

[ISSN 2597- 6052](#)

# MPPKI

## Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia

### The Indonesian Journal of Health Promotion

Review Articles

Open Access

## Studi Kualitatif Fraud Pelayanan Kesehatan : Literature Review

### Qualitative Study of Health Service Fraud : Literature Review

Andi Yaumil Bay R Thaifur

Department of Health Policy Administration, Faculty of Public Health, Universitas Dayanu Ikhsanuddin, Bau-bau 93711, Indonesia

\*Korespondensi Penulis : [andi\\_yaumil@ymail.com](mailto:andi_yaumil@ymail.com)

#### Abstrak

**Latar Belakang:** Potensi terjadinya fraud, baik yang terjadi di rumah sakit, staf medis maupun rekam medis perlu dimasukkan sebagai bagian dari suatu sistem yang dapat mencegah terjadinya sebagai mekanisme anti fraud untuk meminimalkan kerugian pasien dan rumah sakit secara keseluruhan.

**Tujuan:** Artikel ini bertujuan untuk mengidentifikasi penelitian kualitatif terkait fraud pelayanan kesehatan.

**Metode:** review artikel dilakukan dengan menggunakan tiga database bibliografi. Artikel diseleksi berdasarkan publikasi 10 tahun terakhir. Ekstraksi data dilakukan dengan menggunakan Prisma flowchart (gambar1), dan artikel yang diinklusi terlebih dilakukan pengecekan kelayakan studi menggunakan instrument Strobe.

**Hasil:** Sebanyak 12037 diperoleh dari tiga database. 20 artikel sesuai dengan kriteria inklusi dan 8 artikel yang dipilih dalam tinjauan literatur ini. Berdasarkan hasil literatur review ditemukan bahwa fraud di pelayanan kesehatan telah dilakukan di beberapa negara maju dan berkembang, fraud rentan ditemukan diantara klaim asuransi kesehatan dan perawatan di rumah sakit. Potensi kecurangan di rumah sakit disebabkan oleh sosial budaya yang menganut budaya konsumerisme dan materialisme, serta motif dari pelaku sehingga menghalalkan segala cara untuk mencapai tujuan dan anggapan pembenaran.

**Kesimpulan:** Fraud pada pelayanan kesehatan di rumah sakit, praktik-praktik kecurangan dan penyalahgunaan perawatan kesehatan telah menjadi pusat perhatian dan masalah utama di dunia kesehatan dari tahun ke tahun, dimana fraud terjadi dalam keadaan dan situasi yang berhubungan dengan proses layanan, cakupan atau manfaat pelayanan yang berdampak pada menabungnya pembiayaan layanan kesehatan. Fraud menjadi ancaman utama bagi ekonomi di seluruh dunia.

**Kata Kunci:** Fraud; Perawatan Kesehatan; Studi Kualitatif

#### Abstract

**Introduction:** The potential for fraud, whether it occurs in hospitals, medical staff or medical records, needs to be included as part of a system that can prevent its occurrence as an anti-fraud mechanism to minimize losses to patients and the hospital as a whole.

**Purpose:** This article aims to identify qualitative research related to health care fraud.

**Methods:** Article review was conducted using three bibliographic databases. Articles are selected based on the last 10 years of publication. Data extraction was carried out using the Prisma flowchart (figure 1), and the included articles were first checked for the feasibility of the study using the Strobe instrument.

**Results:** A total of 12037 were obtained from the three databases. 20 articles met the inclusion criteria and 8 articles were selected in this literature review. Based on the results of a literature review, it was found that fraud in health services has been carried out in several developed and developing countries, fraud is prone to be found between health insurance claims and hospital care. The potential for fraud in hospitals is caused by a social culture that adheres to a culture of consumerism and materialism, as well as the motives of the perpetrators so that they justify any means to achieve goals and the assumption of justification.

**Conclusion:** Fraud in health services in hospitals, fraudulent practices and health care abuse have become the center of attention and major problems in the health world from year to year, where fraud occurs in circumstances and situations related to service processes, coverage or service benefits which has an impact on saving the financing of health services. Fraud is a major threat to economies around the world.

**Keywords:** Fraud; Health care; Qualitative Studies

## PENDAHULUAN

Praktik-praktik kecurangan dan penyalahgunaan perawatan kesehatan telah menjadi pusat perhatian dan masalah utama di dunia kesehatan dari tahun ke tahun, dimana fraud terjadi dalam keadaan dan situasi yang berhubungan dengan proses layanan, cakupan atau manfaat pelayanan yang berdampak pada melambungnya pembiayaan layanan kesehatan. (Kalb P.E, 1999; Trisnantoro, 2014, 2015). Lebih lanjut, menurut The Merriam-Webster Dictionary of Law oleh Busch R.S (2012), bahwa setiap tindakan, ekspresi, kelalaian, atau penyembunyian fakta perawatan kesehatan untuk menipu orang lain dianggap merugikan orang lain atau pasien, antara lain klaim palsu, skema yang rumit, strategi menutup-nutupi, representasi nilai yang keliru, dan representasi layanan yang keliru. (Busch, 2008). Sementara, hal serupa terkait meningkatnya klaim, dan kecurangan lainnya, salah satunya yaitu penyalahgunaan sistem asuransi kesehatan. Tiga jenis perilaku yang umumnya dilarang oleh undang-undang penipuan perawatan kesehatan antara lain klaim palsu, sogokan, dan rujukan mandiri. (Kalb P.E, 1999; Waghade & Karandikar, 2018)

