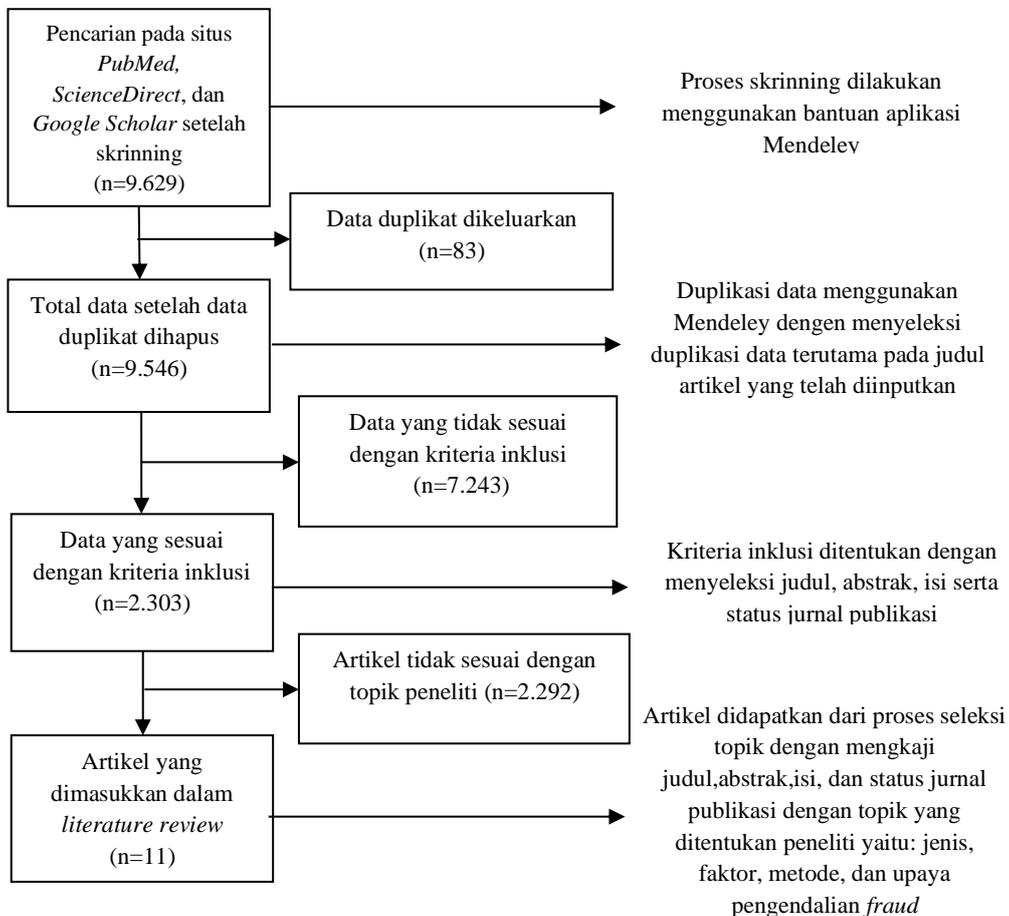


BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil

Berdasarkan hasil pencarian *literature* pada database Google Scholar, PubMed, dan ScienceDirect ditemukan total 9.629 artikel. Hasil pencarian yang telah didapatkan kemudian diperiksa duplikasi ditemukan 83 artikel yang sama sehingga dikeluarkan dan tersisa 9.546 artikel. Peneliti kemudian melakukan seleksi berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi lainnya dan tersisa 2.303 artikel. Kemudian dilakukan analisa untuk mencari artikel yang selingkup dan dapat menjawab tujuan khusus sejumlah 11 artikel dengan penjabaran sebagai berikut: .



