

***LITERATURE REVIEW* POTENSI FRAUD TERHADAP
KLAIM KODEFIKASI KLINIS DI FASILITAS PELAYANAN
KESEHATAN**

LAPORAN TUGAS AKHIR



**Oleh :
NADILA INTAN MAHARANI
P17410201034**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
PROGRAM STUDI D3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
TAHUN 2023**

***LITERATURE REVIEW* POTENSI *FRAUD* TERHADAP
KLAIM KODEFIKASI KLINIS DI FASILITAS PELAYANAN
KESEHATAN**

LAPORAN TUGAS AKHIR



**Oleh :
NADILA INTAN MAHARANI
P17410201034**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
PROGRAM STUDI D3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
TAHUN 2023**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nadila Intan Maharani

NIM : P17410201034

Program Studi : D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri; bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Laporan Tugas Akhir ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

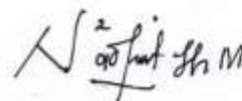
Mengetahui
Pembimbing

Yang Membuat Pernyataan



Achmad Jaelani Rusdi, SST., M.Kes

NIDN. 0711029203



Nadila Intan Maharani

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir Penelitian oleh Nadila Intan Maharani P17410201034 yang berjudul "*LITERATURE REVIEW* POTENSI FRAUD TERHADAP KLAIM KODEFIKASI KLINIS DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Malang, 8 Februari 2023

Pembimbing



Achmad Jaelani Rusdi, SST., M.Kes
NIDN. 0711029203

LEMBAR PENGESAHAN

**LITERATURE REVIEW POTENSI FRAUD TERHADAP KLAIM
KODEFIKASI KLINIS DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN**

Oleh:

NADILA INTAN MAHARANI

NIM. P17410201034

Telah dipertahankan didepan penguji pada tanggal 08 Februari 2023

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Pembimbing



Achmad Jaelani Rusdi, S.ST., M.Kes
NIDN. 0711029203

Mengetahui,

Ketua Jurusan Rekam Medis dan
Informasi Kesehatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang



Diniyah Kholidah, S.ST., S.Gz., MPH
NIP. 197509211997032001

Ketua Prodi D3 Rekam Medis dan Informasi
Kesehatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Hartaty Sarma Sangkot, SKM, MARS
NIP. 198402212019022001

Ujian Tugas Akhir ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada tanggal 08 Februari 2023
Pogram Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Panitia Penguji Laporan Tugas Akhir

Ketua Penguji : Eiska Rohmania Zein, S.ST., M.Kes



.....

Anggota Penguji : Achmad Jaelani Rusdi., S.ST., M.Kes



.....

KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan kepada Allah SWT atas berkat rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Literature Review Potensi *Fraud* terhadap Klaim Kodefikasi Klinis di Fasilitas Pelayanan Kesehatan” dengan tepat waktu. Penulisan Laporan Tugas Akhir ini merupakan proses yang menjadi kewajiban mahasiswa dalam menyelesaikan pendidikan D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, yaitu kepada :

1. Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen,M.Pd, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah memeberikan kesempatan untuk mengikuti program studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
2. Diniyah Kholidah, S.ST, S.Gz, MPH selaku Ketua jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
3. Hartaty Sarma Sangkot, SKM.,MARS selaku ketua Program Studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yang telah memberikan dukungan serta kesempatan untuk menyusun Laporan Tugas Akhir.
4. Achmad Jaelani Rusdi, S.ST., M,Kes selaku Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikirannya untuk membimbing dalam menyusun Laporan Tugas Akhir ini dan telah memberikan bimbingan dengan sabar, tekun, bijaksana, dan sangat cermat dalam memberikan masukan serta motivasi kepada penulis.
5. Eiska Rohmania Zein, S.ST., M,Kes selaku Dosen Penguji yang telah bersedia menguji dan memberikan arahan dan masukan selama penulis menyusun Laporan Tugas Akhir.

