

TESIS

ANALISIS MANAJEMEN PENANGGULANGAN POTENSI *FRAUD* DALAM PELAYANAN PROGRAM JKN-KIS PADA 3 RUMAH SAKIT DI KOTA PALEMBANG



OLEH :

NAMA : MELDA EMILYA
NIM : 10012682125013

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT (S2)
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SRIWIJAYA
2022**

TESIS

ANALISIS MANAJEMEN PENANGGULANGAN POTENSI *FRAUD* DALAM PELAYANAN PROGRAM JKN-KIS PADA 3 RUMAH SAKIT DI KOTA PALEMBANG

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar (S2)
Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Sriwijaya



OLEH :

NAMA : MELDA EMILYA
NIM : 10012682125013

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT (S2)
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SRIWIJAYA
2022**

HALAMAN PENGESAHAN

ANALISIS MANAJEMEN PENANGGULANGAN POTENSI FRAUD DALAM PELAYANAN PROGRAM JKN-KIS PADA 3 RUMAH SAKIT DI KOTA PALEMBANG

TESIS

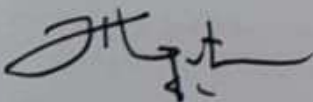
Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar
(S2) Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Sriwijaya

Oleh :

MELDA EMILYA
10012682125013

Palembang, 22 November 2022

Pembimbing I



Dr. Misnaniarti, S.K.M., M.K.M.
NIP. 197606092002122001

Pembimbing II



Dr. dr. Rizma Adlia Syakurah, MARS.
NIP. 198601302019032013

Mengetahui,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Sriwijaya



Dr. Misnaniarti, S.K.M., M.K.M.
NIP. 197606092002122001

HALAMAN PERSETUJUAN

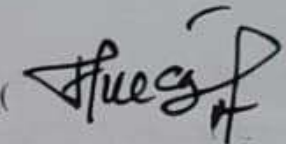
Karya tulis ilmiah berupa Tesis dengan judul "Analisis Manajemen Penanggulangan Potensi *Fraud* dalam Pelayanan Program JKN-KIS Pada 3 Rumah Sakit di Kota Palembang" telah dipertahankan dihadapan Panitia Sidang Ujian Tesis Program Studi Magister (S2) Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya pada tanggal 22 November 2022 dan telah diperbaiki, diperiksa serta disetujui sesuai dengan masukan Panitia Sidang Ujian Tesis Program Studi Magister (S2) Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya.

Palembang, 22 November 2022

Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah berupa Tesis

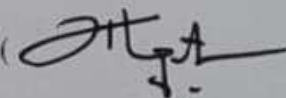
Ketua :

1. Dr. dr. HM. Zulkarnain, M.Med.Sc., PKK
NIP 196109031989031002

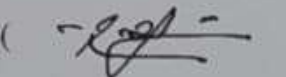
()

Anggota :

2. Dr. Misnaniarti, S.K.M., M.K.M
NIP 197606092002122001
3. Dr. dr. Rizma Adlia Syakurah, MARS
NIP 198601302019032013
4. Prof. Dr. dr. H. Fachmi Idris, M.Kes
NIP 196802011995031001
5. Dr. Ika Sasti Ferina, SE., M.Si., Ak
NIP 197802102001122001

()

()

()

()

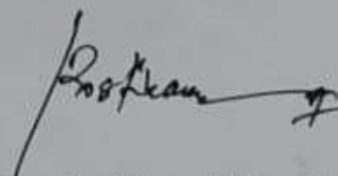
Mengetahui,

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat



Dr. Misnaniarti, S.K.M., M.K.M.
NIP. 197606092002122001

**Koordinator Program Studi
S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat,**



Dr. Rostika Flora, S.Kep., M.Kes
NIP. 197109271994032004

HALAMAN PERNYATAAN INTEGRITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Melda Emilya

NIM : 10012682125013

Judul Tesis : Analisis Manajemen Penanggulangan Potensi *Fraud* dalam Pelayanan Program JKN-KIS pada 3 Rumah Sakit di Kota Palembang

Menyatakan bahwa Laporan Tesis saya merupakan hasil karya sendiri didampingi tim pembimbing dan bukan hasil penjiplakan/*plagiat*. Apabila ditemukan unsur penjiplakan/*plagiat* dalam Tesis ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dari Universitas Sriwijaya sesuai aturan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan dari siapapun.



Palembang, November 2022



Melda Emilya

10012682125013

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Melda Emilya

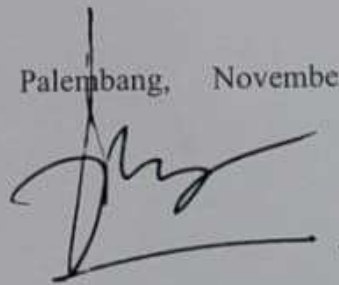
NIM : 10012682125013

Judul Tesis : Analisis Manajemen Penanggulangan Potensi *Fraud* dalam Pelayanan Program JKN-KIS pada 3 Rumah Sakit di Kota Palembang

Memberikan izin kepada Pembimbing dan Universitas Sriwijaya untuk mempublikasikan hasil penelitian saya untuk kepentingan akademik apabila dalam waktu 1 (satu) tahun tidak mempublikasikan karya penelitian saya. Dalam kasus ini saya setuju untuk menempatkan Pembimbing sebagai penulis korespondensi (*Corresponding author*).

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan dari siapapun.

Palembang, November 2022



Melda Emilya
10012682125013

MOTO DAN PERSEMBAHAN

Karya tulis ilmiah ini adalah bukti perjuangan...

Perjuangan ku dan support dari kedua orang tua...

Ku persembahkan untuk almarhum papa dan almarhumah adek...

Mereka yang memotivasi untuk terus menggapai ilmu hingga ke puncak tertinggi...

Kedua orang tua, saudara dan teman-teman, terima kasih...

Sampai bertemu diperjuangan menuntut ilmu selanjutnya...

Jangan jadikan keterbatasan menghambat meraih mimpi. Raihlak yang ingin diraih, tanpa takut gagal...

*MASTER STUDY PROGRAM (S2) PUBLIC HEALTH SCIENCE
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
SRIWIJAYA UNIVERSITY
Scientific writing in the form of Thesis*

Melda Emilyya; Supervised by Misnaniarti and Rizma Adlia Syakurah

*Management Analysis of Fraud Potential in the Implementation of National Health Insurance at 3 Hospitals in Palembang
XX+253 pages, 4 tables, 16 picture, 19 attachments*

ABSTRACT

Fraud is a deliberate act of fraud to obtain material and harms other parties. Fraud can occur in the problem of health financing for the JKN KIS program which has become the iceberg. The impact of fraud can affect the financial aspect, quality, and quality of the hospital as well as the image and good name of the perpetrator. This study aims to analyze the management of potential fraud prevention in the implementation of the JKN-KIS program at 3 hospitals in the city of Palembang. This research was conducted using a qualitative method with a phenomenological approach with data collection techniques using in-depth interviews, document review, and observation The validity of the data using the triangulation method. The informants in this study were 16 people who had sufficient information about fraud in 3 hospitals, BPJS Health and the Palembang City Health Office. The results show that the potential for fraud in hospitals is related to the manipulation of diagnoses and/or actions, taking treatment actions that are not by medical indications, readmissions, fee contributions, and cases of service unbundling or fragmentation. Potential fraud occurs due to ineffective internal monitoring from hospital management and ineffective external monitoring from BPJS Health and the City Health Office. The conclusion of this study is to overcome the potential for fraud, internal cooperation between the Hospital, BPJS Health and related stakeholders is needed as stated in the Minister of Health Regulation No. 16 of 2019.