Potensi kecurangan di rumah sakit disebabkan oleh sosial budaya yang menganut budaya konsumerisme dan materialisme, serta motif dari pelaku sehingga menghalalkan segala cara untuk mencapai tujuan dan angapan membenaran. (Lorensa et al., 2018; Crumbley & Ariail, 2020). Beberapa penelitian menyatakan, fraud rentan ditemukan diantara klaim asuransi kesehatan dan perawatan di rumah sakit. Menurut (Goldmann, 2009) salah satu alasan utama sulitnya menghentikan praktik fraud yakni, adanya keyakinan manajemen atau eksekutif puncak dimana motif yang dijalankannya jauh dari praktik fraud karena telah mematuhi aturan dan hukum yang berlaku. (Bauder et al., 2017; Arshad et al., 2015; Kirlidog et al., 2012; Holmberg et al., 2011). Namun kenyataan, praktik fraud hingga kini masih menjadi problema yang belum dapat diselesaikan di seluruh dunia khususnya pada layanan kesehatan.

Merujuk negara Amerika Serikat (USA), studi oleh Thornton et al, 2015, bahwa sistem perawatan kesehatan USA dirusak oleh penipuan, pemborosan, dan penyalahgunaan. Tindakan merugikan pihak lain demi kepentingan pihak pembuat laporan keuangan. (Thornton et al., 2015; Sowah et al., 2019). Hal ini biasanya dilakukan oleh orang-orang dalam ataupun luar yang menjalankan sistem pengendalian internal serta mengoperasikan sistem operasi instansi terutama di dunia kesehatan. Estimasi kerugian fraud menghabiskan biaya hingga 10% dari total pengeluaran perawatan kesehatan di seluruh dunia. (Gee & Button, 2015; Gee et al., 2016; Sowah et al., 2019). Kemudian, studi pengeluaran biaya perawatan sangat tinggi dan menjadi ancaman utama bagi ekonomi dan masyarakat USA. (Stowell et al., 2018). Sehingga, mengeluarkan biaya perawatan kesehatan, cukup besar yaitu klaim atas fraud. (NHCAA, 2020; Mansor et al., 2015; MacKey et al., 2012).

## METODE

### Strategi pencarian literature

Diawali dengan memasukkan keyword “*Fraud*” AND *Method fraud* AND “*Health care*” pada beberapa *search engine (data-based)* seperti: Pubmed/Medline, Cochrane, Wiley, Sciencedirect dan *secondary data based Google scholar*.

### Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi: artikel: merupakan studi yang telah dikaji dan dituliskan dalam bahasa inggris serta dapat diakses, artikel merupakan referensi yang terdaftar sebagai jurnal bereputasi internasional *web of science/thomson reuters journal* atau *scopus*, serta jurnal memiliki tujuan untuk mengidentifikasi metode yang digunakan dalam mendeteksi *fraud* yang terjadi pada bidang layanan/perawatan kesehatan. Adapun kriteria eksklusi ekstraksi yakni jurnal terkait tema dan sub-tema yang di dalamnya mencakup pemahaman konsep *fraud* namun terbit diatas 10 tahun terakhir sejak kajian literature review ini dilaksanakan, *only abstract (non full-text)*, hasil studi literatur atau *systematic review/meta-analysis*.

### Ekstraksi data

Pada tinjauan literatur ini ekstraksi data dilakukan dengan menggunakan Prisma flowchart (gambar1), dan artikel yang diinklusi terlebih dilakukan pengecekan kelayakan studi menggunakan instrument Strobe.

## HASIL

Menggunakan strategi pencarian yang disebutkan pada metode dari 10 tahun terakhir, Sebanyak 12037 diperoleh dari tiga database, diidentifikasi 20 artikel sesuai dengan kriteria inklusi dan 8 artikel yang dipilih dalam tinjauan literatur. Adapun diagram alur strategi pencarian dilampirkan pada bagan berikut ini:

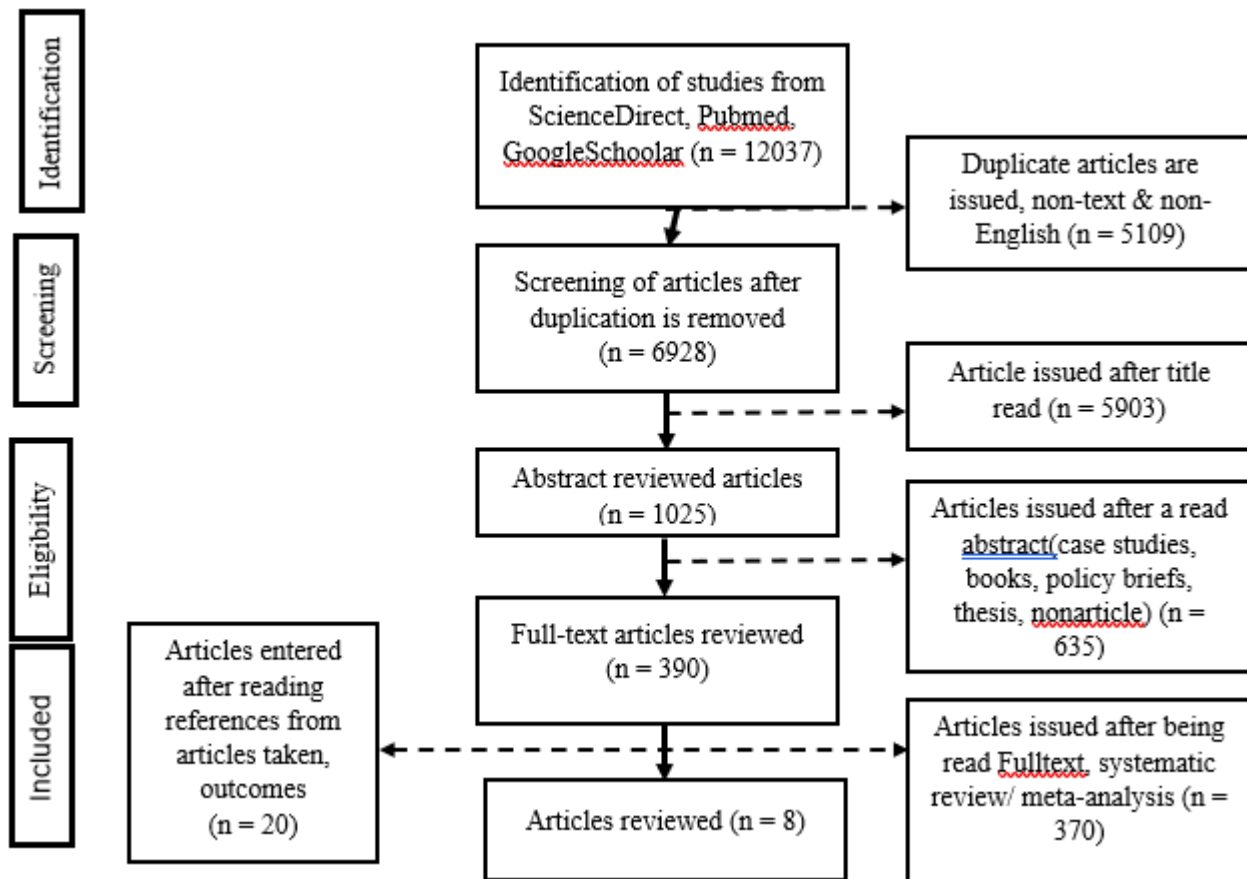


Figure 1. Flow chart literature

Table 1. Summary of Selected Studies

Judul	Athor, Year	Subjek	Metode, Instrumen	Hasil
Understanding the types of fraud in claims to South African medical schemes	Legotlo et al., 2018	Perawat, Dokter, & Karyawan RS	Kualitatif; Pedoman wawancara	Studi yang menemukan fraud dilakukan secara internal dan eksternal oleh pelaku fraud secara individu maupun dari unit-unit tertentu yakni provider pelayanan kesehatan, anggota medis, karyawan dan sindikatnya.
Potential for Fraud of Health Service Claims to BPJS Health at Tenriawaru Public Hospital, Bone Regency, Indonesia (Palutturi et al., 2019)	Palutturi et al, 2019	Manajemen Rumah Sakit dan pasien	Kualitatif, Pedoman wawancara dan telaah dokumen	Potensi Fraud: Tindakan untuk mendapatkan keuntungan dengan penipuan klaim pelayanan kesehatan; Bentuk Fraud: Bentuk tindakan yang dilakukan Rumah Sakit dalam melakukan penipuan klaim pelayanan kesehatan; Tindakan Pencegahan: Tindakan yang dilakukan oleh pihak Jamsostek mencegah penipuan klaim pelayanan kesehatan
Potential of Hospital Fraud in the Indonesia National Health Insurance Era (A Descriptive Phenomenological Research	Khoiri et al, 2020	Petugas yang melayani administrasi dan medis pasien; Manajemen rumah sakit	Kualitatif; Deskriptif Fenomenologi Pedoman wawancara	Hasil refleksi implementasi JKN di rumah sakit terkait fenomena potensi fraud yang tercermin dari pengetahuan dan sikap pihak rumah sakit tentang fraud serta gambaran terjadinya fraud di rumah sakit. Hal ini menjadi dasar bagi peneliti untuk merumuskan indikator potensi kecurangan yang masih perlu diuji pada populasi yang lebih besar
Potential Fraud in	Faturrohman &	Kepala	Kualitatif	Potensi fraud pada FKTP berkaitan dengan

