

LITERATURE REVIEW: ANALISIS PENANGANAN KECURANGAN ASURANSI DI INDONESIA

LITERATURE REVIEW: ANALYSIS OF INSURANCE FRAUD HANDLING IN INDONESIA

Erlin Kurnia¹, Lenora Zefin Wahyu Susanto¹

¹Prodi Administrasi Rumah Sakit Program Sarjana STIKES RS Baptis Kediri

*E-mail: egan.erlin@gmail.com

ABSTRAK

Program Asuransi Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan bertujuan untuk menyediakan sistem kesehatan yang adil bagi seluruh masyarakat Indonesia. Namun, program ini menghadapi tantangan besar, termasuk masalah penipuan. Studi ini bertujuan untuk menganalisis pencegahan penipuan dalam JKN, mengidentifikasi hambatan, dan mengevaluasi strategi yang digunakan. Meskipun Indonesia telah membentuk tim anti-penipuan, kinerjanya belum optimal karena kurangnya pengetahuan tentang pencegahan penipuan. Penipuan dalam JKN terjadi ketika pihak tertentu berusaha memperoleh keuntungan finansial dengan cara curang. Bentuk-bentuk penipuan ini dapat dilakukan oleh individu, kelompok, atau fasilitas kesehatan, dan dapat merugikan banyak pihak, termasuk masyarakat dan pemerintah. Studi ini juga menganalisis pengaruh Pengendalian Internal, Komitmen Organisasi, dan Moral Individu dalam pencegahan penipuan. Hasil menunjukkan bahwa Pengendalian Internal memiliki peran penting dalam pencegahan penipuan.

Kata Kunci: Asuransi, JKN, Penipuan

ABSTRACT

The National Health Insurance (JKN) program managed by BPJS Kesehatan aims to provide a fair healthcare system for everyone in Indonesia. However, the program faces major challenges, including the problem of fraud. This study aims to analyze fraud prevention in JKN, identify barriers, and evaluate strategies used. Although Indonesia has established an anti-fraud team, its performance is still not maximized due to a lack of knowledge about fraud prevention. Fraud in JKN occurs when certain parties attempt to gain financial benefits by cheating. These various forms of fraud can be committed by individuals, groups, or health facilities, and can harm many parties, including the public and the government. This study also examines the effect of Internal Control, Organizational Commitment, and Individual Morality in preventing fraud. The results show that Internal Control has an important role in fraud prevention.

Keywords: Insurance; JKN; Fraud.

Pendahuluan

Program Jaminan Kesehatan Nasional yang diadakan oleh BPJS Kesehatan merupakan inisiatif pemerintah Indonesia untuk membangun suatu sistem kesehatan yang adil. Namun, inisiatif ini menghadapi berbagai masalah yang serius,

termasuk isu penipuan. Ada kemungkinan adanya tindakan penipuan dalam pelaksanaan JKN yang belum teridentifikasi serta belum ditindaklanjuti oleh Tim Pencegah Penipuan. Bentuk penipuan dapat meliputi klaim yang tidak benar, pengubahan data, dan

penyalahgunaan dana oleh penyedia layanan kesehatan maupun peserta. Penipuan tidak hanya berdampak negatif pada aspek ekonomi tetapi juga merusak kualitas layanan dan mempertanyakan keberlangsungan program JKN. Data dari BPJS Kesehatan menunjukkan terdapat risiko kerugian yang signifikan akibat penipuan, sehingga perlunya langkah pencegahan yang lebih ampuh. Kecurangan di sector pelayanan kesehatan, seperti modifikasi diagnosis atau klaim atas layanan yang tidak pernah diberikan, terjadi cukup sering. Program JKN mulai diterapkan pada tahun 2014, dan banyak keluhan muncul mengenai dugaan penipuan dari berbagai penyedia layanan kesehatan.