Keywords: Fraud Potential, Management, Hospital, National Health Insurance Literature : 52 (2002-2022)

ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER (S2) ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SRIWIJAYA
Karya tulis ilmiah berupa Tesis

Melda Emilya; Dibimbing oleh Misnaniarti, Rizma Adlia Syakurah

Analisis Manajemen Penanggulangan Potensi *Fraud* Dalam Pelayanan Program
JKN-KIS Pada 3 Rumah Sakit di Kota Palembang
XX+253 halaman, 4 tabel, 16 gambar, 19 lampiran

ABSTRAK

Tindakan *fraud* merupakan tindakan penipuan yang disengaja untuk mendapatkan materi dan merugikan pihak lain. *Fraud* dapat terjadi pada masalah pembiayaan kesehatan program JKN-KIS yang telah menjadi gunung es. Dampak yang ditimbulkan dari tindakan *fraud* dapat mempengaruhi pada aspek finansial, mutu dan kualitas Rumah Sakit serta citra dan nama baik pelaku. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis manajemen penanggulangan potensi *fraud* dalam pelaksanaan program JKN-KIS pada 3 Rumah Sakit di Kota Palembang. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi dengan teknik pengambilan data menggunakan wawancara mendalam, telaah dokumen dan observasi. Validitas data menggunakan metode triangulasi. Informan pada penelitian ini sebanyak 16 orang yang memiliki kecukupan informasi mengenai *fraud* di 3 Rumah Sakit, BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kota Palembang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa potensi *fraud* pada Rumah Sakit berkaitan dengan adanya manipulasi diagnosa dan/atau tindakan, melakukan tindakan pengobatan yang tidak sesuai indikasi medis, *readmisi*, iur biaya dan kasus *service unbundling or fragmentation*. Potensi *fraud* terjadi dikarenakan *ineffective internal monitoring* dari manajemen Rumah Sakit dan *ineffective external monitoring* yang berasal dari BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kota. Kesimpulan pada penelitian ini adalah untuk menanggulangi potensi *fraud*, diperlukan kerjasama internal Rumah Sakit, BPJS Kesehatan dan stakeholder terkait yang tertuang didalam Permenkes Nomor 16 Tahun 2019.

Kata Kunci: Potensi *Fraud*, Manajemen, Rumah Sakit, Jaminan Kesehatan Nasional
Kepustakaan : 52 (2002-2022)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Analisis Manajemen Penanggulangan Potensi *Fraud* dalam Pelayanan Program JKN-KIS pada 3 Rumah Sakit di Kota Palembang” ini. Tesis ini penulis ajukan sebagai tugas akhir yang meruakan syarat untuk memperoleh Gelar Magister Kesehatan Masyarakat (MKM) Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya.

Banyak pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian tesis ini, sehingga penulis sampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Anis Saggaf, M.S.C.E selaku Rektor Universitas Sriwijaya
2. Ibu Dr. Misnaniarti, S.K.M., M.K.M selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
3. Ibu Dr. Rostika Flora, S.Kep., M.Kes selaku Koordinator Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat
4. Ibu Dr. Misnaniarti, S.K.M., M.K.M. dan Dr. dr. Rizma Adlia Syakurah, MARS. selaku dosen pembimbing
5. Prof. Dr. dr. H. Fachmi Idris, M.Kes dan Dr. Ika Sasti Ferina, SE., M.Si., Ak serta Dr. dr. HM. Zulkarnain, M.Med.Sc., PKK selaku dosen penguju tesis
6. Rumah Sakit, BPJS Kesehatan wilayah Palembang dan Dinas Kesehatan Kota yang telah mengizinkan dan membantu dalam kelengkapan data penelitian
7. Orang tua dan keluarga yang telah mendo’akan dan membantu secara moril dan materil
8. Semua dosen dan staf Program Studi Magister (S2) Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya
9. Rekan-rekan seperjuangan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya

Penulis menyadari dalam penyusunan Tesis ini masih jauh dari kesempurnaan mengingat keterbatasan ilmu pengetahuan, pengalaman dalam menulis serta waktu sehingga penulis mengharapkan saran dan kritik yang

sifatnya membangun dari semua pihak untuk lebih menyempurnakan penelitian ini.

Palembang, November 2022

Peneliti,

Melda Emilya

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Ulak Pandan, Kecamatan Merapi Barat, Kabupaten Lahat pada tanggal 20 Juli 1988. Putri dari Bapak Samsir Arsal dan Ibu Asmariansi yang merupakan anak ke dua dari empat bersaudara.

Penulis mengawali pendidikan di TK Pertiwi Tanjung Enim pada tahun 1993 sampai dengan tahun 1995. Penulis melanjutkan pendidikan Sekolah Dasar di SD Negeri 2 Tanjung Enim dan SD Negeri 3 Merapi Barat pada tahun 1995 sampai dengan tahun 2002. Kemudian pada tahun 2001 sampai dengan 2004 penulis bersekolah di SMP Negeri 4 Merapi Barat dilanjutkan dengan pendidikan Menengah Atas di SMA Negeri 2 Lahat pada tahun 2004 sampai dengan tahun 2007. Penulis sempat melanjutkan pendidikan Strata 1 (S1) di STKIP SERA Lahat jurusan pendidikan Biologi pada tahun 2007 sampai dengan tahun 2009. Seiring berjalannya waktu, ditahun 2009 hingga tahun 2013 penulis melanjutkan pendidikan Strata 1 (S1) di STIK BINA HUSADA Palembang.