The Primary Healthcare	Dewi, 2018	puskesmas dan kepala klinik swasta		SDM, manajemen pelayanan kesehatan, kebijakan kepemimpinan, pengelolaan dana kapitasi dan audit operasional.
The Study of Implementation of National Health	Maidin & Palutturi, 2016	RS, BPJS, Puskesmas, Dinas Kesehatan, Bappeda, Dokter Keluarga, dan pasien.	Kualitatif	Masih banyak ditemukan masalah dalam tahap awal pelaksanaannya. Masalah lainnya yaitu terkait aspek kebijakan & kelembagaan, transformasi program, advokasi & sosialisasi program JKN, kepesertaan, infrastruktur pelayanan pada fasilitas kesehatan, system rujukan, SDM, & Capacity Building, aspek pembiayaan, risiko terjadinya Fraud, & dampak JKN terhadap utilisasi, kepuasan peserta dan provider.
Fraud Detection in Indonesia National Health Insurance Implemntation: A Phenomenology Experience From Hospital	Ardini et al, 2020	Pengelola BPJS, Stakeholder Internal Rumah Sakit, dan BPJS Sabar.	Kualitatif - Fenomenologi interpretatif	Fraud dan moral hazard dapat terjadi pada penyelenggara BPJS, serta hubungan antara provider dan pasien saat memberikan perawatan kesehatan.
Implementasi Pengendalian internal pada pencegahan dan pendeteksian Fraud Rumah sakit di Bojonegoro	Rosyida, et al, 2018	SDM Rumah Sakit	Kualitatif; Pedoman wawancara	Pendeteksian terhadap kecurangan, tidak lepas dari pengetahuan tentang pemicu terjadinya kecurangan dan pihak pelaku kecurangan. system manajemen rumah sakit diterapkan dalam pengendalian internal sehingga dapat mengantisipasi fraud dalam bentuk apapun
Analysis of employee and management fraud in Tanzania	Zuberi & Mzenzi, 2019	Manajer & karyawan	Kualitatif, Pedoman wawancara & kuesioner	Menyimpulkan tiga informasi yaitu faktor motivasi, rasionalisasi, dan peluang yang menimbulkan kecurangan (fraud)

Tabel 1 menunjukkan bahwa dari 8 artikel jurnal terdapat 3 studi yang membahas mengenai potensi *fraud* (Fathurrohman and Dewi, 2018; Palutturi *et al.*, 2019; Khoiri *et al.*, 2020), pelaku dan tipe *fraud* (Maidin and Palutturi, 2016; Legotlo and Mutezo, 2018; Ardini, Maryam and Munaa, 2020), faktor penyebab *fraud* (Maidin and Palutturi, 2016; Palutturi *et al.*, 2019; Zuberi and Mzenzi, 2019) dan pendeteksian fraud (Rosyida, 2018; Ardini, Maryam and Munaa, 2020), *pencegahan fraud* (Maidin and Palutturi, 2016; Legotlo and Mutezo, 2018; Rosyida, 2018; Palutturi *et al.*, 2019). Berdasarkan 8 studi, metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi (Fathurrohman and Dewi, 2018; Rosyida, 2018; Palutturi *et al.*, 2019; Ardini, Maryam and Munaa, 2020; Khoiri *et al.*, 2020), *case study* (Legotlo and Mutezo, 2018), dan bentuk analisis data menggunakan teknik triangulasi baik triangulasi metode maupun triangulasi sumber (Maidin and Palutturi, 2016) serta *descriptive analysis, principal component analysis and correlation analysis* (Zuberi and Mzenzi, 2019).

### Potensi Fraud

Penelitian Palutturi et al (2019) di RSUD Tenriawaru yang menunjukkan jumlah data kunjungan pasien tidak mengalami peningkatan di setiap bulannya baik rawat inap maupun rawat jalan, namun terkadang terjadi penurunan dan peningkatan yang cukup signifikan, setelah diadakan wawancara disimpulkan bahwa belum adanya sistem pencegahan fraud yang dianggap belum mendesak, belum adanya sanksi bagi pelaku fraud, pengetahuan coders tentang pengkodean dan prosedur penyakit menurut INA CBGs dan kurangnya pemahaman petugas medis mengenai sistem pembayaran INA CBG mengakibatkan rumah sakit cenderung melakukan fraud. Hasil penelitian Fathurrohman et al (2018) pun menambahkan bahwa terdapat dua aspek yang menyebabkan potensi fraud bisa terjadi yaitu dari SDM seperti pengelolaan SDM dengan penilaian kinerja yang lemah, personalitas buruk dan keterampilan SDM yang rendah, kemudian prosedur pelayanan kesehatan berupa kurangnya sarana dan prasana, diskriminasi, sistem kerja dan kebijakan yang tidak sesuai dengan aturan. Kurangnya pengetahuan mengenai fraud

menjadi celah terjadinya potensi kecurangan meskipun keadaannya disadari, namun dibiarkan dengan alasan sebagai upaya rasionalisasi biaya untuk memenuhi kebutuhan medis (Khoiri *et al.*, 2020).

### **Pelaku dan Bentuk Fraud**

Adapun pelaku fraud berdasarkan kajian Legotlo *et al* (2018) dapat dilakukan oleh pelayanan kesehatan, pasien anggota asuransi, kerja sama antara pasien dan pegawai kesehatan ataupun asuransi, dan sindikat tertentu. Dalam Penyelenggaraan NHI kecurangan mungkin saja terjadi dalam hubungan segitiga antara provider, BPJS, dan Pasien (Ardini, Maryam and Munaa, 2020). Adapun dalam kajian penelitian ini fokus pada fraud oleh pelayanan kesehatan dan ditemukan bentuk fraud yang terjadi berupa klaim palsu, penagihan kode tidak teratur, penagihan berlebih, penyediaan medis yang tidak perlu, klaim duplikat, produk dan manfaat yang dikecualikan diklaim sebagai manfaat yang ditanggung seperti klaim kacamata hitam yang tidak perlu, penyedia layanan tanpa izin yang tidak memenuhi syarat. Dalam implementasi JKN (jaminan kesehatan nasional) di Indonesia Ditemukan adanya aktivitas atau tindakan yang dapat diindikasikan sebagai fraud, upcoding, re-admission (Maidin and Palutturi, 2016). Pasien berulang kali disarankan untuk datang ke rumah sakit yang sama dengan jarak waktu yang dekat dan melakukan pemeriksaan yang semestinya bisa dituntaskan dalam sehari (Palutturi *et al.*, 2019)