6. Seluruh staff pengajar dan karyawan Kampus Pusat Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian.
7. Sarmidi selaku Ayah dari penulis dan Umayah selaku Ibu dari penulis serta keluarga yang senantiasa memberikan doa, dukungan, dan semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dan menyelesaikan pendidikan dengan tepat waktu.
8. Sahabat saya Bella, Melicha, Nana, Alfita, Diana, Nurma, Lia yang tidak pernah lelah mengarahkan, memberi masukan dan memotivasi penulis untuk segera menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
9. Teman-teman seperjuangan Program Studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan angkatan tahun 2020 dan semua pihak yang telah memberikan dukungan selama penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari kata sempurna, maka dari itu penulis berharap pembaca dapat memberikan kritik dan saran yang membangun bagi penulis. Semoga amal ibadah dan budi baik dari bapak ibu, orang tua, sahabat serta teman-teman mendapat pahala yang berlimpah dari Allah SWT. Penulis berharap *literature review* ini dapat menambah pengetahuan dan bermanfaat bagi pembaca.

Malang, 08 Fberuari 2023

Nadila Intan Maharani

ABSTRAK

Nama : Nadila Intan Maharani
Program Studi : D3 Rekam Medis dan Informasi Politeknik Kesehatan
Kemenkes Malang
Judul : Literature Review Potensi *Fraud* terhadap Klaim Kodefikasi
Klinis di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fraud atau perbuatan curang merupakan kesengajaan yang dilakukan untuk mendapatkan keuntungan finansial sehingga berpotensi merugikan negara dan menyebabkan mutu pelayanan kesehatan menurun. Potensi fraud dalam layanan kesehatan semakin meluas karena adanya tekanan dari sistem pembiayaan yang baru berlaku, adanya kesempatan karena minim pengawasan serta ada pembenaran saat melakukan tindakan *fraud*. Penelitian ini bertujuan untuk potensi *fraud* terhadap klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan. Metode yang digunakan adalah telaah *literature review*. Pencarian *literature* dilakukan pada bulan September-Oktober 2022 menggunakan *database PubMed, ScienceDirect, dan Google Scholar*. Pada tahap pencarian artikel dibatasi terbitan tahun 2017-2022. Kata kunci yang digunakan adalah Potensi *Fraud* Klaim Kodefikasi Klinis di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Hasil penelitian ini didapatkan jenis *fraud*, faktor penyebab, metode deteksi, dan upaya pencegahan. Diperlukan monitoring dan evaluasi untuk mencegah terjadinya *fraud* di fasilitas pelayanan kesehatan.

Kata kunci :

Potensi, *Fraud*, Klaim, Kodefikasi, Layanan Kesehatan

ABSTRACT

Name : Nadila Intan Maharani
Study : D3 Medical Record and Health Information at the Health
Program Polytechnic of the Ministry Of Health of Malang
Title : Literature Review of Potential Fraud to Clinical Codefication
Claims in Healthcare Facilities

Fraud or fraudulent acts are intentional things that are carried out to obtain financial benefits so that they have the potential to harm the state and cause the quality of health services to decline. The potential for fraud in health services is increasingly widespread due to pressure from the newly implemented financing system, opportunities due to lack of supervision and there is justification when committing fraud actions. This study aims at potential fraud against clinical codefication claims in health care facilities. The method used is a literature review study. Literature searches were conducted in September-October 2022 using PubMed, ScienceDirect, and Google Scholar databases. At the stage of searching, articles are limited to 2017-2022 publications. The keyword used is Potential Fraud of Clinical Codefication Claims in Health Care Facilities. The results of this study obtained the type of fraud, causal factors, detection methods, and prevention efforts. Monitoring and evaluation are needed to prevent fraud in health care facilities.

Keywords:

Potential, Fraud, Claims, Codification, Healthcare

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
BAB II METODOLOGI PENELITIAN.....	7
2.1 Strategi Penelusuran Literatur	7
2.1.1 Kata Kunci.....	7
2.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi	8
2.3 Seleksi Studi	10
2.4 Ekstraksi Data	11
2.5 Sintesis Data	13
2.6 Jadwal Penelitian	14

BAB III HASIL DAN PEMBAHASAN.....	15
3.1 Hasil	15
3.2 Pembahasan	24
3.2.1 Jenis-jenis Fraud di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	24
3.2.2 Faktor-faktor Penyebab terjadinya Fraud di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.....	26
3.2.3 Metode Deteksi Fraud di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.....	27
3.2.4 Upaya Pengendalian Fraud di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	28
BAB IV PENUTUP	30
4.1 Kesimpulan	30
4.2 Saran	30
DAFTAR PUSTAKA	32
LAMPIRAN	35