Setelah menyelesaikan pendidikan strata 1 (S1), penulis diterima bekerja di PT. Hasil Bumi Merapi (HBM) yaitu perusahaan yang bergerak dibidang transportir batubara sebagai staff keuangan selama 1 tahun. Ditahun 2014, penulis kembali bekerja di Rumah Sakit Bunda Palembang sebagai staff verifikator klaim BPJS Kesehatan sampai dengan sekarang. Penulis tercatat sebagai mahasiswa pada program studi Strata 2 (S2) Ilmu Kesehatan Masyarakat, Bidang Kajian Utama (BKU) Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) Universitas Sriwijaya Palembang pada tahun 2021 dan berhasil menyelesaikan pendidikan S2 tersebut ditahun 2022 dengan masa pendidikan satu tahun enam bulan.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL LUAR.....	i
SAMPUL JUDUL	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN INTEGRITAS	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
MOTO DAN PERSEMBAHAN.....	vii
ABSTRACT	viii
ABSTRAK.....	ix
KATA PENGANTAR.....	x
RIWAYAT HIDUP.....	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
DAFTAR ISTILAH, SINGKATAN DAN LAMBANG.....	xx
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	8
1.3. Tujuan Penelitian	8
1.3.1. Tujuan Umum.....	8
1.3.2. Tujuan Khusus.....	8
1.4. Manfaat Penelitian.....	9
1.4.1. Manfaat Teoritis	9
1.4.2. Manfaat Fraktis.....	9

BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1. <i>Fraud</i> (Kecurangan)	10
2.1.1. Definisi <i>Fraud</i>	10
2.1.2. Faktor Pendorong Potensi <i>Fraud</i>	12
2.2. Rumah Sakit.....	14
2.2.1. Definisi Rumah Sakit	14
2.2.2. Bentuk Rumah Sakit	14
2.2.3. Klasifikasi Rumah Sakit.....	15
2.2.4. Bentuk <i>Fraud</i> JKN di Rumah Sakit.....	16
2.3. Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.....	17
2.3.1. Sejarah BPJS Kesehatan dalam Permenkes 28 Tahun 2014	17
2.3.2. Sistem Pencegahan Kecurangan (<i>Fraud</i>) oleh BPJS Kesehatan	22
2.3.3. Pendeteksian Potensi Kecurangan (<i>Fraud</i>)	24
2.3.4. Penanganan Potensi Kecurangan (<i>Fraud</i>).....	24
2.4. Teori <i>Fraud</i>	26
2.4.1. <i>Fraud Triangle</i>	26
2.4.2. <i>Fraud Scale</i>	28
2.4.3. <i>Fraud Diamond</i>	29
2.4.4. <i>Fraud Hexagon Theory</i>	32
2.5. Permenkes Nomor 16 Tahun 2019.....	38
2.6. Sistem Klaim BPJS di Rumah Sakit	41
2.6.1. Mekanisme Pengajuan Klaim.....	41
2.6.2. Tarif Indonesian <i>Case Base Groups</i> (INA-CBG).....	43
2.7. Penelitian Terdahulu	45
2.8. Kerangka Teori	52
2.9. Kerangka Fikir	55
2.10 Definisi Istilah.....	56

BAB III METODE PENELITIAN	60
3.1. Jenis Penelitian.....	60
3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	60
3.3. Informan Penelitian	61
3.4. Jenis dan Alat Pengumpulan Data	64
3.4.1. Jenis Data	64
3.4.2. Alat Pengumpulan Data	64
3.5. Teknik Pengumpulan Data	64
3.6. Validasi Data.....	66
3.7. Analisis dan Pengolahan Data	67
3.7.1. Analisis Data	67
3.7.2. Pengolahan Data	69
3.8. Etika Penelitian	70
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	72
4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	72
4.1.1. Rumah Sakit X.....	74
4.1.2. Rumah Sakit Y.....	74
4.1.3. Rumah Sakit Z.....	75
4.1.4. Kantor BPJS Kesehatan Wilayah Palembang	76
4.1.5. Dinas Kesehatan Kota Palembang.....	80
4.2. Karakteristik Informan	83
4.3. Hasil Penelitian	84
4.3.1. Potensi <i>Fraud</i> dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional JKN-KIS Pada 3 Rumah Sakit di Kota Palembang.....	86
4.3.2. Elemen Pendorong Potensi <i>Fraud</i>	95
4.3.3. Manajemen Penanggulangan Potensi <i>Fraud</i> oleh BPJS Kesehatan Dinas Kesehatan Kota dan 3 Rumah Sakit Di Kota Palembang.	121

4.4.	Pembahasan	142
4.4.1.	Potensi <i>Fraud</i> dalam Pelaksanaan JKN-KIS di Rumah Sakit....	143
4.4.2.	Elemen Pendorong Potensi <i>Fraud</i>	158
4.4.3.	Manajemen Penanggulangan Potensi <i>Fraud</i> oleh BPJS Kesehatan Dinas Kesehatan Kota dan 3 Rumah Sakit di Kota Palembang..	201
4.5.	Keterbatasan Penelitian	217
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		219
5.1.	Kesimpulan	219
5.2.	Saran.....	225
DAFTAR PUSTAKA		229
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

	Halaman
1. Tabel 2.2 Definisi Istilah	59
2. Tabel 3.1 Informan Penelitian	63
3. Table 4.1 Statistik Jumlah Penduduk di Kota Palembang	73
4. Table 4.2 Tabel Karakteristik Informan Wawancara Mendalam	83

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
1. Gambar 2.1 <i>Fraud Triangle Theory</i>	27
2. Gambar 2.2 <i>Fraud Scale Theory</i>	28
3. Gambar 2.3 <i>Diamond Theory</i>	32
4. Gambar 2.4 <i>Fraud Hexagon Teory</i>	37
5. Gambar 2.5 Mekanisme Pengajuan Klaim dan Verifikasi BPJS	42
6. Gambar 2.6 Kerangka Teori	54
7. Gambar 2.7 Kerangka Fikir	55
8. Gambar 4.1 Struktur Organisasi BPJS Kesehatan Cab. Palembang	79
9. Gambar 4.2 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Palembang	80
10. Gambar 4.3 Skema Hasil Penelitian	85
11. Gambar 4.4 Umpan Balik Utilisasi Pelayanan Kesehatan RS	89
12. Gambar 4.5 Hasil verifikasi klaim RITL (<i>readmisi</i>)	92
13. Gambar 4.6 Kasus Pemecahan Episode RJTL RS	95
14. Gambar 4.7 SK tim anti <i>fraud</i> dan SOP kerja unit	97
15. Gambar 4.8 SOP Kerja Tim PK BPJS Kesehatan	123
16. Gambar 4.9 Alur Penyelesaian Kecurangan (<i>fraud</i>)	130