Dampak dari penipuan dapat mempengaruhi reputasi, kualitas pelayanan, dan kondisi keuangan. BPJS Kesehatan melaporkan total pembayaran untuk jaminan kesehatan pada tahun 2023 mencapai sekitar Rp 158,85 triliun, dengan estimasi biaya yang akan naik. Terdapat lebih dari 23.000 fasilitas kesehatan yang berkolaborasi dengan BPJS Kesehatan. Dalam usaha mencegah penipuan, BPJS Kesehatan telah membentuk tim penanganan kecurangan yang terdiri dari hampir 2.000 anggota di seluruh Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji pelaksanaan program pencegahan penipuan, mengenali tantangan yang ada, dan menilai efektivitas strategi yang diterapkan. Sejak diimplementasikannya Program Jaminan Kesehatan Nasional melalui BPJS Kesehatan pada tahun 2014, jumlah peserta JKN telah berkembang dengan cepat. Hingga Desember 2023, total partisipasi JKN mencapai 228 juta orang. Untuk memenuhi kebutuhan 228 juta peserta ini, BPJS Kesehatan bekerja sama dengan 3.120 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan di seluruh tanah air. Biaya layanan kesehatan yang dibayarkan BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan untuk layanan kepada peserta JKN pada tahun 2022 mencapai Rp 113,47 triliun. Angka ini adalah peningkatan sebesar 25,61 persen dibandingkan dengan periode yang sama tahun lalu, yang tercatat sebesar Rp 90,33 triliun pada tahun 2021. Informasi berdasarkan jenis pelayanan menunjukkan

bahwa biaya untuk layanan promotif dan preventif adalah Rp 490 miliar. Biaya untuk rawat jalan tahap pertama adalah Rp 14,95 triliun, sedangkan untuk rawat inap tahap pertama sebesar Rp 1,08 triliun. Selain itu, biaya untuk rawat jalan lanjutan mencapai Rp 34,57 triliun, dan rawat inap lanjutan sebesar Rp 62,39 triliun. Perkembangan program JKN tidak lepas dari sejumlah tantangan, termasuk masalah defisit fiskal. Sejak didirikan pada tahun 2014, JKN selalu menghadapi situasi defisit, namun pada tahun 2020, untuk pertama kalinya, berhasil mencatat surplus sebesar 17 triliun rupiah. Surplus anggaran tahun 2020 diperoleh melalui penyesuaian premi, peningkatan manfaat BPJS, serta penurunan jumlah pasien non-COVID-19 ke FKRTL karena dampak pandemi COVID-19. Jika tidak diantisipasi, peningkatan kunjungan pasien setelah pandemi COVID-19 dapat menyebabkan defisit dana JKN. Beberapa penyebab terjadinya defisit ini antara lain besarnya premi yang tidak sejalan dengan nilai ekonomi, tingginya biaya untuk penyakit katastropik, dan adanya penipuan dalam pelaksanaan Program JKN.

Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh *America's Health Insurance Plan (AHIP)* pada tahun 1999, lebih dari 80 persen penipuan diduga melibatkan penyedia layanan (*Provider Fraud*). Menurut Nurbaiti (2013:19), tipe-tipe utama penipuan yang dilakukan oleh penyedia adalah:

- a. Klaim palsu
- b. Skema penagihan
- c. Pemalsuan diagnosis
- d. Klaim apotik/farmasi palsu

Mengacu pada informasi dari *America's Health Insurance Plans*, dari semua kasus yang ada, penipuan yang melibatkan tenaga profesional dan medis mencapai 80%, dimana sekitar 60% dari kasus tersebut dilakukan oleh dokter. Ini mencerminkan keadaan umum dimana penyedia layanan kesehatan berperan sebagai pelaku penipuan dengan kecenderungan yang terus meningkat. Dalam upaya pencegahan penipuan, dinas Kesehatan di tingkat Kabupaten/Kota termasuk Lembaga yang bekerjasama

dengan BPJS Kesehatan, organisasi profesi, serta asosiasi fasilitas Kesehatan untuk menciptakan sistem pencegahan penipuan JKN. Seperti yang dikemukakan oleh Laksono Trisnantoro, seorang profesor dari Universitas Gajah Mada (UGM), DKK dan Kemenkes berperan sebagai pihak ketiga jika terdapat perselisihan antara BPJS Kesehatan dan fasilitas kesehatan terkait dugaan penipuan sehingga diperlukan tenaga ahli yang untuk mengidentifikasi teknik melakukan klaim dan penipuan serta mendeteksi tindakan curang yang dilakukan oleh pelaku.

Metodologi Penelitian

Penelitian ini adalah *literature review* yang bertujuan untuk menyajikan informasi tentang upaya pencegahan dan penanganan terhadap kasus penipuan dalam sektor asuransi kesehatan di Indonesia. Penelitian ini mengacu pada lima jurnal yang telah dipublikasikan. Artikel ini menggunakan metode studi jurnal sehingga data sekunder yang diperoleh berasal dari hasil studi sebelumnya. Artikel ini juga mengintegrasikan penelitian dengan pendekatan kualitatif yang disajikan dalam bentuk deskriptif, yang akan menjelaskan analisis mengenai pelaksanaan program pencegahan kecurangan dalam JKN.

