?

4. Sistem pencegahan *moral hazard* saat ini

- a. Apakah Bapak dan Ibu pernah diikutsertakan dalam upaya pencegahan *fraud* dan *moral hazard* di rumah sakit? (*probing*: identifikasi faktor-faktor penting atau meningkatkan akurasi coding untuk mencegah kesalahan; edukasi tentang pengetahuan Kecurangan JKN; pelatihan dan edukasi coding yang benar; penyesuaian beban kerja Koder dengan jumlah tenaga dan kompetensinya, meningkatkan interaksi dengan staf klinis dalam rangka memastikan diagnosa primer dan sekunder).
- b. Apa yang Bapak/Ibu harapkan agar profesi koder bisa terhindar dari perilaku *moral hazard*?
- c. Apakah pemberian *reward* dan *punishment* efektif untuk mencegah terjadinya *moral hazard*?

- d. Apakah pelatihan-pelatihan *softskill* tentang pentingnya nilai-nilai moral dalam melaksanakan pelayanan kesehatan efektif untuk mencegah *moral hazard*?
- e. Apa saran Bapak/Ibu untuk mencegah moral hazard pada koder?

Pedoman Wawancara Mendalam Untuk Verifikator BPJS

1. Definisi *Moral Hazard*

- a. Apa pandangan Bapak/Ibu tentang definisi *fraud* yang dikeluarkan oleh kementerian Kesehatan?
- b. Apa pendapat Bapak/Ibu tentang *moral hazard* di era JKN ?
- c. Apakah di rumah sakit bisa terjadi *moral hazard*?

2. Aktor *Moral hazard*

- a. Siapakah yang berpotensi melakukan *moral hazard* di era JKN?
- b. Dapatkah peserta melakukan *moral hazard*? Bagaimana bentuknya?
(*ex ante, ex post*, kecurangan identitas)
- c. Dapatkah provider melakukan *moral hazard*? Bagaimana bentuknya?
 - i. (*probing: upcoding, cloning, phantom billing, inflated bills, services unbundling or fragmentation, self-referrals, repeat billing, prolong length of stay, type of room charge, cancelled services, no medical value, standard of care, unnecessary treatment, menambah panjang waktu penggunaan ventilator, phantom visit, phantom procedure, readmisi, time in operation room (OR),keystroke mistake*)
 - ii. Bisakah dokter melakukan *moral hazard*? Bagaimana bentuknya?
 - iii. Bisakah koder melakukan *moral hazard*? Bagaimana bentuknya?
 - iv. Bisakah manajemen melakukan *moral hazard*? Bagaimanakah bentuknya?
- d. Dapatkah BPJS Kesehatan melakukan *moral hazard*? Bagaimana bentuknya?(*probing: tidak menggunakan JKN, bayi tidak langsung dijamin, persyaratan peserta terlalu banyak, menahan pembayaran kepada fasilitas kesehatan, membayar dana kapitasi yang tidak sesuai*)

- e. Dapatkah pemerintah melakukan *moral hazard* di era JKN? (*probing*: penyusunan perspres tentang distribusi jasa medis, besaran CBG berbeda antar rumah sakit, besaran tagihan diagnosis tertentu tidak disepakati rumah sakit di satu wilayah, besaran iyuran yang tidak memadai, besaran CBG tidak memadai untuk hampir semua klinik swasta)
- f. Siapa yang dirugikan dari *moral hazard* yang terjadi di Rumah Sakit?

3. Faktor Penyebab *moral hazard*

- a. Apa saja penyebab terjadinya *moral hazard* pada provider?
(*probing*: usia, jenis kelamin, spesialisasi, sertifikat yang diperoleh, tempat menuntut ilmu, bertanggung jawab penuh atau paruh waktu, beban kerja atau jumlah pasien yang ditangani, pemahaman akan kode DRG, insentif, situasi keuangan rumah sakit, transparansi, orientasi laba, bentuk organisasi, ukuran tempat praktek, ukuran rumah sakit, pasokan peralatan medis, penggunaan sistem informasi medis, pedoman penyelenggaraan pelayanan medis, *reward*, hukuman, perencanaan dan pengorganisasian, kepemimpinan, budaya organisasi, telaah utilisasi, keefisienan sistem, kemungkinan merubah kode, ambiguitas klasifikasi pengkodean, kesempatan, manajemen pelayanan medis, umpan balik terhadap kinerja provider, kontrol terhadap rumah sakit).
- b. Apa penyebab terbesarnya? (*probing*: reward, punishment, kemungkinan sukses, kemungkinan gagal, etika moral)
- c. Apakah besaran CBG bisa menimbulkan moral hazard? Kenapa?