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1.** *Informed Consent*
- Lampiran 2.** Pedoman wawancara di Rumah Sakit
- Lampiran 3.** Pedoman Wawancara di BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kota
- Lampiran 4.** Lembar Observasi Dan Telaah Dokumen di Rumah Sakit
- Lampiran 5.** Lembar Observasi Dan Telaah Dokumen di BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kota
- Lampiran 6.** Matriks Hasil Observasi Dan Telaah Dokumen Rumah Sakit
- Lampiran 7.** Matriks Hasil Observasi Dan Telaah Dokumen BPJS Kesehatan dan Dinkes Kota
- Lampiran 8.** Matrik perbedaan Permenkes No. 16 Tahun 2019 dan Peraturan BPJS Kesehatan No. 6 Tahun 2020
- Lampiran 9.** SK Tim Pencegahan Kecurangan (PK) BPJS Kesehatan
- Lampiran 10.** SK Tim Anti Fraud Dinas Kesehatan Kota
- Lampiran 11.** SK Tim Anti Fraud Rumah Sakit X
- Lampiran 12.** SK Tim Anti Fraud Rumah Sakit Y
- Lampiran 13.** SK Tim Anti Fraud Rumah Sakit Z
- Lampiran 14.** Pedoman Verifikasi Paska Klaim
- Lampiran 15.** Pedoman Pelaksanaan *utilization Review* Pelayanan Kesehatan
- Lampiran 16.** SOP Tim Pencegahan Kecurangan BPJS Kesehatan
- Lampiran 17.** Surat Penolakan Penelitian dari BPKP Palembang
- Lampiran 18.** Surat Keterangan Lulus Kaji Etik
- Lampiran 19.** Dokumentasi Penelitian

DAFTAR ISTILAH, SINGKATAN DAN LAMBANG

FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKRTL	: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut
BPKP	: Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
KIS	: Kartu Indonesia Sehat
PK-JKN	: Pencegah Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional
PUSKESMAS	: Pusat Kesehatan Masyarakat
RS	: Rumah Sakit
DINKES	: Dinas Kesehatan
SK	: Surat Keputusan
SOP	: Standart Operational Prosedur
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
PERMENKES	: Peraturan Menteri Kesehatan
KPK	: Komisi Pemberantas Korupsi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fraud dalam layanan kesehatan merupakan suatu bentuk upaya yang secara sengaja dilakukan dengan menciptakan suatu manfaat yang tidak seharusnya dinikmati oleh individu atau institusi dan dapat merugikan pihak lain, pernyataan Taufik (2014) dalam tesis Rizki Nurul Fitimah (2021) (Fatimah, 2020). Menurut *Black's Law Dictionary* tujuan melakukan *fraud* yaitu untuk mendapatkan sesuatu yang bernilai atas kerugian orang lain sebagai upaya penipuan untuk memperoleh keuntungan pribadi (Trisnantoro and Hendrartini, 2014). Elemen *fraud* dalam kesehatan berkaitan dengan semua aspek dalam pelayanan kesehatan dimana dapat menimbulkan unsur-unsur *fraud*.

Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organization/WHO*) memperkirakan terdapat 7,29% dana kesehatan hilang akibat pelayanan yang terbukti *fraud* di seluruh dunia (WHO, 2018). Pengeluaran dana kesehatan jauh lebih tinggi dibandingkan pertumbuhan ekonomi, aspek yang paling mempengaruhi terhadap pengeluaran ini yaitu terjadinya kecurangan terhadap pelayanan kesehatan secara global. *The National Health Care Anti-Fraud Association* (NHCAA) memperkirakan bahwa kerugian kesehatan akibat kecurangan mencapai puluhan miliar dolar (Ekin, 2016).

Di Amerika Serikat, *fraud* dapat melambungkan biaya kesehatan. Potensi kerugian akibat *fraud* di Amerika diperkirakan sebesar 3–10% dari hilangnya karena penipuan, pemborosan, dan penyalahgunaan setiap tahun. Di AS pada tahun 2015, pengeluaran perawatan kesehatan nasional adalah 3,2 triliun dolar atau 9.990 dolar per anak yang menyumbang 17,8% dari produk domestik bruto (PDB) (Ekin, 2016). Data lain menyebutkan, kira-kira sepertiga dari semua biaya perawatan kesehatan disebabkan oleh penipuan, pemborosan, dan penyalahgunaan. Penipuan ada dalam berbagai bentuk: dari penyedia yang tidak jujur, penjahat terorganisir, pasien yang berkolusi, dan pasien yang salah menggambarkan kelayakan mereka untuk pertanggung jawaban asuransi kesehatan. *Medicaid*, program perawatan kesehatan yang dijalankan oleh negara bagian dengan biaya

bagian dari pemerintah federal, sangat rentan karena populasi pasiennya dan pengawasan pembayar yang terbatas dibandingkan dengan perusahaan asuransi komersial (Thornton *et al.*, 2015).

Pada tanggal 1 Januari 2014 program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mulai berjalan di Indonesia. Sampai hari ini cakupan peserta JKN sudah mencapai 235 juta atau 86% dari jumlah penduduk Indonesia. Peserta tersebut terdiri dari 42% peserta Penerima Bantuan Iuran dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (PBI-APBN), 25% peserta Pekerja Penerima Upah (PPU), 17% peserta Penerima Bantuan Iuran dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (PBI-APBD), dan 15% peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) (BPJS Kesehatan, 2022).

Pada tahun 2018 berdasarkan *Report to the Nations ACFE (RTTN) Association of Certified Fraud Examiners (ACFE) Indonesia Chapter 2019* kerugian akibat kecurangan pada pelayanan kesehatan mencapai 4,2% dari total biaya pelayanan kesehatan (ACFE Indonesia Chapter, 2020). Hingga pertengahan tahun 2015, di Indonesia terdeteksi potensi *fraud* dari 175.774 klaim Rumah Sakit atau Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) dengan nilai Rp. 440 M. Potensi *fraud* ini baru dari berasal dari kelompok *provider* pelayanan kesehatan, belum dari aktor lain seperti pasien, staf BPJS Kesehatan, dan *supplier* obat dan alat kesehatan. Bentuk potensi *fraud* yang umum ditemui dikelompok *provider* adalah *upcoding*, *service unbundling*, *inflated bills*, *standard of care* dan *no medical* (Djasri, Rahma and Hasri, 2016).

Didalam layanan kesehatan di Indonesia, *fraud* sudah ada sejak lama, namun belum dapat dibuktikan. Dikhawatirkan hal ini dapat meningkatkan biaya kesehatan yang merugikan negara. Berdasarkan angka kejadian *fraud* di Amerika, prediksi di Indonesia, jika premi BPJS pada tahun 2014 diperkirakan sebesar Rp. 38,5 Triliun, maka perkiraan kerugian akibat *fraud* sebesar Rp1,8 – 3,6 Triliun (Fathurrohman and Dewi, 2018).

Seiring dengan meningkatnya jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan fasilitas kesehatan, semakin banyak kritik yang muncul dari berbagai pihak, diantaranya dari provider Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yaitu puskesmas, rumah sakit, dan klinik swasta perihal dugaan terjadinya *fraud* yang dikemukakan oleh Yaslin (2015) dalam tesis Rizki Nurul Fitimah (2021) (Fatimah, 2020). Dugaan terjadinya tindakan *fraud*

tidak hanya terjadi di Indonesia yang belum tertata rapi sistem pelayanan kesehatan maupun sistem pembiayaannya tetapi juga terjadi di seluruh dunia yang berdampak terhadap berbagai aspek. Dampak yang ditimbulkan dari *fraud* dapat mempengaruhi pada aspek finansial, mutu layanan klinik, dan pada citra serta nama baik pelaku (Fatimah and Syakurah, 2021).