Gambar 3.1 Diagram Flowchart *Literature Review* Berdasarkan PRISMA

Berdasarkan pada hasil seleksi studi yang tergambar pada gambar 3.1, peneliti mendapatkan sebelas artikel. Terdiri dari tujuh artikel internasional, yakni *Detection of Healthcare Fraud in The National Health Insurance Program Based on Cost Control*, *Fourteen years of manifestations and factors of health insurance fraud, 2006-2020: a scoping review*, *Fraud and Abuse in the Saudi Healthcare System: A Triangulation Analysis*, *Healthcare Fraud Data Mining Methods: A Look Back and Look Ahead*, *How to detect healthcare fraud? “A systematic review”*, *Potential for fraud of health service claims to BPJS Health at Tenriawaru Public Hospital, Bone Regency, Indonesia*, dan *Potential Fraud in The Primary Healthcare*. Sedangkan 4 artikel merupakan artikel nasional, yaitu Analisis Kebijakan Operasional Tentang *Fraud Clinical Pathway* Pasien JKN Rawat Inap RSUD Buru Maluku, Analisis Pengendalian Potensi *Fraud* di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi, Menelusuri Potensi *Fraud* dalam Jaminan Kesehatan Nasional melalui Rekam Medis di Rumah Sakit, dan Urgensi Pencegahan Tindak Pidana Curang (*Fraud*) Dalam Klaim Asuransi.

A. Karakteristik Responden Studi Literatur

Tabel 3.1 Karakteristik Responden Studi Literatur

Judul	Karakteristik
Analisis Kebijakan Operasional Tentang <i>Fraud Clinical Pathway</i> Pasien JKN Rawat Inap RSUD Buru Maluku	6 informan (Direktur RSUD, dokter, kepala ruang rawat inap, kepala tim BPJS RSUD, kepala instalasi farmasi, dan bendahara)
Analisis Pengendalian Potensi <i>Fraud</i> di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi	Petugas RSUD dr Achmad Moechtar Bukittinggi yang mengetahui tentang pengendalian <i>fraud</i>
<i>Detection of Healthcare Fraud in The National Health Insurance Program Based on Cost Control</i>	Petugas RSUD bagian pelayanan medis dan penjaminan
<i>Fourteen years of manifestations and factors of health insurance fraud, 2006-2020: a scoping review</i>	67 artikel kualitatif dan kuantitatif
<i>Fraud and Abuse in the Saudi Healthcare System: A Triangulation Analysis.</i>	5 pemimpin dari lima perusahaan asuransi kesehatan
<i>Healthcare Fraud Data Mining Methods: A Look Back and Look Ahead.</i>	Artikel penipuan perawatan kesehatan di Amerika Serikat
<i>How to detect healthcare fraud? “A systematic review”</i>	9 artikel metode dekteksi <i>fraud</i>
Menelusuri Potensi <i>Fraud</i> dalam Jaminan Kesehatan Nasional melalui Rekam Medis di	87 dokumen rekam medis kaus <i>Typhoid</i> di RSU

Rumah Sakit	S
<i>Potential for fraud of health service claims to BPJS Health at Tenriawaru Public Hospital, Bone Regency, Indonesia</i>	15 informan, terdiri dari: <ul style="list-style-type: none"> – Petugas verifikator BPJS 2 orang – Manajemen rumah sakit 1 orang – Koder rumah sakit 1 orang – Petugas RS di ruang BPJS Center 3 orang – Perawat poli 1 orang – Pasien dipilih secara purposive 7 orang
<i>Potential Fraud in The Primary Healthcare</i>	5 kepala puskesmas
Urgensi Pencegahan Tindak Pidana Curang (<i>Fraud</i>) Dalam Klaim Asuransi	Sumber informasi menggunakan bahan hukum primer (peraturan dan dokumen relevan)

Tabel 3.2 menunjukkan bahwa responden yang digunakan pada sebelas artikel penelitian merupakan responden terpercaya sehingga data yang dihasilkan dalam penelitian akurat dan dapat dipertanggungjawabkan. Sumber informasi dari sebelas artikel yang digunakan berasal dari petugas yang terlibat langsung dalam pelayanan maupun tim pencegahan *fraud* serta berasal dari data sekunder.