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kata Kunci <i>Literature Review</i> pada Database Nasional	8
Tabel 2.2 Kata Kunci <i>Literature Review</i> pada Database Internasional	8
Tabel 2.3 Kriteria Inklusi dan Eksklusi berdasarkan rumus PICO	9
Tabel 2.4 Jadwal Penelitian.....	14
Tabel 3.1 Karakteristik Responden Studi Literatur.....	16
Tabel 3.2 Karakteristik Data <i>Literature</i>	17
Tabel 3.3 Kode <i>Literature</i>	24

DAFTAR GAMBAR

- Gambar 2. 1 Diagram Flowchart *Literature Review* Berdasarkan PRISMA 11
- Gambar 3.1 Diagram Flowchart *Literature Review* Berdasarkan PRISMA 15

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Tabel Data <i>Literature</i>	36
Lampiran 2 <i>Screenshot</i> Hasil Pencarian	40
Lampiran 5 <i>Screenshot</i> Akreditasi SINTA	43
Lampiran 4 Jurnal 1. Analisis Kebijakan Operasional Tentang <i>Fraud Clinical Pathway</i> Pasien JKN Rawat Inap RSUD Buru Maluku	47
Lampiran 5 Jurnal 2. Analisis Pengendalian Potensi <i>Fraud</i> di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi	48
Lampiran 6 Jurnal 3. <i>Detection of Healthcare Fraud in The National Health Insurance Program Based on Cost Control</i>	49
Lampiran 7 Jurnal 4. <i>Fourteen years of manifestations and factors of health insurance fraud, 2006-2020: a scoping review</i>	50
Lampiran 8 Jurnal 5. <i>Fraud and Abuse in the Saudi Healthcare System: A Triangulation Analysis</i>	51
Lampiran 9 Jurnal 6. <i>Healthcare Fraud Data Mining Methods: A Look Back and Look Ahead</i>	52
Lampiran 10 Jurnal 7. <i>How to detect healthcare fraud? “A systematic review”</i> .	53
Lampiran 11 Jurnal 8. Menelusuri Potensi <i>Fraud</i> dalam Jaminan Kesehatan Nasional melalui Rekam Medis di Rumah Sakit	54
Lampiran 12 Jurnal 9. <i>Potential for fraud of health service claims to BPJS Health at Tenriawaru Public Hospital, Bone Regency, Indonesia</i>	55
Lampiran 13 Jurnal 10. <i>Potential Fraud in The Primary Healthcare</i>	56
Lampiran 14 Jurnal 11. Urgensi Pencegahan Tindak Pidana Curang (<i>Fraud</i>) Dalam Klaim Asuransi	57

DAFTAR SINGKATAN

BPJS	=	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
DPJP	=	Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
INA-CBG	=	<i>Indonesia Case Base Group</i>
INA-DRG	=	<i>Indonesua-Diagnosis Related Group</i>
Perpres	=	Peraturan Presiden
SJSN	=	Sistem Jaminan Sosial Nasional
UHC	=	<i>Universal Health Coverage</i>
WHO	=	<i>World Health Organization</i>
WNA	=	Warga Negara Asing

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan kesehatan merupakan hak dasar masyarakat yang wajib diselenggarakan oleh pemerintah dan telah dijelaskan dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Adanya kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial, Pemerintah menerbitkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang menyatakan bahwa prinsip pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional adalah kesetaraan (*equity*), mendapatkan akses pelayanan kesehatan serta efektif dan efisien dalam operasionalisasinya. SJSN merupakan terobosan strategis dalam mengatasi permasalahan akses pelayanan kesehatan yang diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta mempercepat pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) (Mitriza et al., n.d.).