Jenis kecurangan (*fraud*) yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKRTL yaitu: memanipulasi diagnose dan/atau tindakan, penjiplakan klaim dari pasien lain (*cloning*), klaim palsu (*phantom billing*), pengelembungan tagihan obat dan/atau alat kesehatan (*inflated bills*), pemecahan episode pelayanan sesuai dengan indikasi medis tetapi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, pemecahan episode pelayanan yang tidak sesuai dengan indikasi medis (*services unbundling or fragmentation*), rujukan semu (*self-referrals*), tagihan atau klaim berulang (*repeat billing*), memperpanjang lama perawatan (*prolonged length of stay*), memanipulasi kelas perawatan (*manipulation of room charge*), menagihkan tindakan yang tidak dilakukan, melakukan tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis, admisi yang berulang (*readmisi*), menarik biaya dari Peserta tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan Jaminan Kesehatan, dan memalsukan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan dan Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan 16, 2019).

KPK menyebutkan, jenis *fraud* jaminan kesehatan di Rumah Sakit sering kali terjadi seperti kejadian paling banyak adalah *upcoding* di Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) sebesar 230.909 kasus, Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) sebesar 297.376 kasus dengan total kejadian *upcoding* 528.285 kasus atau sebesar 49,77%. Kasus paling banyak kedua yaitu *service Unbundling or Fregmentation* di RJTL sebesar 259.649 kasus dan di RITL sebesar 5.923 kasus dengan total kasus sebanyak 265.572 atau 25,02%. Peringkat ketiga dengan kasus *readmisi* di RJTL sebesar 57.876 kasus, di RITL 6.104 kasus dengan total keseluruhan 63.980 kasus atau 6,03%. Selain dari tiga kasus *fraud* terbanyak ini, masih banyak lagi kasus *fraud* lainnya yang dilakukan di tingkat Rumah Sakit (Dwisaputro, 2021).

Penelitian Sadikin (2016), yaitu menganalisis tentang pengaruh tekanan, kesempatan dan rasionalisasi dalam kebijakan pencegahan *fraud* terhadap program JKN yang merupakan

alasan untuk penipuan kesehatan. Penelitian ini menggunakan kualitatif. Hasil penelitian mendapatkan analisis tekanan, kesempatan dan rasionalisasi berpengaruh terhadap risiko kejadian *fraud* di RSUP Nasional DR Cipto Mangunkusumo (Sadikin and Adisasmito, 2016).

Penelitian Achmad Saleh Abdullah (2018) yang menganalisis “Faktor Penyebab Kejadian *Fraud* yang diakibatkan Oleh *Upcoding* Biaya Pelayanan Kesehatan Kepada BPJS Kesehatan Cabang Ambon”. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif deskriptif melalui wawancara mendalam terhadap informan kuncinya adalah petugas Verifikator BPJS Kesehatan dan sebagai informan biasanya adalah Direktur Rumah Sakit beserta manajemen, koder, klinisi, perawat dan petugas administrasi poli. Hasil dari penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Kota Ambon ini adalah terdapat potensi *upcoding* yang terjadi pada klaim pelayanan kesehatan rumah sakit di Kota Ambon dimana faktor penyebab potensi *upcoding* yang terjadi antara lain, verifikasi internal rumah sakit dan umpan balik (*feedback*) dari BPJS Kesehatan belum berfungsi dengan baik sebagai pengawasan tindakan kecurangan (*fraud*), Menurunnya akurasi koding akibat panjangnya proses input klaim karena tidak adanya implementasi SIMRS, dan motivasi koder (Abdullah, 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh Shinta Permata Sari dan Nikmar’ati Khoiriah (2021) yang berjudul *Hexagon Fraud Detection of Regional Government Financial Statement as A Fraud Prevention on The Pandemic Crisis Era*. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan *Model Fraud Hexagon Vousinas* (2019) untuk mendeteksi semua faktor kecurangan dalam laporan keuangan pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur, Indonesia dari tahun 2014-2018. Hasil yang didapatkan bahwa peluang (pengawasan yang tidak efektif), tekanan (stabilitas keuangan dan target keuangan), kompetensi, dan arogansi berpengaruh terhadap kecurangan laporan keuangan pemerintah daerah. Selain itu, hasil penelitian lain selanjutnya menunjukkan bahwa tekanan (eksternal pressure), rasionalisasi, dan kolusi tidak berpengaruh terhadap kecurangan laporan keuangan pemerintah daerah (Sari et al, 2021). Belum terintegrasinya Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) ke INA’CBG, SIRS dan tata kelola pengawasan yang belum baik dari manajemen rumah sakit serta belum rutusnya dilakukan

audit internal dan eksternal terhadap kualitas pelayanan dan kinerja rumah sakit merupakan faktor terjadinya potensi *fraud* di rumah sakit (Ubaidillah, Ermadiani and Rohman, 2020).

Kota Palembang merupakan ibu kota provinsi Sumatera Selatan, dimana terdapat 37 Rumah Sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk wilayah kerja kota Palembang tahun 2022. Rumah Sakit tersebut terdiri dari 2 Rumah Sakit kelas A, 6 Rumah Sakit kelas B, 24 Rumah Sakit kelas C, dan 5 Rumah Sakit kelas D. Dari data tersebut, semua Rumah sakit di Kota Palembang bekerjasama dan melayani pasien BPJS baik rawat inap maupun rawat jalan. Dalam Memorandum Of Understanding (MOU) disebutkan, Rumah Sakit yang bekerjasama dengan BPJS harus membentuk tim anti *fraud* internal dalam upaya penanggulangan potensi *fraud* pada tiap-tiap Rumah Sakit.

Data awal yang peneliti dapatkan tentang adanya potensi *fraud* pada Rumah Sakit di Kota Palembang bersumber dari petugas Pemberian Informasi dan Pengaduan Pasien (PIPP) BPJS cabang Palembang menyebutkan bahwa pasien sering mengeluhkan ketika hendak di rawat inap kamar hak kelasnya penuh, sehingga pasien diharuskan untuk selisih ke kelas 1 tingkat di atasnya, ada pula penarikan iur biaya dari pasien murni BPJS terkait tindakan ataupun obat. Informasi lainnya juga disebutkan oleh verifikator klaim BPJS bahwa, ada beberapa Rumah Sakit yang mengklaim kunjungan pasien rawat jalan dengan diagnose yang sama, yang di curigai sengaja memecah episode kunjungan tetapi tidak sesuai aturan. Bentuk *fraud* lain disebutkan, Rumah Sakit melakukan manipulasi diagnose tetapi tidak disertai penunjang atau indikasi medis, informasi potensi kecurangan lainnya yaitu adanya salah satu Rumah Sakit swasta yang mengklaim tagihan pasien dengan tindakan *sectio* namun rata-rata tidak terencana atau *emergency*. Hal ini di curigai adanya manipulasi secara *administrative* dari pihak Rumah Sakit.