B. Karakteristik Data Studi Literatur

Berdasarkan sebelas artikel yang didapatkan hasilnya adalah sebagai berikut:

Tabel 3.2 Karakteristik Data *Literature*

No	Identitas Jurnal	Judul	Metode	Hasil
1.	Chatmah Bin Thahir dan Sobar Darmadja/ Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, 2022/ II (I): 42-56	Analisis Kebijakan Operasional Tentang <i>Fraud Clinical Pathway</i> Pasien JKN Rawat Inap RSUD Buru Maluku [1]	Kualitatif	Hasil penelitian yang diperoleh adalah potensi <i>fraud</i> pada <i>clinical pathway</i> pasien JKN yang terjadi disebabkan belum optimalnya pelaksanaan sejumlah kegiatan yaitu; ketidakpatuhan tenaga kesehatan terhadap <i>clinical pathway</i> di Unit Pelayanan Rawat Inap, keterbatasan SDM BPJS dalam memverifikasi selisih tarif, dan tidak adanya saling koordinasi antara tim BPJS dan dokter.
2.	Ayu Mitriza	Analisis Pengendalian	Kualitatif	Komponen input mencakup

	dan Ali Akbar/ Jurnal Kesehatan Andalas, 2019/ 8 (3): 493-499	Potensi <i>Fraud</i> di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi [2]		kebijakan, tenaga dan sarana. Komponen proses mencakup faktor pendorong dan penghambat potensi <i>fraud</i> . Faktor pendorong potensi <i>fraud</i> yaitu perbedaan pemahaman antara verifikator dan dokter penanggung jawab pasien tentang diagnosis. Kesenjangan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA CBGs. Faktor penghambat potensi <i>fraud</i> yaitu Penerapan Standar Operasional dan <i>Clinical Pathway</i> .
3.	Nugroho Mardi Wibowo, Woro Utari, Abdul Muhit dan Yuyun Widiastuti/ <i>Advances in Economics, Business and Management Research</i> ,2020/ 103: 284-288	<i>Detection of Healthcare Fraud in The National Health Insurance Program Based on Cost Control</i> [3]	Kualitatif	Berdasarkan analisis regresi linier time series, diperoleh hasil bahwa kelompok data yang dapat menunjukkan potensi <i>fraud</i> pada rumah sakit adalah: (i) kasus rawat jalan dengan prosedur khusus; (ii) kasus rawat inap dengan obat khusus; (iii) kasus rawat jalan dengan obat khusus; dan (iv) kasus rawat inap dengan prostesis khusus. Kelompok data yang belum terbukti memiliki potensi <i>fraud</i> adalah (i) perbandingan jumlah pasien rawat inap JKN dengan jumlah tagihan pasien rawat inap INA-CBGs; (ii) perbandingan jumlah pasien rawat jalan JKN dengan jumlah tagihan INA-CBGs rawat jalan; (iii) tingkat keparahan penyakit; (iv) tagihan kasus rawat inap ke BPJS Kesehatan; (v) tagihan kasus rawat jalan ke BPJS Kesehatan; dan (vi) kasus rawat inap dengan prosedur khusus.
4.	José Villegas- Ortega, Luciana	<i>Fourteen years of manifestations and factors of</i>	<i>Scoping review</i>	Dari 67 penelitian yang digunakan, peneliti mengidentifikasi 6 definisi, 22 manifestasi (13 oleh penyedia medis,

Bellido-Boza, dan David Mauricio/ <i>Health & justice,</i> 2021/ 9:26	<i>health insurance fraud, 2006- 2020: a scoping review</i> [4]	7 oleh penerima manfaat dan, 2 oleh perusahaan asuransi) dan 47 faktor (6 makroenvironmental, 15 mesoenvironmental, 20 mikroenvironmental, dan 6 gabungan) terkait dengan penipuan asuransi kesehatan. Penulis mengusulkan definisi berikut: "Penipuan asuransi kesehatan adalah tindakan penipuan atau disengaja misrepresentasi untuk mendapatkan manfaat ilegal mengenai pertanggunganaan yang diberikan oleh perusahaan asuransi kesehatan". Di antara manifestasi paling relevan yang diabadikan oleh penyedia adalah phantom billing, pemalsuan dokumen, dan penggunaan layanan yang berlebihan. Penipuan yang dilakukan pelanggan adalah penipuan identitas, representasi yang salah dari cakupan dan perubahan dokumen. Sementara yang dilakukan oleh perusahaan asuransi adalah pernyataan manfaat palsu dan pemalsuan penggantian. Dari 47 faktor, 25 menunjukkan pengaruh eksperimental, termasuk tiga dalam lingkungan makro: budaya, peraturan, dan geografi; lima di mesoenvironment: karakteristik penyedia, kebijakan manajemen, reputasi, peran profesional dan audit; 12 di lingkungan mikro: jenis kelamin, ras, kondisi asuransi, bahasa, perawatan, penyakit kronis, risiko penyakit di masa depan, obat-obatan, moral, ketidaksetaraan,
--	--	---