Hasil Penelitian

Perilaku penipuan dalam implementasi program jaminan Kesehatan menunjukkan bahwa kecurangan dalam jaminan kesehatan nasional merupakan tindakan yang dilakukan secara sengaja oleh individu seperti petugas BPJS, penyedia obat, dan alat Kesehatan untuk mendapatkan keuntungan pribadi dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan peraturan yang ada. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pelaksanaan program pencegahan kecurangan dalam JKN, menemukan tantangan yang dihadapi, serta menilai efektivitas dari strategi yang diterapkan. Dengan adanya penelitian ini, diharapkan akan diperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai saran kebijakan untuk meningkatkan efisiensi dan keefektifan dari program tersebut. Peraturan Menteri Kesehatan Republik

Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 mengatur penyelesaian kecurangan dalam pelaksanaan JKN oleh Tim Pencegahan Kecurangan di Dinas Kabupaten/Kota, dimana tim ini menangani kasus penipuan yang terdeteksi atau yang dilaporkan oleh Fasilitas Kesehatan. Setelah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diberlakukan pada tahun 2014, BPJS Kesehatan mengalami defisit beberapa kali dan baru mencatatkan surplus antara tahun 2020 hingga 2022 akibat pandemi Covid yang menyebabkan penurunan akses peserta ke Fasilitas Kesehatan akibat pergeseran layanan kesehatan menjadi fokus pada penanganan Covid. Defisit yang dimaksud adalah ketidakseimbangan antara pendapatan iuran yang didapat dan biaya layanan kesehatan yang terealisasi, atau dapat dikatakan ada saldo negatif antara penerimaan iuran dan biaya layanan kesehatan. Kecurangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional diartikan sebagai Tindakan yang sengaja dilakukan dengan cara penipuan untuk mendapatkan jumlah klaim pembiayaan yang lebih tinggi dari yang seharusnya sehingga merugikan pihak lain (Ariati, 2015). Untuk menangani kecurangan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional, Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan peraturan berupa Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Komponen Pengendalian Internal

Menurut COSO (2013:4-6) pengendalian internal mencakup lima komponen yaitu:

1. Lingkungan Pengendalian Internal (*Control Environment*)

- a. *Demonstrates commitment to integrity and ethical values.* Organisasi atau manajemen harus berkomitmen untuk menjunjung tinggi integritas dan nilai etika. Manajemen secara berkesinambungan menjelaskan dan mempraktikkan komitmen

- terhadap standar etika yang tinggi.
- b. *Exercise oversight responsibility*. Tanggung jawab dewan direksi dan komite audit menyelenggarakan dalam fungsi pengawasan untuk menjamin efektivitas pengendalian.
 - c. *Establishes structure, authority, and responsibility*. Struktur organisasi yang berimbang tidak terlalu sederhana dan terlalu kompleks sehingga dapat memantau entitas perusahaan dan tidak menghambat arus informasi pertanggungjawaban.
 - d. *Demonstrates competence, commitment to management* harus menjelaskan level kompetensi yang diperlukan baik itu secara pengetahuan dan keahlian.
 - e. *Enforces accountability*. Organisasi menghargai akuntabilitas individu terhadap pengendalian internal yang menjadi tanggungjawab untuk menjamin pencapaian tujuan organisasi.
2. Penilaian Risiko (*Risk Assesment*). Penilaian risiko adalah proses identifikasi dan analisis risiko yang relevan dengan pencapaian tujuan. Faktornya antara lain:
- a. *Specifies suitable objective* (menetapkan tujuan dan sasaran)
 - b. *Identifies and analyzes risk* (mengidentifikasi dan analisis risiko)
 - c. *Asseses fraud risk* (penilaian terhadap risiko kecurangan)
 - d. *Identifies and analyzes significant change* (identifikasi dan analisis terhadap perubahan signifikan)
3. Aktivitas Pengendalian (*Contol Activities*). Terdiri dari kebijakan dan prosedur yang membantu meyakinkan bahwa petunjuk dan perintah manajemen dilaksanakan untuk mencapai tujuan. Aktifitas pengendalian meliputi:
- a. *Selects and develops control activities*. Mengidentifikasi penerapan aktivitas pengendalian secara tepat.
 - b. *Selects and develops general controls over technology*. Menjalankan pengendalian atas teknologi (sistem informasi)
 - c. *Deploys through policies and procedures*. Memiliki prosedur dan kebijakan yang tepat yang diperlukan untuk menjalankan seluruh aktivitas perusahaan.
4. Informasi dan Komunikasi (*Information and Comunication*):
- a. *Uses relevant information*. Informasi penting harus diidentifikasi, dipahami, dan dikomunikasikan dalam suatu bentuk dan kerangka waktu untuk memungkinkan sumber daya melaksanakan tanggungjawabnya.
 - b. *Communicates internally and externally*. Sumber daya manusia yang ada harus mampu mengkomunikasikan informasi penting ke dalam (internal) organisasi maupun keluar (eksternal) organisasi, seperti ke pelanggan, pemasok, pemerintah dan pemegang saham.
5. Pengawasan (*Monitoring*)
- a. *Conducts ongoing and/or separate evaluations*. Pengawasan diterapkan pada kegiatan operasional sehari-hari, kegiatan pengawasan, dan tindakan petugas lain yang menguji kualitas kinerja sistem pengawasan internal.
 - b. *Evaluates and communicates deficiencies*. Perlu dilakukan evaluasi apabila terjadi penyimpangan dan dikomunikasikan kepada pihak berwenang untuk ditindaklanjuti. Dilihat dari segi pelaksanaan tugas sosialisasi kebijakan, pedoman, dan budaya baru yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya, sosialisasi masih belum dilakukan secara khusus dan masif oleh tim