Berdasarkan hal tersebut, potensi *fraud* yang dilakukan oleh Rumah Sakit beresiko merugikan keuangan Negara. Selain itu besarnya pembiayaan *mismatch* iuran dan klaim BPJS Kesehatan mengalami defisit JKN pada tahun 2014-2018 mencapai 11,6 Triliun (Annisa *et al.*, 2020). Dengan timbulnya risiko kerugian yang besar, pemerintah menerbitkan Permenkes No. 36 tahun 2015 tentang pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai dasar hukum pengembangan sistem anti *fraud* layanan kesehatan di

Indonesia. Pada April 2015 lalu diterbitkan peraturan ini, tetapi belum optimal dijalankan. Dampaknya, *fraud* layanan kesehatan berpotensi semakin banyak terjadi namun tidak diiringi dengan sistem pengendalian yang mumpuni (Djasri, Rahma and Hasri, 2016). Pada tahun 2016 BPJS Kesehatan menerbitkan peraturan BPJS Kesehatan No. 7 Tahun 2016 tentang sistem pencegahan kecurangan (*Fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di dalam peraturan tersebut terdapat tindakan preventif, pendeteksian dan penanganan Pada tahun 2019, pemerintah menerbitkan Permenkes No. 16 tahun 2019 tentang pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) serta penerapan sanksi administrasi terhadap kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan. Permenkes tersebut merupakan pembaruan dari regulasi anti *fraud* sebelumnya yaitu Permenkes No. 36 tahun 2015 (Peraturan Menteri Kesehatan 16, 2019).

Dari data diatas, diperlukan komitmen dari berbagai pihak terkait manajemen penanggulangan potensi *fraud* di Rumah Sakit lebih serius lagi. Penelitian ini akan dilakukan pada tiga Rumah Sakit di Kota Palembang. Tiga Rumah Sakit tersebut mewakili tiap-tiap kelas Rumah Sakit yang memiliki kriteria memiliki kunjungan pasien yang tinggi, sering mendapatkan keluhan pelayanan dari masyarakat, dan pernah mendapatkan predikat sebagai *best provider* dari BPJS Kesehatan. Penelitian ini menggunakan teori *Fraud Hexagon* Vousinas (2019) sebagai dasar teori untuk meneliti manajemen penanggulangan potensi *fraud* dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Teori *Fraud Hexagon* menyebutkan akar penyebab potensi *fraud* terdiri dari enam faktor yaitu *stimulus*, *capability*, *collusion*, *opportunity*, *rationalization*, dan *ego*. Keenam elemen tersebut saling berkaitan satu sama lain terhadap potensi *fraud* sehingga penggunaan teori *Fraud Hexagon* ini merupakan hal yang tepat dalam penelitian ini. Kewaspadaan terhadap tindakan kecurangan (*fraud*) dalam layanan kesehatan sangat penting, akan tetapi masih kurang kesadaran dari berbagai pihak. Dengan latar belakang tersebut, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan tujuan menganalisis manajemen penanggulangan potensi *fraud* pada pada 3 Rumah Sakit di Kota Palembang berdasarkan Permenkes Nomor 16 Tahun 2019.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut maka peneliti merumuskan permasalahan bagaimana manajemen penanggulangan potensi *fraud* dalam Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Nasional pada 3 Rumah Sakit di Kota Palembang.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis Manajemen Penanggulangan Potensi *Fraud* dalam Pelayanan Program JKN-KIS pada 3 Rumah Sakit di Kota Palembang

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi potensi *fraud* pada 3 Rumah Sakit di Kota Palembang.
2. Mengidentifikasi faktor penyebab *fraud* berdasarkan elemen *opportunity* pada 3 Rumah Sakit di Kota Palembang.
3. Mengidentifikasi faktor penyebab *fraud* berdasarkan elemen *stimulus* pada 3 Rumah Sakit di Kota Palembang.
4. Mengidentifikasi faktor penyebab *fraud* berdasarkan elemen *rationalization* pada 3 Rumah Sakit di Kota Palembang.
5. Mengidentifikasi faktor penyebab *fraud* berdasarkan elemen *cappability* pada 3 Rumah Sakit di Kota Palembang.
6. Mengidentifikasi faktor penyebab *fraud* berdasarkan elemen *ego* pada 3 Rumah Sakit di Kota Palembang
7. Mengidentifikasi faktor penyebab *fraud* berdasarkan elemen *collution* pada 3 Rumah Sakit di Kota Palembang
8. Mengidentifikasi upaya manajemen penanggulangan *fraud* melalui pencegahan, penanganan, sanksi administrasi dan pidana, serta pembinaan dan pengawasan oleh BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Kota dan Rumah Sakit

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Memberikan sumbangan pemikiran terhadap perkembangan ilmu kesehatan masyarakat dalam bidang administrasi dan kebijakan kesehatan, khususnya

mengenai potensi *fraud* dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional dan manajemen penanggulangan terhadap potensi *fraud* pada 3 Rumah Sakit.

2. Menjadi bahan landasan/bahan acuan bagi peneliti lainnya yang ingin mengangkat penelitian serupa dalam rangka mencegah terjadinya potensi *fraud* pada 3 Rumah Sakit.
3. Menerapkan ilmu pengetahuan dan pengaplikasian teori yang telah didapat dari mata kuliah yang telah diterima kedalam penelitian yang sebenarnya.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Penelitian ini memberikan penjelasan dan informasi untuk menambah serta memperluas wawasan mengenai manajemen penanggulangan potensi *fraud* pada 3 Rumah Sakit di Kota Palembang.
2. Penelitian ini menjadi bukti empiris tentang potensi *fraud* pada pelayanan kesehatan dan referensi dalam manajemen penanggulangan potensi *fraud* serta mampu memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan agar sistem dan tata kelola kesehatan dapat berjalan dengan semestinya.
3. Penelitian ini menjadi referensi bagi pemangku kebijakan untuk membuat kebijakan, aturan dan regulasi selanjutnya dalam upaya pencegahan potensi *fraud* di Rumah Sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, A.S. (2019) ‘Analisis Faktor Penyebab Kejadian Fraud Yang Diakibatkan Oleh Upcoding Biaya Pelayanan Kesehatan Kepada BPJS Kesehatan Cabang Ambon’.
- ACFE Indonesia Chapter (2020) ‘ACFE Survey Fraud Indonesia 2019’.
- Agiwahyunto, F., Hartini, I. and Sudiro (2016) ‘Upaya Pencegahan Perbedaan Diagnosis Klinis Dan Diagnosis Asuransi Dengan Diberlakukan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Pelayanan Bpjs Kesehatan Studi Di Rsud Kota Semarang Efforts to Prevent Differences between Clinical and Insurance Diag’, *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 4(02), pp. 84–90. Available at: <https://doi.org/10.14710/jmki.v4i2.13594>.
- Anjayani, D. (2021) ‘Analisis Kebijakan dan Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 pada Program Jaminan Kesehatan Nasional’, *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 1(2), pp. 81–94. Available at: <https://doi.org/10.53756/jjkn.v1i2.37>.
- Annisa, R. *et al.* (2019) ‘Mengatasi Defisit Dana Jaminan Sosial Kesehatan Melalui Perbaikan Tata Kelola’, *INTEGRITAS: Jurnal Antikorupsi*, 6(2), pp. 209–224. Available at: <https://doi.org/10.32697/integritas.v6i2.664>.
- Annisa, R. *et al.* (2020) ‘Mengatasi Defisit Dana Jaminan Sosial Kesehatan Melalui Perbaikan Tata Kelola’, *INTEGRITAS: Jurnal Antikorupsi*, 6(2), pp. 209–224. Available at: <https://doi.org/10.32697/integritas.v6i2.664>.
- Aprilia, A. (2017) ‘Analisis Pengaruh Fraud Pentagon Terhadap Kecurangan Laporan Keuangan Menggunakan Beneish Model Pada Perusahaan Yang Menerapkan Asean Corporate Governance Scorecard’, *Jurnal ASET (Akuntansi Riset)*, 9(1), p. 101. Available at: <https://doi.org/10.17509/jaset.v9i1.5259>.
- Aprilia, K.N. (2021) ‘Analisis Kompetensi Auditor Internal Terhadap Kemampuan Mencegah dan Mendeteksi Fraud dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (Studi Kasus di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta)’. Available at: <file:///Users/andreataquez/Downloads/guia-plan-de-mejora->