### **Faktor Penyebab Fraud**

Hasil penelitian Zuberi dan Mzenzi (2019) mengungkapkan terdapat tiga faktor penyebab fraud, yaitu motivasi, rasionalisasi dan peluang. Adapun enam faktor motivasi yang mendorong karyawan dan manajer melakukan fraud yaitu; insentif sosial dan tekanan, keserakahan, masalah operasi, tekanan internal dan lingkungan kerja yang jahat. Faktor rasionalisasi yaitu merasionalisasi perilaku melalui lima netralisasi signifikan dengan teknik yang diidentifikasi sebagai pembobotan sosial, pengalihan kesalahan, penolakan cedera, sikap dan riwayat fraud sebelumnya. Terakhir, yaitu peluang; lingkungan pengendalian yang buruk, aktivitas pengendalian yang tidak memadai, dan keadaan yang memungkinkan perilaku kolusi di antara para penipu. BPJS dan faskes tidak dapat memberi tindakan terhadap pelaku fraud karena belum ada undang-undang yang mengatur tentang hal ini (Maidin and Palutturi, 2016)

### **Pendeteksian dan Pencegahan Fraud**

Pendeteksian terhadap kecurangan, tidak bisa dilepaskan dari pengetahuan mengenai hal-hal pemicu terjadinya kecurangan serta siapa atau pihak mana yang mungkin dapat melakukan kecurangan. Pihak yang mendapat tugas dalam melakukan pendeteksian kecurangan sangat diperlukan dan diketahui, karena dengan mengetahui factor pemicu terjadinya kecurangan serta siapa atau pihak mana yang melakukan lebih terarah. Pemicu terjadinya kecurangan yang dilakukan seseorang ataupun sekelompok orang dirangkum dalam kata GONE (GONE THEORY yang merupakan singkatan dari Greed (keserakahan), Opportunity (Kesempatan), Need (Kebutuhan), dan Exposure (Pengungkapan). Dua faktor yaitu Greed dan Need terutama berhubungan dengan individu (pelaku kecurangan) sedangkan Opportunity dan Exposure berhubungan dengan organisasi (korban perbuatan kecurangan) (Rosyida, 2018). Penelitian Ardini *et al* (2020) menemukan bahwa pasien sebagai pengguna layanan berpendapat bahwa akuntan dan auditor harus lebih bertanggung jawab untuk mendeteksi dan menyebarkan tindakan ilegal untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas proses audit.

Potensi terjadinya fraud, baik yang terjadi di rumah sakit, staf medis maupun rekam medis perlu dimasukkan sebagai bagian dari suatu sistem yang dapat mencegah terjadinya sebagai mekanisme anti fraud untuk meminimalkan kerugian pasien dan rumah sakit secara keseluruhan (Palutturi *et al.*, 2019). Adapun bentuk pencegahan fraud yang seharusnya dilakukan adalah Menerbitkan undang-undang atau peraturan yang khusus mengenai mitigasi terhadap tindakan terindikasi fraud (Maidin and Palutturi, 2016). Cara mengatasi fraud adalah tugas bersama dari suatu organisasi pemerintah dan system pengawasan internalnya. Pengenalan akan adanya kecurangan dan dampaknya menjadi hal yang sangat penting untuk diketahui oleh seluruh staf pegawai hingga manajemen puncak. Serta kesadaran untuk melakukan tindakan anti fraud dapat diawali dengan memberikan pengertian yang lebih tentang kerugian serta dampak fraud. Selanjutnya mengupayakan untuk menghilangkan penyebab fraud, kemudian melakukan tindakan hukuman serta penghargaan untuk mempercepat peningkatan kesadaran dan budaya kerja tanpa fraud. Sedang dalam pendeteksian kecurangan, tidak bisa jauh dari pengetahuan hal-hal yang menjadi pemicu terjadinya kecurangan serta siapa atau pihak mana yang melakukan kecurangan, karena dengan mengetahui factor pemicu terjadinya dan siapa atau pihak mana yang melakukan akan diketahui lebih terarah. (Rosyida, 2018).

## **DISKUSI**

Fraud merupakan permasalahan pelayanan kesehatan tingkat global, dari berbagai penelitian mengenai pencegahan pengendalian risiko dan potensi terjadinya fraud di pelayanan Kesehatan telah dilakukan di beberapa negara maju dan berkembang, di Asia termasuk Indonesia juga tidak lepas dari fenomena dan potensi fraud yang dapat terdeteksi dalam pelayanan kesehatan. Beberapa penelitian yang dilakukan di Indonesia, sebagian besar telah mengidentifikasi temuan berdasarkan deteksi adanya potensi atau berisiko kecurangan di rumah sakit. Di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, (Santoso et al., 2018), dan di RSUD Tenriawaru (Palutturi et al., 2019), petugas kesehatan dan pembuat kode melakukan bentuk kecurangan baik disengaja maupun tidak disengaja. Adapun bentuk *fraud* yang terjadi berupa frekuensi kunjungan rumah sakit, jumlah tagihan medis dan total biaya pengobatan (Albrecht et al., 2018).