Peraturan Presiden RI No. 111 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 6 menyatakan bahwa Kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan mencakup seluruh penduduk Indonesia. Di dalam UU SJSN diamanatkan bahwa seluruh penduduk wajib menjadi peserta jaminan kesehatan termasuk Warga Negara Asing (WNA) yang tinggal di Indonesia lebih dari enam bulan. Untuk menjadi peserta harus membayar iuran jaminan kesehatan. Bagi yang mempunyai upah atau gaji, besaran iuran berdasarkan persentase upah atau gaji yang dibayar oleh pekerja dan pemberi kerja. Bagi yang tidak mempunyai gaji atau upah besaran iurannya ditentukan dengan nilai nominal tertentu, sedangkan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu membayar iuran maka iurannya ditanggung oleh pemerintah.

Manfaat dalam Jaminana Kesehatan Nasional adalah faedah jaminan yang menjadi hak peserta dan anggota keluarganya. Manfaat Jaminan Kesehatan

Nasional (JKN) terdiri dari dua jenis, yakni manfaat medis berupa layanan kesehatan yang tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Paket manfaat yang diterima dalam program JKN bersifat komprehensif sesuai dengan kebutuhan medis. Manfaat yang diterima peserta JKN terdiri dari pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Termasuk pelayanan obat dan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis (Kemenkes, 2016).

Pola pembayaran yang diterapkan JKN di fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan (rumah sakit) adalah pembayaran prospektif. Pola pembayaran prospektif dikenal dengan casemix yaitu pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip atau sama dan penggunaan sumber daya atau biaya perawatan yang mirip atau sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan software grouper. Sistem casemix saat ini banyak digunakan sebagai dasar sistem pembayaran kesehatan di beberapa negara. Di negara Cina mulai menggunakan sistem casemix sejak tahun 2009, sebuah penelitian di Xianmen Cina membuktikan bahwa sistem casemix lebih tepat dalam memperkirakan estimasi pembiayaan sehingga membantu manajemen dalam mengendalikan biaya rumah sakit. Sistem casemix pertama kali dikembangkan di Indonesia pada tahun 2006 dengan nama INA-DRG (Indonesia-Diagnosis Related Group). Implementasi pembayaran dengan INA-DRG dimulai pada 1 September 2008 di 15 rumah sakit milik Kementerian Kesehatan RI, dan pada 1 Januari 2009 diperluas untuk seluruh rumah sakit yang bekerja sama menjadi penyedia pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas. Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG (Indonesia-Diagnosis Related Group) menjadi INA-CBG (Indonesia Case Base Group) (Iman et al., 2019).

Sumber data yang dientri ke dalam aplikasi INA-CBGs berasal dari rekam medis yang terangkum dalam resume medis yaitu data diagnosis dan tindakan atau prosedur, apabila diperlukan dapat dilihat dalam berkas rekam medis. Diagnosis utama adalah diagnosis yang ditegaskan oleh dokter pada akhir episode perawatan yang menyebabkan pasien mendapatkan perawatan atau pemeriksaan

lebih lanjut termasuk diagnosis sekunder bersama tindakan dan penunjangnya, semua tercatat dalam rekam medis. Ketidaktepatan kodefikasi diagnosis untuk klaim JKN pada aplikasi INA-CBGs dapat disebabkan oleh beberapa hal seperti ketidaklengkapan pengisian rekam medis pasien oleh dokter, atau kurangnya kompetensi koder atau petugas rekam medis dalam melakukan kodefikasi (Iman et al., 2019).

Dalam pekerjaannya koder memiliki kewenangan untuk melaksanakan sistem klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis sesuai terminologi medis yang benar berdasarkan Permenkes No 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Rekam Medis. Tugas bagian koding dalam penyelenggaraan rekam medis adalah mencatat dan meneliti kode penyakit dan diagnosis yang ditulis dokter, kode operasi dari tindakan medis yang ditulis dokter atau petugas kesehatan lainnya dan kode sebab kematian dari sebab kematian yang ditetapkan dokter. Berdasarkan Permenkes No 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional bahwa tugas dan tanggung jawab seorang koder adalah melakukan kodefikasi diagnosis dan tindakan atau prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien berdasarkan dengan ICD 10 untuk diagnosis dan ICD 9 CM untuk tindakan atau prosedur yang bersumber dari rekam medis pasien, apabila dalam melakukan pengkodean diagnosis atau tindakan atau prosedur koder menemukan kesulitan ataupun ketidaksesuaian dengan peraturan dalam pengkodean, maka koder harus melakukan klarifikasi dengan dokter. Pada saat koder tidak berhasil melakukan klarifikasi kepada dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP), maka koder menggunakan Rule MB1 sampai MB5 untuk memilih kembali kode diagnosis utama atau reseleksi. Hal ini mendukung pernyataan bahwa tugas koder meliputi mengkode diagnosis penyakit dan tindakan, grouping diagnosis dan tindakan ke grouper INA CBG (Susanti, 2018).