4. Sistem pencegahan *moral hazard* saat ini

- a. Apakah langkah antisipasi yang telah dilakukan BPJS terkait *moral hazard* ini? (*probing*: penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN di BPJS kesehatan; pengembangan budaya pencegahan Kecurangan JKN

sebagai bagian dari tata kelola organisasi yang baik; dan pembentukan tim pencegahan Kecurangan JKN di BPJS Kesehatan)

- b. Apa kelemahan dari langkah pencegahan tersebut?
- c. Apa tugas spesifik dari verifikator untuk pencegahan moral hazard?
- d. Apa saran Bapak/Ibu tentang upaya pencegahan *moral hazard* saat ini?

LAMPIRAN 2**JUSTIFIKASI ANGGARAN**

1. Bahan Habis Pakai dan Peralatan				
Material	Justifikasi Pemakaian	Kuantitas	Harga Satuan (Rp)	Harga Peralatan Penunjang (Rp)
				Th I
Fotokopi dan ATK (kertas, tinta, printer, dll)		1 paket	500.000,-	500.000,-
Alat Perekam		1 buah	500.000,-	500.000,-
Pengumpulan data Wawancara Mendalam		7 orang	500.000,-	3.500.000,-
Pengumpulan Data FGD		12 orang	500.000,-	6.000.000,-
SUB TOTAL (Rp)				10.500.000,-
2. Perjalanan				
Material	Justifikasi Perjalanan	Kuantitas	Harga Satuan (Rp)	Biaya Per Tahun (Rp)
				Th I
Pengurusan perijinan Wawancara Mendalam		4 kali	300.000,-	1.200.000,-
Pengurusan Izin FGD		12 kali	300.000,-	3.600.000,-
Perjalanan Seminar Internasional				
a. Tiket PP Padang - Bali		1 kali	4.400.000,-	4.400.000,-
b. Taksi Bandara di Bali		2 kali	190.000,-	380.000,-
c. Penginapan di Bali		2 hari	910.000,-	1.820.000,-
SUB TOTAL (Rp)				11.400.000,-
3. Lain-lain				
Kegiatan	Justifikasi	Kuantitas	Harga Satuan (Rp)	Biaya Per Tahun (Rp)
				Th I
Copy dan Jilid Proposal		6	50.000,-	300.000,-
Copy dan Jilid Laporan Akhir		6	50.000,-	300.000,-
Registrasi Seminar Internasional		1	2.500.000,-	2.500.000,-
SUB TOTAL (Rp)				3.100.000,-
TOTAL ANGGARAN YANG DIPERLUKAN SELURUH TAHUN				Rp 25.000.000,-

LAMPIRAN 3

SUSUNAN ORGANISASI DAN PEMBAGIAN TUGAS TIM PENELITIAN

No	Nama/NIDN	Instansi Asal	Bidang Ilmu	Alokasi Waktu (jam/minggu)
1.	Syafrawati, SKM, M. Comm Health, Sc/NIDN. 0019097903 (Ketua)	Fakultas Kesehatan Masyarakat UNAND	Administrasi Kebijakan Kesehatan	12

No	Kegiatan	Penanggung Jawab
1.	Pengurusan Perizinan	Ketua
2.	Pengembangan kuesioner	Ketua
3.	Pengumpulan Data	Ketua
5.	Pengolahan dan analisa data	Ketua
6.	Pembuatan Laporan	Ketua
7.	Publikasi	Ketua