pencegahan *fraud* dan pihak lain yang berwenang, materi yang diberikan juga masih umum. Padahal sosialisasi yang kurang dapat menyebabkan ketidakpahaman dan kurang optimalnya pelayanan kepada masyarakat atau pasien.

Salah satu penelitian yang dilakukan di beberapa daerah di Indonesia menunjukkan bahwa pelaksanaan kebijakan pencegahan penipuan di Rumah Sakit Nasional Diponegoro belum berjalan dengan baik karena terhalang oleh pandemi Covid-19. Akibatnya, tim yang bertanggung jawab atas pencegahan penipuan belum dapat melaksanakan tugas mereka sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 tahun 2019. Kebijakan untuk mencegah penipuan juga tidak memiliki ukuran indikator dan tujuan pengelola yang jelas serta terukur, yang diperlukan sebagai acuan untuk menilai keberhasilan. Tim Sumber Daya Manusia perlu diperluas dan diupayakan peningkatan melalui pelatihan yang berkualitas. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Adisasmito (2016) yang menunjukkan bahwa ada banyak factor yang membuat pegawai di RSUP Nasional DR Cipto Mangunkusumo berpotensi melakukan penipuan terhadap JKN. Penyebab tersebut meliputi tingginya kebutuhan yang belum terpenuhi serta rendahnya gaji yang diterima, yang dapat mendorong karyawan untuk melakukan tindakan *fraud*. Selain itu, pemerintah menetapkan kenaikan gaji hanya sekali setiap tahun. Jika kebijakan tetap sama, jika pemimpin menilai kinerja pegawai selama setahun tidak memuaskan (berdasarkan penilaian indeks kinerja individu), maka gaji tidak akan naik. Meskipun tim pencegahan penipuan telah dibentuk, mereka belum beroperasi dengan efektif karena kurangnya pengetahuan mengenai upaya pencegahan penipuan dalam program JKN. Hal ini menimbulkan tantangan bagi tim Kesehatan dan masalah penipuan rumah sakit, yang menunjukkan bahwa kesulitan dalam mengendalikan penipuan berasal dari minimnya pengetahuan berbagai pihak

yang terlibat mengenai isu penipuan dalam layanan kesehatan. Ironisnya, para pemimpin dalam organisasi layanan Kesehatan seringkali tidak memiliki pemahaman yang memadai tentang strategi untuk melawan penipuan.

Kecurangan dalam asuransi kesehatan di Indonesia dapat membawa konsekuensi yang besar di berbagai bidang, termasuk dalam aspek ekonomi, pelayanan kesehatan, dan tingkat kepercayaan masyarakat. Berikut adalah beberapa konsekuensinya:

- 1) Bagi Perusahaan Asuransi, praktik curang seperti pembengkakan biaya klaim palsu atau perawatan yang tidak pernah dilakukan, menyebabkan perusahaan asuransi mengalami kerugian finansial yang signifikan. Hal ini dapat mengurangi kemampuan perusahaan untuk menyediakan layanan yang berkualitas.
- 2) Bagi Nasabah, untuk menutupi kerugian yang disebabkan oleh kecurangan, perusahaan asuransi mungkin akan meningkatkan premi yang harus dibayar. Ini menyebabkan peningkatan beban finansial bagi nasabah yang berperilaku jujur.