institucional.pdf%0Ahttp://salud.tabasco.gob.mx/content/revista%0Ahttp://www.revistaalad.com/pdfs/Guias_ALAD_11_Nov_2013.pdf%0Ahttp://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v6n3.60060.%0Ahttp://www.cenetec.

Apriliana, S. and Agustina, L. (2017) 'The Analysis of Fraudulent Financial Reporting Determinant through Fraud Pentagon Approach', *Jurnal Dinamika Akuntansi*, 9(2), pp. 154–165. Available at: <https://doi.org/10.15294/jda.v7i1.4036>.

BPJS Kesehatan (2022) 'Pemanfaatan Big Data Pengelolaan dan Pemanfaatan Data'.

Desviana, D., Basri, Y.M. and Nasrizal, N. (2020) 'Analisis Kecurangan pada Pengelolaan Dana Desa dalam Perspektif Fraud Hexagon', *Studi Akuntansi dan Keuangan Indonesia*, 3(1), pp. 50–73. Available at: <https://doi.org/10.21632/saki.3.1.50-73>.

Djasri, H., Rahma, P.A. and Hasri, E.T. (2016) 'Korupsi Dalam Pelayanan Kesehatan Di Era Jaminan Kesehatan Nasional: Kajian Besarnya Potensi Dan Sistem Pengendalian Fraud', *Integritas*, 2(1), pp. 113–133.

Dwisaputro, E. (2021) 'Upaya Pencegahan TPK Program JKN "".

Ekin, T. (2016) *Statistics And Health Care Fraud*, <https://Medium.Com/>. Available at: <https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>.

Fathurrohman, N. and Dewi, A. (2018) 'Potential Fraud in The Primary Healthcare', 7(December). Available at: <https://doi.org/10.18196/jmmr.7373>.

Fatimah, R.N. (2020) *Analisis Potensi Fraud dalam Program JKN Di Puskesmas Kota Palembang*.

Fatimah, R.N. and Syakurah, R.A. (2021) 'Determinan Potensi Fraud pada Program JKN Di Puskesmas Kota Palembang', 5(April).

Ferina, I.S. (2021) 'The Zero Fraud Implementation Through The Innovation Of Information Technology and Organizational Culture', 74(2), pp. 461–492.

Ferrinho, P. (2004) 'Human Resources for Health', (February). Available at: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-2-14>.

Hartati, T.S. (2017) 'Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan

- Kesehayan Pada Sistem Jaminan Sosial Kesehatan (SJSN) (Studi di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tulang Bawang)', *FIAT JUSTISIA:Jurnal Ilmu Hukum*, 10(4), p. 715. Available at: <https://doi.org/10.25041/fiatjustisia.v10no4.808>.
- Hasri, E.T., Wulan, S. and Djasri, H. (2019) 'Evaluasi Kebijakan Kendali Mutu dan Kendali Biaya , Pencegahan Kecurangan dan Kapitasi Berbasis Komitmen dalam Era JKN di Provinsi Bengkulu Menggunakan Pendekatan Realis Evaluasi', *Pkmk Fk-Kmk Ugm*, pp. 1–12.
- Kurniasari, NT, Fariyanti A, R.N. (2017) 'Strategi Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pengelolaan Keuangan Pemerintah Menggunakan Analytical Hierarchy Process 2017', 9(November), pp. 39–48.
- Larum, K., Zuhroh, D. and Subiyantoro, E. (2021) 'Fraudulent Financial Reporting: Menguji Potensi Kecurangan Pelaporan Keuangan dengan Menggunakan Teori Fraud Hexagon', *AFRE (Accounting and Financial Review)*, 4(1), pp. 82–94. Available at: <https://doi.org/10.26905/afr.v4i1.5818>.
- Lerberghe, W. Van and Conceic, C. (2002) 'When staff is underpaid : dealing with the individual coping strategies of health personnel', 80(01), pp. 581–584.
- Marasabessy, Y. (2016) 'Pengaruh Pengendalian Internal Terhadap Pencegahankecurangan (Fraud) Dalam Pelaksaan Jaminan Kesehatan Di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.Iv Polda Maluku', *Jurnal Ilmu Ekonomi Adventage*, 1(5), pp. 31–35.
- Mitriza, A. and Akbar, A. (2019) 'Analisis Pengendalian Potensi Fraud di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi', *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(3), p. 493. Available at: <https://doi.org/10.25077/jka.v8i3.1032>.
- Mulya, A., Rahmatika, D.N. and Kartikasari, M.D. (2019) 'Pengaruh Fraud Pentagon (Pressure, Opportunity, Rationalization, Competence dan Arrogance) Terhadap Pendeteksian Fraudulent Financial Statement Pada Perusahaan Property, Real Estate and Building Construction yang Terdaftar di Bursa Efek Indonesia', *Permana : Jurnal Perpajakan, Manajemen, dan Akuntansi*, 11(1), pp. 11–25. Available at: <https://doi.org/10.24905/permana.v11i1.22>.