LAMPIRAN 4

BIODATA KETUA DAN ANGGOTA TIM PENGUSUL

1. Biodata Ketua Tim Pengusul

A. Identitas Diri

1	Nama Lengkap	Syafrawati, SKM, M. Comm Health, Sc
2	Jenis Kelamin	Perempuan
3	Jabatan Fungsional	Lektor
4	NIP/NIK/Identitas lainnya	1909792005012001
5	NIDN	0019097903
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Bukittinggi, 19 September 1979
7	E-mail	syafrawati@gmail.com
8	Nomor Telepon/HP	085272795094
9	Alamat Kantor	Jln. Perintis Kemerdekaan Padang
10	Nomor Telepon/Faks	0751-38613
11	Lulusan yang Telah Dihasilkan	S-1 = 90 orang; S-2 ---orang
12. Mata Kuliah yang Diampu		1. Administrasi Kebijakan Kesehatan
		2. Ekonomi Kesehatan
		3. Perencanaan dan Evaluasi Program Kesehatan
		4. Organisasi Manajemen dan Perencanaan Evaluasi
		5. Pengantar Case-mix

B. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Indonesia	Universitas Kebangsaan Malaysia
Bidang Ilmu	Administrasi Kebijakan Kesehatan	<i>Hospital Management and Health Economic</i>
Tahun Masuk-Lulus	1997-2002	2008-2009
Judul Skripsi/Tesis	Analisis Proses Perencanaan Kesehatan di Sub Dinas P2P Dinas Kesehatan Kota Depok Tahun 2001	<i>Comparative Study Between Top Down Costing and Activity Based Costing for Uncomplicated Acute ST Elevation Myocardial Infarction in UKMMC 2009</i>
Nama Pembimbing/promotor	Prastuty Soewondo, SE, PhD	dr. Aniza Ismail

C. Pengalaman penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jml (Juta Rp)
1.	2011	Asupan Seksual pada Televisi dan Internet dengan Perilaku Seksual Remaja Sekolah	DIPA FKM UNAND	15.000.000,-

		Menengah Kejuruan Negeri di Kota Padang Tahun 2011		
2.	2011	Evaluasi Pelaksanaan Sistem Indonesia Based Groups (INA-CBGs) pada Pasien Jamkesmas di Rumah Sakit Dr. M. Djamil Padang Tahun 2011	Hibah Kompetitif – DIKTI	15.000.000,-
3.	2012	Hubungan Perilaku Merokok dengan status Kesehatan Kepala Rumah Tangga di Kabupaten Padang Pariaman dan Kabupaten Tanah Datar Tahun 2012	DIPA FKM UNAND	5.000.000,-
4.	2013	Analisis Kebijakan KTR di Sumatera Barat	Hibah Bersaing – DIKTI	47.125.000,-
5.	2014	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Merokok Siswa SMP di Kota Padang tahun 2014	Hibah Bersaing DIPA FKM UNAND	5.000.000,-
6.	2015	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kemauan Pekerja Mandiri untuk Membayar Iuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kelurahan Batang Kabung Ganting Kecamatan Koto Tangah Kota Padang Tahun 2015	DIPA FKM UNAND	10.000.000,-

D. Pengalaman Pengabdian kepada Masyarakat dalam 5 tahun Terakhir

No	Tahun	Judul Pengabdian kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber	Jml (Juta Rp)
1.	2011	Upaya Peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat melalui Promosi Kesehatan di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Datar Tahun 2011	DIPA UNAND	10.000.000,-
2.	2012	Pemberdayaan Usaha Kesehatan Sekolah Melalui Pelatihan Dokter Kecil di SDN 31 Pasia Nan Tigo Kecamatan Koto Tangah Padang	DIPA FKM UNAND	2.500.000,-
3.	2013	Upaya Peningkatan Cakupan ASI Eksklusif di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Kebun Sikolos Kota Padang Panjang Tahun 2013	DIPA FKM UNAND	2.500.000,-
4.	2014	Model Kemitraan Institusi Pendidikan Fakultas Kesehatan Masyarakat dengan Kelurahan Korong Gadang, PUSTU Korong	DIPA FKM UNAND	2.500.000,-