Penurunan Kualitas Pelayanan Kesehatan, kecurangan dapat mengakibatkan alokasi sumber daya yang tidak efektif, di mana dana yang seharusnya digunakan untuk pelayanan kesehatan yang benar-benar dibutuhkan dialihkan untuk menutup klaim yang tidak valid atau palsu. Ini dapat berdampak negatif terhadap kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Meningkatnya Beban Administrasi, perusahaan asuransi perlu meningkatkan upaya mereka dalam mendeteksi dan mencegah kecurangan, yang memerlukan tambahan sumber daya berupa tenaga kerja dan teknologi. Diperlukan pendekatan yang terencana dan berkelanjutan untuk mengelola kecurangan dalam layanan kesehatan. Aktivitas dalam sistem anti kecurangan harus mengikuti siklus yang mencakup pembangunan kesadaran, pelaporan, deteksi, investigasi, dan penjatuhan sanksi. Pembangunan kesadaran menjadi hal yang vital untuk

mencegah terjadinya atau menyebarnya kecurangan dalam layanan kesehatan. Pembangunan kesadaran dapat dilakukan melalui sosialisasi dan pendidikan. Permenkes nomor 16 tahun 2019 mencantumkan hal-hal yang dapat dianggap sebagai aspek penanganan terhadap kejadian yang mengindikasikan kecurangan, termasuk pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan JKN, yaitu sebagai berikut dalam Pasal 3 BPJS Kesehatan, dinas Kesehatan di tingkat kabupaten/kota, dan FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus membangun sistem pencegahan terhadap kecurangan, antara lain:

- penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan (*fraud*);
- pengembangan budaya pencegahan kecurangan (*fraud*);
- pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya;
- pembentukan tim pencegahan kecurangan (*fraud*).

Tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) sebagaimana dimaksud pada bertugas:

- menyosialisasikan regulasi dan budaya yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya;
- meningkatkan budaya
- pencegahan kecurangan (*fraud*);
- mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan/atau tata kelola klinis yang baik;
- melakukan upaya deteksi dan penyelesaian kecurangan (*fraud*);
- monitoring dan evaluasi; dan
- pelaporan.

Komitmen Organisasi

Komitmen yang dimiliki oleh sebuah organisasi menunjukkan seberapa besar loyalitas yang ada pada individu terhadap tempat kerjanya. Ada beberapa pemahaman mengenai komitmen organisasi sebagai berikut: Luthans (2012:249) menjelaskan bahwa komitmen organisasi adalah sikap yang mencerminkan loyalitas karyawan terhadap tempat mereka bekerja,

serta suatu proses berkelanjutan dimana para anggota organisasi menunjukkan kepeduliannya terhadap entitas dan pencapaian yang berkelanjutan. Moorhead dan Griffin (2013:73) mengemukakan bahwa komitmen organisasi adalah sikap yang menunjukkan seberapa dalam seseorang mengenal serta terikat dengan organisasinya. Robbins dan Judge (2012:100) menyatakan bahwa komitmen organisasi adalah tingkat dukungan yang diberikan karyawan kepada sebuah organisasi, serta keinginan mereka untuk terus menjadi bagian dari organisasi tersebut. Di sisi lain, Mathis dan Jackson (2012:155) menyatakan bahwa komitmen organisasi adalah sejauh mana karyawan memiliki keyakinan dan menerima tujuan organisasi, serta keinginan mereka untuk tetap bertahan di dalamnya.

Jika kecurangan dilakukan oleh organisasi penyedia layanan, sanksi administratif dapat diperberat dengan denda hingga 50% dari jumlah kerugian yang harus dikembalikan. Untuk tenaga kesehatan yang terlibat dalam kecurangan, sanksi administratif bisa mencakup pencabutan izin praktik. Selain sanksi administratif, pelaku kecurangan juga dapat menghadapi sanksi pidana sesuai dengan Pasal 379, Pasal 379a, dan Pasal 381 KUHP. Meskipun tidak disebutkan secara spesifik dalam pasal-pasal tersebut, kecurangan dalam JKN dipandang sebagai bentuk penipuan. Di sisi kontra, pihak yang menentang melibatkan fasilitas kesehatan, termasuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), serta kolegium. Alasan utamanya adalah sejak diberlakukannya regulasi anti-kecurangan, penerapannya dianggap kurang memadai, meskipun masih berada dalam batas toleransi. Fasilitas kesehatan menjadi fokus utama dalam upaya memberantas kecurangan dalam program JKN karena penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 60% kecurangan berasal dari fasilitas kesehatan (Hendartini, 2018).