- Novia Tri Kurniasari, Anna Fariyanti, N.R. (2017) 'Strategi Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pengelolaan Keuangan Pemerintah Menggunakan Analytical Hierarchy Poces', 9(November), pp. 39–48.
- Nurfarida, I. (2014) 'Pengaruh Potensi Fraud Dalam Penerapan Sistem Mutu Layanan Di RSJ DR. Radjiman Widiadinigrat Lawang, Malang', 03(04), pp. 183–191.
- Oashttamadea SM, R. (2019) 'Pelatihan Pengodean Diagnosis Obstetri Di Rs Naili Dbs', *LOGISTA - Jurnal Ilmiah Pengabdian kepada Masyarakat*, 3(2), p. 157. Available at: <https://doi.org/10.25077/logista.3.2.157-164.2019>.
- Pakpahan (2021) 'Analisis Hukum Terhadap Tindakan Pidana Penipuan yang Menyalahgunakan BPJS Kesehatan Berdasarkan KUHP', 6(10).
- Peraturan BPJS 6 (2020) 'Peraturan BPJS Nomor 6 Tahun 2020 Tentang Fraud.pdf'.
- Peraturan Menteri Kesehatan (2012) 'Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan 001'.
- Peraturan Menteri Kesehatan 16 (2019) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan Fraud', *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 16, pp. 1–50.
- Peraturan Menteri Kesehatan 26 (2021a) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan', *Handbook*, pp. 1–56.
- Peraturan Menteri Kesehatan 26 (2021b) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan', *Handbook*, pp. 1–97.
- Peraturan Menteri Kesehatan 3 (2020) 'Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah', (3), pp. 1–80.
- Rarasati, D.H. (2017) 'the Impact of Increase of Bpjs Health Rates on Health Services in Malang City', *Politik Muda*, 6(1), pp. 34–40.
- Rusadi, M. (2021) *Analisis dan Pengembangan Mekanisme Penyesuaian Pembayaran INA CBGs Berdasarkan Parameter Risiko Readmisi*. Depok. Available at:

<https://www.fkm.ui.ac.id/doktor-fkm-ui-teliti-analisis-dan-pengembangan-mekanisme-penyesuaian-pembayaran-ina-cbgs-berdasarkan-parameter-risiko-readmisi/>.

- Sadikin, H. and 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), pp. 28–34. Available at: <https://doi.org/10.7454/eki.v1i2.1871>.
- Sagala, S.G. and Siagian, V. (2021) 'Pengaruh Fraud Hexagon Model Terhadap Fraudulent Laporan Keuangan pada Perusahaan Sub Sektor Makanan dan Minuman yang Terdaftar di BEI Tahun 2016-2019', *Jurnal Akuntansi*, 13(2), pp. 245–259. Available at: <https://doi.org/10.28932/jam.v13i2.3956>.
- Sari, S.P. and Khoiriah, N. (2021) 'Hexagon Fraud Detection of Regional Government Financial Statement as A Fraud Prevention on The Pandemic Crisis Era', *Wacana.Ub.Ac.Id*, 24(2), pp. 90–96. Available at: <https://wacana.ub.ac.id/index.php/wacana/article/view/897>.
- Sari, S.P. and Nugroho, N.K. (2020) 'Financial Statements Fraud dengan Pendekatan Vousinas Fraud Hexagon Model: Tinjauan pada Perusahaan Terbuka di Indonesia 26', *1st Annual Conference of Ihtifaz: Islamic Economics, Finance, and Banking*, pp. 409–430.
- Septianis, D., Misnaniarti and Alwi, M. (2010) 'Perbandingan Biaya Pelayanan Tindakan Medik Operatif Terhadap Tarif INA-DRG Pada ProgramJamkesmas Di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang', *JurnalManajemen Pelayanan Kesehatan*, 13(03), pp. 133–139.
- Supriadi (2015) 'Kemampuan Tarif INA CBG's Hemodialisa Program Kartu Jakarta Sehat (KJS) Menutupi Biaya Riilnya'.
- Tessa, C dan Harto, P. (2016) 'Pengujian Teori Fraud Pentagon Pada Sektor Keuangan Dan Perbankan Di Indonesia', *Simposium Nasional Akuntansi*, pp. 1–21. Available at: [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/Pengujian Teori Fraud Pentagon Pada Sektor Keuangan dan Perbankan di Indonesia.pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/Pengujian%20Teori%20Fraud%20Pentagon%20Pada%20Sektor%20Keuangan%20dan%20Perbankan%20di%20Indonesia.pdf).
- Thornton, D. *et al.* (2015) 'Categorizing and Describing the Types of Fraud in Healthcare', *Procedia Computer Science*, 64, pp. 713–720. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.procs.2015.08.594>.

- Tommie W. Singleton (2010) *Fraud Auditing and Forensic Accounting*. Available at: [https://books.google.co.id/books?id=xg5MDwAAQBAJ&lpg=PP11&ots=RMAYI5A-rJ&dq=Singleton%2C S. 2010. Fraud Auditing and Forensic Accounting%2C Fourth Edition Wiley Corporate F%26A.&lr&hl=id&pg=PP1#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.id/books?id=xg5MDwAAQBAJ&lpg=PP11&ots=RMAYI5A-rJ&dq=Singleton%2C%20S.%202010.%20Fraud%20Auditing%20and%20Forensic%20Accounting%20Fourth%20Edition%20Wiley%20Corporate%20Finance%20&hl=id&pg=PP1#v=onepage&q&f=false).
- Trisnantoro, L. (2020) 'Kebijakan Pemerintah tentang PPI di Rumah Sakit'.
- Trisnantoro, L. and Hendrartini, Y. (2014) 'Fraud di Jaminan Kesehatan Nasional', pp. 1–25.
- Ubaidillah, U., Ermadiani, E. and Rohman, A. (2020) 'Pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit Sebagai Upaya Pencegahan Fraud Dalam Rangka Peningkatan Layanan Kesehatan pada Rumah Sakit Pemerintah', *Balance: Jurnal Akuntansi Dan Bisnis*, 5(1), p. 53. Available at: <https://doi.org/10.32502/jab.v5i1.2458>.
- Undang-Undang 24 (2011) 'Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial'.
- Waghade, S.S. (2018) 'A Comprehensive Study of Healthcare Fraud Detection based on Machine Learning', 13(6), pp. 4175–4178.
- Wati, H. and Thabrany, H. (2017) 'Perbandingan Klaim Penyakit Katastropik Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi DKI Jakarta dan Nusa Tenggara Timur Tahun 2014', *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(2), pp. 18–27. Available at: <https://doi.org/10.7454/eki.v1i2.1771>.
- WHO (2018) 'New Perspectives on Global Health Spending for Universal Health Coverage'. Available at: <http://apps.who.int/bookorders>.
- Wijayanti, L. (2020) 'Dampak Kebijakan Kenaikan Iuran Bpjs Terhadap Pengguna Bpjs', *ISOQUANT: Jurnal Ekonomi, Manajemen dan Akuntansi*, 4(1), p. 58. Available at: <https://doi.org/10.24269/iso.v4i1.318>.