Beberapa penelitian menyatakan, bahwa fraud rentan ditemukan diantara klaim asuransi kesehatan dan perawatan di rumah sakit. Menurut (Goldmann, 2009) salah satu alasan utama sulitnya menghentikan praktik fraud yakni, adanya keyakinan manajemen atau eksekutif puncak dimana motif yang dijalankannya jauh dari praktik fraud karena telah mematuhi aturan dan hukum yang berlaku. (Bauder et al., 2017; Arshad et al., 2015; Kirlidog et al., 2012; Holmberg et al., 2011). Namun kenyataan, praktik fraud hingga kini masih menjadi problema yang belum dapat diselesaikan di seluruh dunia khususnya pada layanan kesehatan. Selain itu, potensi kecurangan di rumah sakit disebabkan oleh sosial budaya yang menganut budaya konsumerisme dan materialisme, serta motif dari pelaku sehingga menghalalkan segala cara untuk mencapai tujuan dan anggapan pembenaran. (Lorenza et al., 2018; Crumbley & Ariail, 2020)

Besarnya permasalahan fraud yang terjadi di dunia kesehatan dilatarbelakangi beberapa alasan mulai dari keuangan rumah sakit yang memburuk, tekanan sosial untuk menyenangkan satu pihak, kekayaan dan kekuasaan (keserakahan), ketidakmampuan beradaptasi dengan cepat (*operating problems*), tekanan internal hingga lingkungan kerja yang tidak adil, hal ini menyumbang sebesar 74% motivasi dalam melakukan *fraud* (Zuberi and Mzenzi, 2019). Penelitian menunjukkan fraud pada Rumah Sakit dapat disebabkan oleh ketidakpuasan Rumah Sakit terhadap tarif INACBG (singkatan dari Indonesia Case Base Groups yaitu sebuah aplikasi yang digunakan rumah sakit untuk mengajukan klaim pada pemerintah) dan ketidaksiapan sistem Informasi Teknologi di Rumah Sakit. Selain itu, adanya motivasi mencari “keuntungan ekonomi” dapat membuat PPK (pemberi pelayanan kesehatan) melakukan fraud (Hartati, 2016).

Pembiaran fraud yang terus terjadi tentu saja dapat merugikan satu pihak baik individu ataupun instansi asuransi kesehatan dan akan berdampak pada masyarakat dan ketidakstabilan ekonomi negara bahkan seluruh dunia, terbukti dalam penelitian Copeland (2012) menyebutkan setiap tahunnya jutaan dolar habis dari penyedia asuransi karena fraud, dan untuk mempertahankan keuntungan, perusahaan asuransi menaikkan jumlah premi dan tentu berdampak pada pemilik polis asuransi. Hasil Riset Publik Lembaga Kliring Anti Korupsi KPK menyampaikan pada 2 Desember 2016 bahwa hingga pertengahan tahun 2015 terdapat potensi 175.774 klaim rumah sakit kecurangan yang telah terdeteksi dengan nilai Rp. 440 M. Pada tahun 2016 ditemukan indikasi 1 juta klaim fiktif dari rumah sakit dengan nilai Rp. 2 triliun (Khoiri et al., 2020), hanya dalam setahun angka temuan mencapai kerugian hingga 5 kali lipat.

Dalam penelitian Cortesão (2005) memperkirakan fraud merugikan 15% dari jumlah wajib pajak yang digunakan untuk mendanai perawatan kesehatan yang dibantu pemerintah. Berarti jika pemerintah Indonesia merencanakan anggaran kesehatan sebesar 169,8 triliun pada APBN 2023, maka diperkirakan kerugian akibat fraud bisa mencapai 25,485 triliun, jumlah yang tidak sedikit tentunya dan tidak menuntut kemudian bisa terjadi di Indonesia melihat data 6 tahun yang lalu kerugian mencapai 2 triliun dan meningkat 5 kali lipat dari tahun sebelumnya. Potensi fraud di rumah sakit pada era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia akan berdampak pada inefisiensi pembiayaan kesehatan dan sekaligus mengancam keberlangsungan program JKN.

Pendeteksian fraud sedini dan seefektif mungkin perlu untuk dilakukan, sebagai evaluasi dan perbaikan pelayanan yang lebih baik. Perkembangan teknologi semakin maju dan fraud bisa dideteksi dengan sistem berbasis komputer, namun keberhasilan pendeteksian fraud sangat dipengaruhi beberapa hal menurut Santoso (2018) yaitu kesediaan direktur rumah sakit untuk melaksanakan sistem antifraud, sosialisasi indikator fraud kepada seluruh petugas rumah sakit, penerimaan petugas rumah sakit ke sistem dan computer aplikasi yang dapat menyederhanakan tugas dalam pencegahan dan deteksi dini fraud, kompetensi petugas rumah sakit untuk beroperasi aplikasi computer dan kompetensi petugas rumah sakit untuk memutuskan potensi fraud dalam pelayanan rawat inap pasien.

Indonesia sendiri telah memiliki regulasi dalam pencegahan fraud agar dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional dalam sistem jaminan sosial nasional dapat berjalan dengan efektif dan efisien., yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud). Namun kendala dan benturan terus terjadi di lapangan seperti temuan oleh Trisnantoro, (2015); Maidin & Palutturi, (2016); dan Khoiri et al, (2020), yang menekankan masalah terkait sosialisasi kebijakan dan program belum merata sampai

ke daerah-daerah, dan aspek kebijakan infrastruktur pelayanan pada fasilitas kesehatan, sistem rujukan dan SDM dan Capacity Building, aspek pembiayaan, dan manajemen risiko terjadinya fraud. (Maidin & Palutturi, 2016). Lemahnya struktur dan gaya organisasi ini menyebabkan lemahnya komitmen dan kontrol rumah sakit sehingga sulit untuk melekatkan etika dan integritas pegawai yang tinggi dalam langkah pencegahan fraud.