Moralitas Individu

Istilah Moral berasal dari bahasa Latin. Bentuk tunggal kata moral yaitu mos

sedangkan bentuk jamaknya yaitu mores yang masing-masing memiliki arti yang sama yaitu kebiasaan, adat. Arti kata moral adalah nilai-nilai dan norma-norma yang menjadi pegangan bagi seseorang atau suatu kelompok dalam mengatur tingkah lakunya. Moralitas (dari kata sifat Latin: *moralis*) memiliki arti yang pada dasarnya sama dengan 'moral', hanya lebih abstrak. Moralitas adalah sifat moral atau keseluruhan asas dan nilai yang berkenaan dengan baik dan buruk. Menurut Fahmi (2013:22), moralitas didefinisikan sebagai: "Istilah yang dipakai untuk mencakup praktik dan kegiatan yang membedakan apa yang baik dan apa yang buruk, aturan-aturan yang mengendalikan kegiatan itu dan nilai-nilai yang tersimbol didalamnya yang dipelihara atau dijadikan sasaran oleh kegiatan dan praktik tersebut". Sedangkan menurut Umam (2010:354), pengertian moral adalah: "Moral atau morale dalam bahasa Inggris, dapat diartikan sebagai semangat atau dorongan batin dalam diri seseorang untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Moral atau moralitas ini dilandasi oleh nilai-nilai tertentu yang diyakini oleh seseorang atau organisasi tertentu sebagai sesuatu yang baik dan buruk, sehingga bisa membedakan mana yang pantas dilakukan dan mana yang tidak pantas dilakukan".

Penyebab terjadinya kecurangan (*Fraud*)

Menurut Priantara (2013:48), segitiga fraud (*fraud triangle*) terdiri dari 3 kondisi yang umumnya hadir pada saat *fraud* terjadi, yaitu:

1. Tekanan untuk melakukan fraud (*pressure*) Tekanan dapat dibagi menjadi 4 tipe, yaitu:
 - a. Masalah keuangan
 - b. Terlibat perbuatan kejahatan atau tidak sesuai dengan norma
 - c. Tekanan yang berhubungan dengan pekerjaan
 - d. Tekanan-tekanan yang lain
2. Peluang atau kesempatan untuk melakukan *fraud* (*opportunity*)
 - a. Sistem pengendalian internal yang lemah

- b. Tata kelola organisasi buruk

3. Dalih untuk membenarkan tindakan (*rationalization*). *Rationalization* terjadi karena seseorang mencari pembenaran atas aktifitasnya yang mengandung fraud. Para pelaku fraud meyakini atau merasa bahwa tindakannya bukan merupakan suatu fraud tetapi adalah suatu yang memang merupakan haknya, bahkan kadang pelaku merasa telah berjasa karena telah berbuat banyak untuk organisasi.

Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) Provider Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 36 Tahun 2015, Sistem Pencegahan Kecurangan JKN di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), harus dibangun melalui:

- a. Penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN;
- b. Pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya; dan
- c. Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan JKN sebagai bagian dari tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya.

Potensi terjadinya penipuan dalam layanan kesehatan semakin terlihat di Indonesia, tetapi belum ada sistem pengendalian yang memadai. Diperlukan langkah-langkah sistematis untuk mencegah penyebaran kejadian ini. Kerjasama antara berbagai pihak dalam upaya pemberantasan penipuan dalam layanan kesehatan dapat memiliki dampak positif. Pengendalian penipuan harus dilakukan secara berkesinambungan. Langkah-langkah pengendalian penipuan yang telah diimplementasikan dan dampaknya terhadap penghematan keuangan negara sebaiknya didokumentasikan dalam laporan berkala agar dapat diakses oleh publik.