				coinsurance, dan keputusan para penyesuai klaim; dan lima faktor gabungan: hubungan antara penerima manfaat,
				Perusahaan Penyedia-Asuransi, Perusahaan Asuransi Penerima Manfaat, Manajer dan Guānxi
5.	Wadi Alonazi/ <i>Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing,</i> 2020/ 57: 1-8	B. <i>Fraud and Abuse in the Saudi Healthcare System: A Triangulation Analysis.</i> [5]	Kualitatif	Sistem perawatan kesehatan Saudi terdiri dari dua puluh enam lembaga asuransi kesehatan koperasi dan lebih dari 5.202 penyedia layanan kesehatan. Dokumen resmi berisikan rincian berbagai tindakan <i>moral hazard</i> . Rata-rata tahunan, lebih dari 196 kasus penipuan dilaporkan dengan tingkat penolakan klaim sekitar 15 %. Mayoritas kasus penipuan dilaporkan di layanan gigi dengan penggunaan kartu yang tidak valid, diikuti oleh layanan kebidanan-ginekologi (masing-masing 47 dan 113 kasus). Wanita cenderung memiliki kasus penipuan lebih tinggi dalam kebidanan-ginekologi (interval kepercayaan 95%): masing-masing -83.398 sampai -24.202; $P < .003$ and -28 > 638 sampai -7.362; $P < .005$
6.	Nishamathi Kumaraswamy, MS; Mia K. Markey, PhD; Tahir Ekin, PhD; Jamie C. Barner, PhD, FAACP, FAPhA; dan Karen Rascati, PhD/	<i>Healthcare Fraud Data Mining Methods: A Look Back and Look Ahead.</i> [6]	Kualitatif	Literatur membenarkan penerapan pembelajaran mesin dan teknik statistik untuk deteksi penipuan penyedia layanan kesehatan. Sebagian besar penelitian menjelaskan proses pemanfaatan data kesehatan transaksional agregat <i>open source</i> yang digabungkan dengan beberapa jenis basis data kebenaran dasar (misalnya, daftar pengecualian OIG, pendapat para ahli) dan memvalidasi

	<i>Perspectives in health information managemen,</i> 2020/ 19 (1)			modelnya menggunakan ,etrik kinerja yang diketahui seperti <i>F-Score</i> , atau <i>recall</i> . Beberapa penulis fokus pada bidang tertentu seperti obat resep atau DMEPOS sebagai sumber data mereka. Penulis lainnya menggunakan teknik yang berbeda mulai dari teknik berbasis aturan hingga model statistik lanjutan menggunakan algoritma seperti <i>multinomial nave bayes</i> atau regresi logistik.
7.	Andi Yaumil Bay R. Thaifur , M. Alimin Maidin, Andi Indahwati Sidin dan Amran Razak/ <i>Gaceta sanitaria,</i> 2021/ ;35(S2): S441-S449	<i>How to detect healthcare fraud? “A systematic review”</i> [7]	<i>Systematic review</i>	Temuan dari sembilan artikel tang di <i>review</i> menunjukkan bahwa sebagian besar pelaku <i>fraud</i> dilakukan oleh tenaga medis (dokter) dan provider. Banyak jenis penipuan yang terjadi seperti klaim ausransi atau tindakan medis yang sama sekali tidak diurus atau tidak sesuai prosedur dan duplikasi klaim. Metode yang tepat untuk digunakan dalam mendeteksi kecurangan adalah pelacakan data sekunder, informasi, dan penyediaan spesialis teknologi.
8.	Ida Sugiarti, Imas Masturoh dan Fery Fadly/ Jurnal Kesehatan Vokasional, 2022/ 7 (1): 42- 50	Menelusuri Potensi <i>Fraud</i> dalam Jaminan Kesehatan Nasional melalui Rekam Medis di Rumah Sakit [8]	Kuantitatif kualitatif	Dari 87 dokumen, ketidaktepatan kode diagnosis 31,03%, dengan presentase ketidaksesuaian tarif klaim 26,44%. Terdapat berbagai penyebab <i>upcoding</i> diantaranya karena aturan pengkodean yang berbeda antara kode diagnosis berdasarkan ICD 10 dan kode untuk kepentingan klaim yang mengacu pada peraturan dari BPJS yang dituangkan dalam Berita Acara. 91,30% ketidaksesuaian merupakan tarif klaim naik. Ketidaksesuaian <i>clinical pathway</i> paling banyak pada item tes widal dengan presentase