Sebuah langkah konkrit yang telah diambil dari beberapa penelitian sebelumnya mengungkapkan bahwa pengaruh budaya organisasi dan pengendalian internal melalui pemberian remunerasi/kompensasi kepada karyawan dapat mengurangi risiko fraud, dimana ketidakpuasan karyawan dan lingkungan kerja buruk disebabkan kurangnya kontrol dan sikap acuh pimpinan atas pelanggaran. Hal tersebut mempengaruhi tingkat kecurangan pekerjaan di organisasi atau institusi. (Nawawi et al., 2018; Utami et al., 2019; Taqi & Ismail, 2020). Disisi lain implementasi kebijakan ini belum berjalan dan diterapkan sepenuhnya sampai ke tingkat wilayah / daerah serta belum sepenuhnya disosialisasikan secara masif sehingga belum banyak diketahui oleh petugas-petugas rumah sakit. Maka dari itu, dipandang perlu melakukan evaluasi implementasi kebijakan ini di rumah sakit untuk mengetahui sejauh mana kebijakan ini diaplikasikan, sebagai salah satu bentuk pencegahan potensi fraud di rumah sakit. (Permenkes, 2019; Anggraini et al, 2019).

Menurut (Arens et al, 2017), beberapa faktor yang bisa mencegah kecurangan yaitu budaya yang jujur dan etika yang tinggi di organisasi atau rumah sakit dan pengendalian internal. Sejalan penelitian oleh Suh, Shim dan Button tahun 2012, bahwa persepsi dua variabel mediasi yaitu budaya etis dan kontrol monitoring bisa mencegah penipuan di pekerjaan, dan variable budaya etika yang lebih baik dan berpengaruh negative dengan frekwensi penipuan, sehingga budaya etis lebih efektif dalam mencegah penipuan kerja. (Suh et al., 2018).

## KESIMPULAN DAN SARAN

Studi ini menyimpulkan bahwa fraud pada pelayanan kesehatan di rumah sakit, praktik-praktik kecurangan dan penyalahgunaan perawatan kesehatan telah menjadi pusat perhatian dan masalah utama di dunia kesehatan dari tahun ke tahun, dimana fraud terjadi dalam keadaan dan situasi yang berhubungan dengan proses layanan, cakupan atau manfaat pelayanan yang berdampak pada melambungnya pembiayaan layanan kesehatan. Fraud menjadi ancaman utama bagi ekonomi di seluruh dunia.

## DAFTAR PUSTAKA

- Albrecht, W. S. et al. (2018) *Fraud examination*. Cengage Learning.
- Arens A. Alvin, Ellder J. Ronal & Beasley Mark s. 2017. *Auditing dan Jasa assurance Pendekatan Terintegrasi*. Jakarta:Erlangga.
- Ardini, L., Maryam, D. and Munaa, N. (2020) 'Fraud Detection in Indonesia National Health Insurance Implementation: a Phenomenology Experience From Hospital', 1st International Conference of Business and Social Sciences, 1(1), pp. 263–270. Available at: <http://icobussstiesia.ac.id/prod/index.php/icobuss1st/article/view/26>.
- Arshad, R., Ainul, W., Wan, A., Razali, M., & Bakar, N. A. (2015). Catch the “ Warning Signals ”: The Fight against Fraud and Abuse in Non-Profit Organisations. *Procedia Economics and Finance*, 28(April), 114–120. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(15\)01089-8](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(15)01089-8)
- Anggraeni, et al. (2019). *PERKEMBANGAN PROGRAM JKN TAHUN 2019*.
- Copeland, L. et al. (2012) 'Applying business intelligence concepts to Medicaid claim fraud detection', *Journal of Information Systems Applied Research*, 5(1), p. 51.
- Cortese, L. (2005) 'Fraud management systems in telecommunications: a practical approach', *Proceeding of ICT*.
- Bauder, R., Khoshgoftaar, T. M., & Seliya, N. (2017). A survey on the state of healthcare upcoding fraud analysis and detection. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 17(1), 31–55. <https://doi.org/10.1007/s10742-016-0154-8>
- Busch, Rebecca S. (2008). *Healthcare Fraud Auditing and Detection Guide*. In *HEALTHCARE FRAUD: AUDITING & DETECTION GUIDE*.
- Fathurrohman, N. and Dewi, A. (2018) 'Potential Fraud in The Primary Healthcare', *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, 7(3). doi: 10.18196/jmmr.7373.
- Goldmann, P. (2009). Anti-Fraud Risk and Control Workbook. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Gee, J., & Button, M. (2015). The financial cost of healthcare fraud 2015 What data from around the world shows How UK FTSE listed companies can reduce the cost of fraud and maximise profitability. January 2015.
- Gee, J., Button, M., & Brooks, G. (2016). The financial cost of Healthcare fraud. *Servamus Community-Based Safety and Security Magazine*, 28–31.
- Grove, H. and Clouse, M. (2020) 'Journal of Forensic and Investigative Accounting Volume 12 : Issue 3 , Special Issue 2020 Journal of Forensic and Investigative Accounting Volume 12 : Issue 3 , Special Issue 2020',