Kesimpulan

Dari uraian diatas, maka dapat disimpulkan hal sebagai berikut:

1. Masih banyak yang belum melaksanakan program pencegahan *fraud* dengan optimal dari berbagai wilayah di Indonesia.
2. Pencegahan *fraud* dalam pelayanan kesehatan dilakukan oleh pemangku kepentingan JKN melalui beberapa langkah penting. Pemerintah sebagai regulator menetapkan indikator *fraud* dan standar pelayanan, serta melakukan monitoring dan evaluasi dengan BPJS Kesehatan untuk mengidentifikasi potensi *fraud*. Perusahaan asuransi juga menyelidiki klaim dari fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan bertanggung jawab atas klaim yang sesuai dan standar layanan. Rumah sakit melakukan verifikasi melalui Satuan Pengawas Internal untuk mencegah kecurangan. Peserta asuransi diharapkan memberikan identitas yang benar dan meminta informasi terkait layanan. Potensi kerugian akibat *fraud* memicu pemerintah untuk mengeluarkan Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 tentang pencegahan *fraud*. Diperlukan kajian dan evaluasi sistem pembayaran JKN. Penting juga untuk mengawasi *fraud* yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan untuk keuntungan, dengan penerapan aturan tegas dan sanksi yang jelas.
4. Secara parsial pengendalian internal, komitmen organisasi dan moralitas individu direspon responden sehingga positif oleh mempunyai pengaruh positif dan signifikan terhadap pencegahan kecurangan (*fraud*) provider jaminan kesehatan nasional.
5. Secara simultan, pengendalian internal, komitmen organisasi dan moralitas individu direspon positif oleh responden sehingga mempunyai pengaruh positif dan signifikan terhadap pencegahan kecurangan

(*fraud*) provider jaminan kesehatan nasional.

6. Penyebab utama pembentukan tim terlambat ialah lemahnya legalitas Surat Keputusan tentang tim pencegahan *fraud* JKN yang berdampak pada komitmen anggota berdampak terhambatnya lebih tim, jauh yang dalam pembentukan dan pelaksanaan tim.

Daftar Pustaka

- Abdullahi, R., Mansor, N. & Nuhu M.S. (2015). Fraud triangle theory and fraud diamond theory. Understanding the convergent and divergent for future research. International Journal of Academic Research in Accounting, Finance and Management Science, 1 (1): 38-45.
- Adisasmito, W. (2016). Analisis pengaruh dimensi fraud triangle dalam kebijakan pencegahan fraud terhadap program jaminan kesehatan nasional di RSUP nasional cipto mangunkusumo. Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, 1(2).
- Anshori, A. (2015). Potensi Fraud dan Moral Hazard dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial. Seminar Nasional "Kajian Hukum Atas Pelayanan Kesehatan di era JKN". Malang: Universitas Brawijaya,
- Ardiyani, Susmitra. (2015). Analisis Determinan Financial Statement Melalui Pendekatan Fraud Triangle. Accounting Analysis Journal. Vol 4 (1), hal 1- 10 Arles, Leardo. 2014. Faktor-Faktor Pendorong Terjadinya Fraud: Predator Vs. Accidental Fraudster Diamond Theory Refleksi Teori Fraud Triangle (Klasik) Suatu Kajian Teoritis. Papper Ilmiah. Fakultas Ekonomi. Universitas Riau: Riau.
- Ariati, N. (2015). Pencegahan Korupsi dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. Sumber dari http://mds.marshall.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1044&context=mgmt_faculty