			21,84.	
9.	Sukri Palutturia, Siti Rahmawati Makkurade, Reza Aril Ahri dan Ade Suzana Eka Putri/ <i>International Journal of Innovation, Creativity and Change</i> , 2019/ 8 (5): 70-90	<i>Potential for fraud of health service claims to BPJS Health at Tenriawaru Public Hospital, Bone Regency, Indonesia</i> [9]	Kualitatif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat potensi kecurangan yang terjadi di RSUD Tenriawaru. Penipuan ini disebabkan oleh penyedia layanan kesehatan seperti petugas kesehatan dan <i>coders</i> . Terdapat 8 jenis potensi penipuan: <i>upcoding, readmissions, type of room charge, unnecessary treatment, phantom billing, keystroke mistake, service unbundling of fragmentation and cancelled service</i> . Peraturan ini telah memasukkan unsur <i>fraud</i> dan jenis potensi <i>fraud</i> yang terjadi di pelayanan kesehatan dasar dan kesehatan rujukan.
10.	Nizar Fathurrohman dan Arlina Dewi/ Jurnal Medicoeticoleg al dan Manajemen Rumah Sakit, 2018/ 7 (3): 196-204	<i>Potential Fraud in The Primary Healthcare</i> [10]	Kualitatif	Hasil penelitian menunjukkan adanya potensi kecurangan di pelayanan kesehatan primer terkait sumber daya manusia (SDM), pengelolaan pelayanan kesehatan, kebijakan pimpinan, pengelolaan dana kapitasi dan audit operasional.
11.	Syukri Kurniawan, Hari Sutra Disemadi dan Ani Purwanti/ Halu Oleo Law Review, 2020/ 4 (1): 38-53	Urgensi Pencegahan Tindak Pidana Curang (<i>Fraud</i>) Dalam Klaim Asuransi [11]	Kualitatif	Kebijakan pencegahan <i>fraud</i> dalam klaim asuransi diperlukan suatu lingkungan kerja yang kondusif. Para pihak, baik penanggung dan tertanggung asuransi harus mempunyai komitmen serta iktikad baik yang sama agar kebijaksanaan untuk proses klaim asuransi dapat dilaksanakan dengan baik. Pada dasarnya komitmen dan iktikad baik tersebut terdapat suatu kebijakan

perusahaan asuransi yang merupakan kunci utama dalam mencegah serta mendeteksi *fraud* atas klaim asuransi. Praktik *fraud* dalam asuransi biasanya ditemukan karena adanya niat jahat untuk memperoleh keuntungan materi dengan cara melawan hukum, baik dilakukan oleh orang-orang yang sangat mengerti prosedur operasional asuransi baik data maupun informasi yaitu dari awal proses *underwriting* sampai dengan munculnya polis dan bentuk dari peristiwa yang dijamin serta tidak dijamin polis (luas jaminan).

Tabel 3.2 menjelaskan mengenai karakteristik data dari sebelas *literature* yang digunakan dalam penelitian. Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui metode penelitian yang digunakan yaitu, metode kualitatif, metode *systematic review*, metode kualitatif kuantitatif, dan metode *scoping review*.

Tabel 3.3 Kode *Literature*

Topik	Kode Literatur
Jenis-jenis <i>fraud</i> di fasilitas pelayanan kesehatan	[1], [4], [7], [8], [9]
Faktor-faktor penyebab terjadinya <i>fraud</i> di fasilitas pelayanan kesehatan	[1], [2], [9]
Metode deteksi <i>fraud</i> di fasilitas pelayanan kesehatan	[3], [6], [7]
Upaya pengendalian <i>fraud</i> di fasilitas pelayanan kesehatan	[1], [2], [5], [8], [11]

Berdasarkan tabel 3.3 terdapat informasi tentang kode literatur yang menjawab setiap topik tujuan khusus. Pengelompokan tersebut merupakan hasil identifikasi peneliti pada setiap artikel yang digunakan dalam penelitian.