Pada pelaksanaan klaim Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS mengalami beberapa tantangan. Salah satunya adalah terjadinya tindakan yang berpotensi *fraud* (Mitriza et al., n.d.). *Fraud* atau perbuatan curang merupakan kesengajaan

yang dilakukan untuk mendapatkan keuntungan finansial sehingga berpotensi merugikan negara dan menyebabkan mutu pelayanan kesehatan menurun (Sugiarti et al., 2022). Pada awal pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pemerintah banyak mendapatkan kritik dari berbagai pihak salah satunya berasal dari provider, terutama manajemen rumah sakit. Perubahan sistem tarif dari fee for service menjadi pola INA CBGs yang dirasa kurang memadai, menjadi salah satu keluhan utama dan menjadi dasar “pembenaran” untuk melakukan *fraud*. Potensi *fraud* dalam layanan kesehatan semakin meluas karena adanya tekanan dari sistem pembiayaan yang baru berlaku, adanya kesempatan karena minim pengawasan serta ada pembenaran saat melakukan tindakan fraud (Mitriza et al., n.d.). Potensi *fraud* yang ditemukan di kelompok provider diantaranya adalah upcoding, inflated bills, service unbundling, no medical value dan standard of care (Djasri et al., 2016).

Hasil penelitian (Nurmalinda Puspitasari*, 2017), terdapat sebanyak 168 (33%) merupakan kode yang tidak tepat. Hasil penelitian lain mengenai kesalahan koding pada kasus gastroenteritis acute terdapat sebanyak 61 kasus (Karimah et al., 2016). Ketepatan pengodean diagnosis dan prosedur akan mempengaruhi ketepatan tarif pada software INA CBGs, ketika pengodean tepat serta penentuan diagnosis primer dan sekunder juga tepat, maka tarif paket INA CBGs yang muncul juga tepat sesuai dengan derajat keparahan (severity level) dari kode diagnosis dan prosedur. Namun ketika pengodean tidak tepat, mengakibatkan derajat keparahan yang tidak tepat, maka tarif INA CBGs yang munculpun tidak tepat pula, hal itu yang disebut upcoding atau undercoding (Mitriza et al., n.d.),

Berdasarkan survei yang dilakukan *Association of Certified Fraud Examiner (ACFE)* tahun 2022 bahwa *fraud* tertinggi didunia terdapat pada *Banking and financial services* sebesar 351 kasus, sedangkan *fraud* pada *Health Care* menempati urutan keempat sebesar 130 kasus, Indonesia menduduki peringkat keempat dengan jumlah kasus terbanyak dari 18 negara yang di survei (ACFE, 2022). Berdasarkan fenomena yang ada, tujuan dari penelitian ini adalah menelusuri potensi *fraud* dalam rekam medis melalui telusur keakuratan kode yang dapat mempengaruhi klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan

serta mengidentifikasi upaya yang dapat dilakukan untuk mendeteksi potensi *fraud*.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran potensi *fraud* terhadap klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis potensi *fraud* terhadap klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi jenis-jenis *fraud* terhadap klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Mengidentifikasi faktor-faktor penyebab terjadinya *fraud* klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Mengidentifikasi metode deteksi *fraud* di fasilitas pelayanan kesehatan
4. Mengidentifikasi upaya pengendalian potensi *fraud* klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Untuk mengembangkan penelitian terdahulu mengenai potensi *fraud* terhadap klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan dan sebagai referensi bagi penelitian selanjutnya.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Manfaat Bagi Instansi

Sebagai bahan masukan dan pengembangan yang berkaitan dengan potensi *fraud* terhadap klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan yang nantinya dapat diterapkan di Indonesia untuk mencegah terjadinya *fraud* yang dapat menimbulkan kerugian negara.

b. Manfaat Bagi Penulis

- 1) Memperluas wawasan dan pandangan terhadap masalah *fraud* terhadap kodefikasi klinia di fasilitas pelayanan kesehatan.
- 2) Mengimplementasikan teori yang telah didapat selama perkuliahan dan sebagai latihan bagi peneliti sebelum memasuki dunia kerja dalam menganalisis sebuah permasalahan.