- BPJS Kesehatan (2020). Dengan Digitalisasi program JKN semakin Mudah. Retrieved from <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/>
- BPJS Kesehatan. (2023). Data Sampel 2023. <https://data.bpjskesehatan.go.id/bpjs-portal/action/landingPage.cbi>.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*: Sage publications
- Dewi, P., Rosna. (2017). Pengaruh Pengendalian Internal Dan Moralitas Individu Terhadap Kecurangan Akutansi Di Kabupaten Timor Tengah Utara. Seminar Nasional. Purwokerto.
- Djasri, H., Rahma, P. A., & Hasri, E. T. (2016). Korupsi Dalam Pelayanan Kesehatan Di Era Jaminan Kesehatan Nasional: Kajian Besarnya Potensi Dan Sistem Pengendalian Fraud. *Integritas*, 2(1), 113–133.
- H. Joudaki et al., (2015). "Improving fraud and abuse detection in general physician claims: a data mining study," *Int. J. Heal. Policy Manag.*, vol. 5, no. 3, pp. 165–172.
- 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 Justisia: Jurnal Ilmu Hukum*, 10(4), 715-732.
- Hendrartini, Y. (2018). Deteksi dan Investigasi Fraud dalam Asuransi Kesehatan: Bagaimana di Indonesia?
- IHPP Thailand. (2017). *Universal Health Coverage: Thailand Experience*.
- Jasri, H. (2016). Blended Learning Optimalisasi Peran Tim Pencegahan Kecurangan JKN di Rumah Sakit. Mutu Pelayanan Kesehatan. Diambil dari <https://www.mutupelayanankesehatan.net/41-tim-pencegahankecurangan-jkn-di-rumah-sakit-copfraud/243-bimbingan-teknis>
- Maidin A, Palutturi S. (2016). *Kajian Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional Lintas Provinsi*. Makasar: Universitas Hasanundin.
- Marasabessy, Y. (2016). Pengaruh Pengendalian Internal Terhadap Pencegahan Kecurangan (FRAUD) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Di Rumah Sakit Bhayangkara TK IV Polda Maluku. *Advantage*, 5 (1), 31-35.
- Media Internal Resmi BPJS Kesehatan. (2015). "Tindak Kecurangan (Fraud) Merugikan Program JKN (Negara)," *INFOBPJS Kesehatan*, Jakarta, pp. 2–6, Nov [Online]. Available: https://persi.or.id/wp-content/uploads/2020/11/fraud_majalahbpjs.pdf
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2015 Tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional PMK No. 16 (2019). Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Retrieved from <https://peraturan.bpk.go.id/Details/129762/permen-kes-no-16-tahun-2019>
- Putri, P. M., & Murdi, P. B. (2019). Pelayanan kesehatan di era jaminan kesehatan nasional sebagai program badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan. *Jurnal Wacana Hukum*, 25(1), 80.
- R. A. Bauder and T. M. Khoshgoftaar, (2017). "Medicare fraud detection using machine learning methods," *2017 16th IEEE Int. Conf. Mach. Learn. Appl.*, pp. 858–865, DOI: 10.1109/ICMLA.2017.0048.
- R. A. Sowah et al., (2019) "Decision support system (DSS) for fraud detection in health insurance claims using genetic support vector machines (GSVMs)," *J. Eng.*, vol.

- 2019, pp. 1–19, doi: 10.1155/2019/1432597.
- Rizka, Z., Jati, S. P., & Syamsulhuda, B. M. (2018). Analisis pelaksanaan program pencegahan kecurangan (FRAUD) Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(4), 95-104.
- Ruankaew, Thanasak. 2016. Beyond the Fraud Diamond. *International Journal of Business Management and Economic Research (IJBMER)*, Vol 7(1), 2016, 474-476
- S. Dash, S. K. Shakyawar, M. Sharma, and S. Kaushik (2019). “Big data in healthcare: management, analysis and future prospects,” *J. Big Data*, no. 1, doi: 10.1186/s40537-0190217-0.
- S. Russell and P. Norvig, (2021). *Artificial Intelligence, Global Edition A Modern Approach*, 4th ed. London: Pearson Education.
- Sadikin, H., & Adisasmito, W. (2016). Analisis Pengaruh Dimensi Fraud Triangle Dalam Kebijakan Pencegahan Fraud Terhadap Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUP Nasional Cipto Mangunkusumo. *Jurnal Ekonomi Kesehatan* 1(2), 28–34. <https://doi.org/10.7454/eki.v1i2.1871>
- Susanti, D.; Arifin, P.; Rahma, D.; Fahmi, M.; Julacha, L.; Putri, W.; (2022) Tackling fraud and corruption in Indonesia’s health insurance system. Bergen: U4 Anti-Corruption Resource Centre, Chr. Michelsen Institute (U4 Issue 2022:13)
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) 4.
- Wijayani, D. R. (2016). Insider Trading dalam Perspektif Fraud Diamond. *Proceeding SENDI_U* (pp: 633-642).
- FK UGM (2016). *Workshop Blended Learning Penyusunan Proposal Penelitian Pencegahan dan Pengurangan Fraud Dalam Jaminan Kesehatan Nasional*.
- Wulandari, D. N., & Nuryanto, M. (2018). Pengaruh pengendalian internal, kesadaran anti fraud, integritas, profesionalisme independensi, terhadap dan pencegahan kecurangan. *Jurnal Riset Akuntansi Mercu Buana*, 4(2), 117125.
- Z. Lv and L. Qiao (2020). “Analysis of healthcare big data,” *Futur. Gener. Comput. Syst.*, vol. 109, 10.1016/j.future.2020.03.039. pp. 103–110
- Zulaikha, Z., & Hadiprajitno, P. T. B. (2016). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Procurement Fraud: sebuah Kajian dari Perspektif Persepsi Auditor Eksternal. *Jurnal Akuntansi dan Keuangan Indonesia*, 13 (2): 194-220.