Responden yang digunakan dalam artikel penelitian yang di review adalah petugas yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan untuk penelitian primer, artikel penelitian untuk penelitian *review* dan bahan hukum primer berupa peraturan dan dokumen yang relevan untuk penelitian hukum doktrinal. Karakteristik lain dari penelitian ini adalah seluruh fasilitas pelayanan kesehatan baik puskesmas maupun rumah sakit. Sehingga tidak berfokus pada satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan.

3.2 Pembahasan

3.2.1 Jenis-jenis *Fraud* di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan sebelas artikel yang di *review* terdapat lima artikel yang membahas jenis-jenis *fraud* di fasilitas pelayanan kesehatan. Sementara itu, enam artikel tidak membahas mengenai jenis-jenis *fraud* di fasilitas pelayanan kesehatan.

Jenis *fraud* yang terjadi pada penyelenggaraan program JKN, antara lain mengambil obat atau BMHP pasien kemudian diperjualbelikan untuk mendapatkan keuntungan, melakukan pemalsuan data dan identitas peserta untuk memperoleh pelayanan kesehatan, dan menambah jumlah hari rawat pasien [1]. Kemudian pada artikel [4] jenis *fraud* yang sering terjadi adalah *phantom billing*, manipulasi dokumen, perawatan yang tidak perlu (*Unnecessary treatment*),

upcoding, dan duplikasi penagihan. Artikel [7] menjelaskan jenis penipuan yang dilakukan berupa perbuatan penyalahgunaan wewenang/profesi yang dilakukan oleh dokter, pengajuan klaim palsu, kode klaim tidak beraturan, klaim berulang, pembuatan kartu fiktif, dan layanan klaim tidak dilakukan. Pada artikel [8] potensi fraud yang terjadi adalah *upcoding* yang disebabkan oleh perbedaan kode diagnosis berdasarkan ICD 10 dan kode yang digunakan untuk pelaksanaan klaim yang mengacu pada peraturan yang dibuat oleh BPJS dan *undercoding* yang disebabkan karena kesalahan *entry* atau kesulitan koder membaca tulisan dokter. Sementara itu, pada artikel [9] jenis penipuan yang terjadi adalah *upcoding*, *readmissions or admission*, *type of room charge*, *unnecessary treatment*, *phantom billing*, *keystroke mistake*, *the service unbundling of fragmentation*, and *cancelled service*.

Sesuai dengan Permenkes No 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional tindakan kecurangan JKN yang dilakukan pemberi pelayanan kesehatan di FKTRL, meliputi penulisan kode diagnosis yang berlebihan/*upcoding*; penjiplakan klaim dari pasien lain/*cloning*; klaim palsu/*phantom billing*; pemecahan episode pelayanan/*service unbundling fragmentation*; rujukan semu/*self-referrals*; tagihan berulang/*repeat billing*; memperpanjang lama perawatan/*prolonged length of stay*; memanipulasi kelas perawatan/*type of room charge*; membatalkan tindakan yang wajib dilakukan/*cancelled service*; melakukan tindakan yang tidak perlu/*no medical value*; penyimpangan terhadap standar pelayanan/*standard of care*; melakukan tindakan pengobatan yang tidak perlu/*unnecessary treatment*; menambah panjang waktu penggunaan ventilator; tidak melakukan visitasi yang seharusnya/*phantom visit*; tidak melakukan prosedur yang seharusnya/*phantom procedures*; admisi yang berulang/*readmisi*; melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu; meminta *cost sharing* tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Berdasarkan hasil *review* lima artikel tersebut peneliti menyimpulkan jenis *fraud* yang terjadi mayoritas merupakan tindakan kecurangan yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan. Banyaknya jenis kecurangan yang terjadi

menunjukkan tingkat *fraud* di fasilitas pelayanan kesehatan tergolong tinggi. Kekurangan dari beberapa artikel tersebut adalah hanya membahas mengenai tindakan kecurangan yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan. Sehingga perlu dilakukan analisis lebih mendalam mengenai tindakan kecurangan yang dilakukan oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, dan penyedia obat dan alat kesehatan.