BAB II

METODOLOGI PENELITIAN

2.1 Strategi Penelusuran Literatur

Literature review merupakan rangkuman menyeluruh beberapa studi penelitian yang ditentukan berdasarkan tema tertentu. Strategi pencarian dilakukan dengan merumuskan istilah pencarian, mencari sumber data dari database online, merumuskan kriteria inklusi dan eksklusi, dan penilaian kualitas penelitian berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi (Marbawi & Salim, 2019). Pencarian data *literature review* dilakukan pada bulan Oktober dan November 2022.

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diperoleh dari hasil penelitian terdahulu bukan dari pengamatan langsung. Data tersebut bisa didapatkan dari berbagai sumber seperti jurnal, internet, dan pustaka lainnya. Sumber data dari penelitian ini berupa jurnal bereputasi nasional dan internasional dengan tema yang sudah ditentukan yaitu tentang potensi fraud terhadap klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan. Peneliti melakukan penelusuran literatur melalui 3 *database* yaitu *PubMed*, *ScienceDirect*, dan *Google Scholar*. Artikel ilmiah yang digunakan dalam penelitian ini dipilih dengan kriteria tertentu yaitu publikasi pada 5 tahun terakhir yang telah dilakukan dan sudah dipublikasikan.

2.1.1 Kata Kunci

Kata kunci digunakan untuk mempermudah peneliti dalam pencarian pustaka yang sesuai dengan topik yang dibahas. Kata kunci yang diinput untuk mencari referensi jurnal dan artikel lain pada *database* nasional adalah. Pencarian jurnal menggunakan *Keyword* dan *Boolean Operator (AND, OR, NOT, or AND NOT)* yang digunakan untuk memperluas atau menspesifikasikan pencarian, sehingga mempermudah dalam penentuan jurnal yang akan digunakan. Pada penelitian ini, boolean yang digunakan adalah *OR* dan *AND*. Hal ini dilakukan untuk mempermudah dalam penentuan artikel atau jurnal yang digunakan. Kata

kunci dalam *literature review* ini disesuaikan dengan *Medical Subject Heading* (MeSH) dan dapat digambarkan dalam bentuk tabel sebagai berikut :

Tabel 2.1 Kata Kunci *Literature Review* pada Database Nasional

Fraud	AND	Klaim	AND	Kodefikasi
Kecurangan		Analisis klaim		Pengkodean medis
OR		OR		OR
Penipuan perawatan kesehatan		Tinjauan klaim		Pengkodean
		OR		OR
		Proses klaim asuransi		Diagnosa

Tabel 2.2 Kata Kunci *Literature Review* pada Database Internasional

Fraud	AND	Claim	AND	Codefication
<i>Healthcare Fraud</i>		<i>Claims Analysis</i>		<i>Medical Coding</i>
OR		OR		OR
<i>Health Care Frauds</i>		<i>Claims Review</i>		<i>Coding</i>
		OR		OR
		<i>Insurance Claims Processing</i>		<i>Diagnosis</i>

2.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria atau ciri-ciri yang harus dipenuhi oleh setiap populasi agar dapat digunakan sebagai sampel. Sedangkan kriteria eksklusi merupakan kriteria atau ciri-ciri yang tidak terpenuhi untuk menjadi sampel. Seleksi *literature review* menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi dengan metode *Narrative Literature Review* (NLR).

Metode *Narrative Literature Review* digunakan untuk mengidentifikasi hasil penelitian terdahulu yang memuat informasi kritis pada jurnal atau artikel dalam satu topik tertentu, sehingga dapat menggali dan menganalisis informasi lebih dalam terkait potensi *fraud* terhadap klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan.