- 12(3), pp. 422–441.
- Hartati, T. S. (2016) 'Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Kesehatan (Sjsn)(Studi di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tulang Bawang)', *Fiat Justitia: Jurnal Ilmu Hukum*, 10(4), pp. 715–732.
- Holmberg, S., & Rothstein, B. (2011). *Quality of Government and Access to Safe Water*. QoG Working Paper Series, March 2011, 1–16.
- Kalb P.E. (1999). Health care fraud and abuse laws. American Medical Association. *JAMA*, 282(12), 1163–1169. <https://doi.org/10.5858/2006-130-1169-hcfaal>
- Kirlidog, M., & Asuk, C. (2012). A Fraud Detection Approach with Data Mining in Health Insurance. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 62, 989–994. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.168>
- Khoiri, A., & et al. (2020). Potential of Hospital Fraud in the Indonesia National Health Insurance Era (A Descriptive Phenomenological Research). *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 14(3), p1132–p1136.
- Khoiri, A., Hidayat, W., Chalidyanto, D., & Suhariadi, F. (2020). Disposition of Policy Implementers: Study on The Hospitals Payment System Change in The Indonesian National Health Insurance Era. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 14(4).
- Legotlo, T. G., Hons, B., Mutezo, A., & Hons, B. (2018). Understanding the types of fraud in claims to South African medical schemes. *South African Medical Journal*, 108(4), 299–303. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2018.v108i4.12758>
- Legotlo, T. G., & Mutezo, A. (2018). Understanding the types of fraud in claims to South African medical schemes. *South African Medical Journal*, 108(4), 299–303. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2018.v108i4.12758>
- Lorensa, C. N., Fallah, S., & Sanggenafa, M. . (2018). Pengaruh Budaya Organisasi Dan Peran Auditor Internal Terhadap Pencegahan Fraud. *Jurnal Akuntansi Fakultas Ekonomi Dan Bisnis Universitas Negeri Padang*, 13(November), 1–15.
- MacKey, T. K., & Liang, B. A. (2012). Combating healthcare corruption and fraud with improved global health governance. *BMC International Health and Human Rights*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1472-698X-12-23>
- Mansor, N., Nuhu, M. S., Sultan, U., & Abidin, Z. (2015). Fraud Triangle Theory and Fraud Diamond Theory : Understanding the Convergent and Divergent for Future. 7(28), 30–37. <https://doi.org/10.6007/IJARAFMS/v5-i4/1823>
- Maidin, & Palutturi. (2016). The study of Implementation of National Health Insurance Cross Province South Sulawesi, South East Sulawesi <https://core.ac.uk/download/pdf/295415842.pdf>
- Nawawi, A., & Salin, A. S. A. P. (2018). Internal Control and Employees' Occupational Fraud on Expenditure Claims. *Journal of Financial Crime*, 25(3), 891–906. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/JFC-07-2017-0067>
- Palutturi, S., Makkurade, S. R., Ahri, R. A., & Putri, A. S. E. (2019). Potential for fraud of health service claims to BPJS Health at Tenriawaru Public Hospital, Bone Regency, Indonesia. *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, 8(5), 70–90.
- Permenkes RI No.16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan, (2019).
- Rosyida, I. A. (2018) 'Implementasi Pengendalian Internal Pada', *Ekonomi Universitas Kediri*, 3(1), pp. 47–63.
- Santoso, B., Hendartini, J., Djoko Rianto, B. U., & Trisnantoro, L. (2018). System for Detection of National Healthcare Insurance Fraud Based on Computer Application. *Public Health of Indonesia*, 4(2), 46–56. <https://doi.org/10.36685/phi.v4i2.199>
- Sowah, R. A., Kuuboore, M., Ofoli, A., Kwofie, S., Asiedu, L., Koumadi, K. M., & Apeadu, K. O. (2019). Decision Support System (DSS) for Fraud Detection in Health Insurance Claims Using Genetic Support Vector Machines (GSVMs). *Journal of Engineering (United Kingdom)*, 2019(January 2007). <https://doi.org/10.1155/2019/1432597>
- Taqi, M., & Ismail, T. (2020). Antecedent Variables and Consequences of Religiosity on Fraud. *International Journal of Financial Research*, 11(1), 43–48. <https://doi.org/10.5430/ijfr.v11n1p43>
- Thornton, D., Brinkhuis, M., Amrit, C., & Aly, R. (2015). Categorizing and Describing the Types of Fraud in Healthcare. *Procedia Computer Science*, 64, 713–720. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2015.08.594>
- Trisnantoro, L. (2014). Pengantar Kegiatan.
- Trisnantoro, L. (2015). Peran BPJS kesehatan dalam pencegahan fraud dan abuse dalam Sistem Jaminan Kesehatan nasional (JKN).



- Utami, I., Astiti, Y. W., & Mohamed, N. (2019). Fraud intention and machiavellianism: An experimental study of fraud triangle. *International Journal of Financial Research*, 10(5), 269–279. <https://doi.org/10.5430/ijfr.v10n5p269>
- Zuberi, O., & Mzenzi, S. I. (2019). Analysis of employee and management fraud in Tanzania Omari. *Journal of Financial Crime*, 26(2), 412–431. <https://doi.org/10.1108/JFC-01-2018-0012>