3.2.2 Faktor-faktor Penyebab terjadinya *Fraud* di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan artikel yang di *review*, faktor penyebab terjadinya *fraud* terdapat pada lima dari enam artikel yang digunakan penelitian. Sementara itu, enam artikel lainnya tidak membahas mengenai faktor penyebab terjadi *fraud*.

Fraud dapat terjadi karena ketidakpatuhan petugas kesehatan terhadap *Clinical Pathway* di unit rawat inap, keterbatasan SDM BPJS dalam memverifikasi selisih tarif, tidak adanya saling koordinasi antara tim BPJS dan dokter [1]. Pada artikel [2] faktor penyebab *fraud* adalah perbedaan sistem pembayaran INA CBGs yang merupakan sistem pembayaran prospektif dan sistem pembayaran RSUD dr Achmad Moechtar Bukittinggi yaitu *fee for service*. Selain itu juga disebabkan karena perbedaan pemahaman antara verifikator, koder, dan DPJP tentang diagnosis. Pada artikel [9] faktor penyebab *fraud* adalah tekanan masalah keuangan atau pelayanan medis pribadi oleh tenaga medis sehingga mencari peluang untuk melakukan kecurangan klaim pelayanan kesehatan.

Sesuai dengan *Fraud Triangle Theory (FTT)* yang digagas oleh Cressey dan dikutip oleh (Rabi'u Abdullahi, Noorhayati Mansor, n.d.) bahwa penyebab *fraud* didasari oleh tiga hal, yaitu tekanan (*pressure*) atau insentif, kesempatan, dan rasionalisasi. Tekanan (*pressure*) terjadi ketika pelaku berpikir bahwa dia tertekan atau tergoda pada bayangan insentif. Lemahnya sistem pengawasan dapat dijadikan kesempatan bagi pelaku untuk melakukan tindakan kecurangan. Sementara rasionalisasi terjadi ketika pelaku mampu menepiskan rasa bersalah telah melakukan tindakan kecurangan.

Menurut peneliti dari *literature* yang telah di *review* bahwa *fraud* terjadi karena adanya tekanan, baik secara finansial, tekanan kebiasaan buruk, dan

tekanan yang berhubungan dengan pekerjaan. *Fraud* juga terjadi karena adanya kesempatan akibat kurangnya pengawasan atau penyalahgunaan wewenang. Namun pada jurnal tersebut tidak dilakukan analisis lebih mendalam mengenai faktor penyebab terjadinya *fraud* di fasilitas pelayanan kesehatan.

3.2.3 Metode Deteksi *Fraud* di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan sebelas artikel yang di *review* terdapat empat artikel yang membahas mengenai metode deteksi *fraud*. Tujuh artikel lainnya tidak membahas topik tersebut.

Pada artikel [3] terdapat sepuluh metode algoritma deteksi penipuan berbasis biaya yang dapat digunakan untuk mendeteksi potensi penipuan di rumah sakit. Deteksi tersebut berdasarkan data perbandingan jumlah pasien rawat inap JKN dengan jumlah klaim rawat inap INA CBGs, perbandingan jumlah pasien rawat jalan JKN dengan jumlah klaim rawat jalan INA CBGs, tingkat keparahan penyakit, tagihan rawat inap BPJS kesehatan, tagihan rawat jalan BPJS kesehatan, kasus rawat inap dengan prosedur khusus, kasus rawat jalan dengan prosedur khusus, kasus rawat inap dengan obat khusus, kasus rawat jalan dengan obat khusus, kasus rawat inap dengan protesa khusus.

Deteksi penipuan yang digunakan pada artikel [6] dibedakan menjadi dua yaitu deteksi penipuan berdasarkan aturan dan deteksi penipuan berbasis data. Pada deteksi penipuan berbasis aturan dibuat aturan sederhana hingga kompleks yang dikembangkan untuk mengidentifikasi kesalahan penagihan atau duplikat klaim untuk mengidentifikasi kategori penipuan seperti *DRG Creep* atau *upcoding*. Sementara pada deteksi penipuan berbasis data dilakukan dengan memanfaatkan data transaksional kesehatan dari kumpulan sumber terbuka yang digabungkan dengan beberapa jenis basis data. Pada artikel [7] metode deteksi kecurangan dapat dilakukan dengan mengumpulkan seluruh data klaim berbasis kertas maupun elektronik, kemudian dibandingkan dan dibagi dalam tingkatan kelas-kelas tertentu.