Strategi yang digunakan untuk menentukan kriteria inklusi dan eksklusi pada *literature review* ini menggunakan PICO *framework* yang terdiri dari :

- 1) *Population* yaitu populasi atau masalah yang akan dianalisis sesuai dengan tema yang sudah ditentukan dalam *literature review*. Populasi dalam penelitian ini adalah kasus *fraud* pada klaim kodefikasi klinis.
- 2) *Intervention* yaitu suatu tindakan penatalaksanaan terhadap kasus perorangan atau masyarakat serta pemaparan tentang penatalaksanaan studi sesuai dengan tema yang sudah ditentukan dalam *literature review*. Intervensi dalam penelitian ini adalah hasil tabulasi dan analisis mendalam, hasil review, dan hasil *scooping review* mengenai potensi fraud di fasilitas pelayanan kesehatan.
- 3) *Comparison* yaitu intervensi atau penatalaksanaan lain yang digunakan sebagai pembanding, jika tidak ada bisa menggunakan kelompok kontrol dalam studi yang dipilih. Penelitian ini tidak ada *comparison*.
- 4) *Outcome* yaitu hasil atau luaran yang diperoleh pada studi terdahulu yang sesuai dengan tema yang sudah ditentukan dalam *literature review*. Hasil yang diharapkan dari penelitian ini atau *outcome* berupa kejadian fraud terhadap klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan.

Tabel 2.3 Kriteria Inklusi dan Eksklusi berdasarkan rumus PICO

Kriteria	Inklusi	Eksklusi
<i>Population</i>	Kasus <i>fraud</i> pada klaim kodefikasi klinis	Selain kasus <i>fraud</i> pada klaim kodefikasi klinis
<i>Intervention</i>	Hasil tabulasi dan analisis mendalam, hasil review, dan hasil <i>scooping review</i> mengenai potensi fraud di fasilitas pelayanan kesehatan	Selain hasil tabulasi dan analisis mendalam, hasil review, dan hasil <i>scooping review</i> mengenai potensi fraud di fasilitas pelayanan kesehatan
<i>Comparators</i>	-	-
<i>Outcomes</i>	Kejadian fraud terhadap klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan	Bukan kejadian fraud terhadap klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan

Tahun Publikasi	2017-2022	Di bawah 2017
Bahasa	Indonesia, Inggris	Bahasa selain Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris
Database pencarian	<i>PubMed</i> , <i>ScienceDirect</i> , dan <i>Google Scholar</i>	Selain <i>PubMed</i> , <i>ScienceDirect</i> , dan <i>Google Scholar</i>
Kriteria	Jurnal dapat diunduh Jurnal terakreditasi Jurnal terakreditasi SINTA (nasional) Jurnal terdapat nomor ISSN atau DOI, PMID, dan PMCID. Jurnal <i>full text</i> Judul yang ditemukan relevan	Jurnal tidak dapat diunduh Jurnal tidak terakreditasi Jurnal tidak terakreditasi SINTA (nasional) Jurnal tidak <i>full text</i> Judul yang ditemukan tidak relevan