		Gadang dan Institusi PAUD dan Posyandu dalam Promosi Kesehatan PHBS dan Pembuatan Rencana Pelaksanaan Kegiatan Menuju Kelurahan Sehat di Kora Padang 2015		
5.	2015	Pencegahan Perilaku Merokok pada Siswa Sekolah Dasar di SDN 05 Surau Gadang Kota Padang	DIPA FKM UNAND	5.000.000,-
6.	2016	Pencegahan Perilaku Merokok Siswa Sekolah Dasar Di Kota Padang	Ipteks Bagi Masyarakat (IbM)- DIKTI	40.000.000,-

E. Publikasi Artikel Ilmiah dalam Jurnal 5 tahun terakhir

No	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/Nomor/Tahun
1.	Jaminan Persalinan, Solusi Menurunkan Angka Kematian Ibu di Indonesia	Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas	Volume 6 No. 1 Edisi September – Maret 2011
2.	<i>Developing cost for Uncomplicated Acute ST Elevated Myocardial Infarction (STEMI Percutaneous Coronary Intervention) Using Step Down and Activity Based Costing at UKMMC</i>	Jurnal of Community Health UKM Malaysia	Volume 17 No.1 Tahun 2011
3.	Analisis Biaya Jaminan Persalinan (Jampersal) (Studi Kasus pada Salah Satu Bidan Praktik Swasta Kota Padang)	Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas	Volume 10 No. 1 Tahun 2015

F. Pemakalah Seminar Ilmiah (*Oral Presentation*) dalam 5 tahun terakhir

No	Nama Pertemuan Ilmiah/Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1.	The 1 st Andalas Public Health Conference	Analisis Penerapan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Kota Payakumbuh Tahun 2013	23 November 2013, Grand Inna Muara Hotel, Padang
2.	Forum Kebijakan Kesehatan Indonesia VI: Upaya Pencapaian UHC 2019	Analisis Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Sumatera Barat Tahun 2013	Padang, 24-27 Agustus 2015

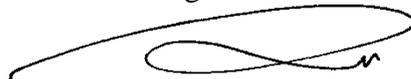
G. Karya Buku dalam 5 tahun terakhir

No	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1.	Buku Ajar Pengantar Casemix	2015	132	Penerbit FKM Unand
2.	Buku A jar Organisasi Manajemen Perencanaan dan Evaluasi	2015	231	Penerbit FKM Unand
3.	Buku Ajar Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan	2016	200	Penerbit FKM Unand
4.	Buku Saku Jangan Coba-Coba Merokok!	2016	26	Penerbit FKM Unand
5.	Komik Jangan Coba-Coba Merokok!	2016	29	Penerbit FKM Unand

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggung jawabkan 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 dengan judul Analisis Pencegahan Moral Hazard Provider Jaminan Kesehatan Nasional pada Rumah Sakit di Provinsi Sumatera Barat

Padang, 25 Mei 2018
Ketua Pengusul



Syafrawati, SKM, M. Comm Health, Sc
NIP. 1909792005012001

LAMPIRAN 5

SURAT PERNYATAAN PENELI



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS ANDALAS

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Alamat : Jalan Perintis Kemerdekaan No.94 Padang Kode Pos 25128

Telepon : 0751-38613 Faksimile : 0751-38612

Laman : <http://fkm.unand.ac.id> email : sekretariat@fkm.unand.ac.id

SURAT PERNYATAAN KETUA PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Syafrawati, SKM, M. Comm Health, Sc
NIP / NIDN : 1909792005012001/ 0019097903
Pangkat / Golongan : Penata/III C
Jabatan Fungsional : Lektor
Alamat : Jl. Teknologi X, Gang I No. 5 RT 04/RW 01 Kelurahan Surau
Gadang Kecamatan Nanggalo

Dengan ini menyatakan bahwa proposal penelitian saya dengan judul :

“Analisis Pencegahan Moral Hazard Provider Jaminan Kesehatan Nasional pada Rumah Sakit di Provinsi Sumatera Barat” yang diusulkan dalam skim Disertasi Doktor untuk Tahun Anggaran 2018 bersifat original dan belum pernah dibiayai oleh Lembaga /Sumber dana lain.

Bilamana di kemudian 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.

Menyetujui,
Dekan FKM Unand



Syafrawati, SKM, MKM, PhD
NIP. 1909792005012001

Padang, 25 Mei 2018
Yang Menyatakan,



Syafrawati, SKM, M. Comm Health, Sc
NIP. 197909192005012001