Sesuai dengan Permenkes No 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional menyatakan bahwa diperlukan langkah kongkrit dengan

membuat sistem pencegahan, deteksi dan penindakan terhadap kecurangan (*fraud*).

Menurut peneliti dari artikel yang telah di *review* deteksi *fraud* dilakukan untuk mencegah semakin luasnya *fraud*. Data yang paling kuat yang dapat digunakan untuk melakukan deteksi potensi *fraud* salah satunya adalah klaim BPJS Kesehatan. Dari data ini dapat dianalisis dititik mana terjadi kecurangan dan pelaku kecurangan. Berdasarkan uraian diatas menunjukkan bahwa *fraud* dijadikan alasan untuk tidak kehilangan pendapatan. Pada hakikatnya, *fraud* merupakan bagian dari *moral hazard*. *Moral hazard* merupakan bentuk upaya memanfaatkan kelemahan suatu situasi atau aturan terkait dengan perilaku atau moral.

Pada artikel [3] dan [7] memiliki kekurangan tidak dijelaskan kelebihan dan kelemahan menggunakan metode tersebut. Sehingga tidak dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan penegasan sanksi hukum. Sementara pada artikel [6] tidak dijelaskan tindakan atau proses yang terjadi di luar deteksi penipuan.

3.2.4 Upaya Pengendalian *Fraud* di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan sebelas artikel yang di *review* terdapat lima artikel yang membahas mengenai upaya pengendalian *fraud*. Sementara itu, enam artikel lainnya tidak membahas mengenai upaya pengendalian *fraud* di fasilitas pelayanan kesehatan.

Upaya pengendalian *fraud* yang dapat dilakukan, antara lain menanamkan kesadaran anti *fraud* kepada seluruh pihak terkait Jaminan Kesehatan, menciptakan lingkungan kerja yang positif pada penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan, menyusun kebijakan *fraud* dengan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*, membangun budaya integritas, nilai etika dan standar perilaku bagi petugas kesehatan di rumah sakit, menyusun pedoman manajemen risiko kecurangan yang terdiri dari pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap *fraud*, melakukan monitoring dan evaluasi dalam kegiatan pencegahan *fraud* di rumah sakit [1].

Pada artikel [2] upaya pencegahan potensi *fraud* dilakukan dengan melakukan efisiensi, subsidi silang, melakukan tindakan sesuai kepatuhan SOP dan penyusunan *clinical pathway* dan mengkaji ulang perhitungan Peraturan

Gubernur terutama bagian bedah serta memaksimalkan kinerja Tim Anti *Fraud*. Selain itu, pencegahan *fraud* dapat dilakukan dengan memanfaatkan Sistem Informasi Kesehatan (HIS) yang komprehensif, menyatukan semua kebijakan yang dikeluarkan oleh entitas yang berbeda, dan membentuk komite internal untuk menyelesaikan keluhan [5].

Sementara pada artikel [8] pencegahan *upcoding* dilakukan dengan melakukan verifikasi yang tepat dari petugas verifikator yang menerima berkas klaim terhadap semua dokumen serta membuat *clinical pathway* sehingga dapat meningkatkan efisiensi dan efektifitas mutu pelayanan kesehatan. Upaya pencegahan yang efektif untuk mengurangi *fraud* adalah membentuk unit khusus seperti yang dilakukan BPJS guna mengawasi *fraud* dengan memberikan sosialisasi pencegahan kecurangan kepada internal dan eksternal, serta mengembangkan sistem informasi atau aplikasi yang dapat mendeteksi potensi kecurangan melalui data klaim asuransi [11].

Berdasarkan Permenkes No 16 Tahun 2019 Pasal 3 ayat 3 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administratif terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan yang menyatakan tim pencegahan kecurangan (*fraud*) bertugas mensosialisasikan regulasi dan budaya yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya, meningkatkan budaya pencegahan kecurangan (*fraud*), mendorong 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, serta pelaporan.

Menurut peneliti, upaya pengendalian merupakan suatu usaha untuk menghilangkan atau mengeliminir sebab timbulnya kecurangan. Pencegahan terhadap terjadinya suatu perbuatan curang akan lebih mudah daripada mengatasi apabila telah terjadi kecurangan.