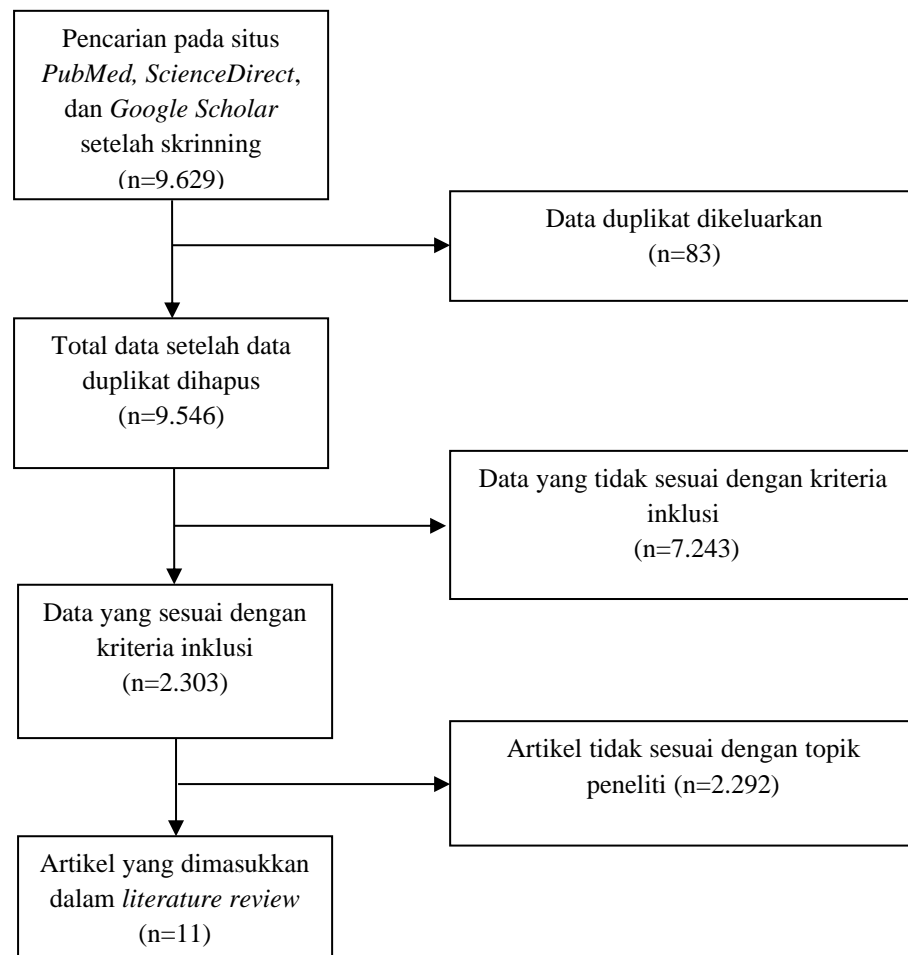
Berdasarkan tabel 2.3 artikel yang diambil oleh peneliti adalah artikel yang memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan, sedangkan jika memenuhi kriteria eksklusi maka tidak diambil oleh peneliti.

2.3 Seleksi Studi

Berdasarkan hasil pencarian *literature review* melalui jurnal publikasi di 3 *database* yakni pada *PubMed*, *ScienceDirect*, dan *Google Scholar* menggunakan kata kunci yang sudah ditentukan dengan *Boolean Operator* dan disesuaikan dengan MeSH, peneliti mendapatkan artikel atau jurnal yang sesuai dengan kata kunci tersebut. Artikel atau jurnal yang didapatkan berdasarkan kata kunci dan setelah dilakukan *skinning* dari ke-3 *database* pencarian sebanyak 9.629 artikel, diantaranya adalah 98 artikel dari *Google Scholar*, 8807 artikel dari *PubMed*, dan 724 artikel dari *ScienceDirect*.

Hasil pencarian yang sudah didapatkan kemudian diperiksa duplikasi, ditemukan terdapat 83 artikel yang sama sehingga dikeluarkan dan tersisa 9.546 artikel. Peneliti kemudian melakukan *skinning* berdasarkan kriteria inklusi tahun 2017-2022 yakni sebanyak 7.243 artikel sehingga dikeluarkan dan tersisa 2.303. *Assesment* yang dilakukan berdasarkan kelayakan terhadap kriteria inklusi dan eksklusi dan terbatas pada potensi *fraud* terhadap klaim kodifikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan, didapatkan sebanyak 11 artikel yang dapat dipergunakan dalam *literature review*. Sehingga terdapat 2.293 artikel yang tidak

sesuai dengan kriteria inklusi dan tidak menjawab tujuan *literature review* dari peneliti yakni tidak terdapat pembahasan mengenai prosedur klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan, jenis *fraud* yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan, dan faktor-faktor terjadinya *fraud*. Hasil seleksi studi artikel digambarkan dalam diagram PRISMA *flowchart* di bawah ini.



Gambar 2. 1 Diagram Flowchart *Literature Review* Berdasarkan PRISMA

2.4 Ekstraksi Data

Ekstraksi data merupakan pengumpulan data yang berkontribusi untuk menjawab pertanyaan yang dibutuhkan oleh penelitian. Ekstraksi data dilakukan jika semua data yang telah memenuhi syarat telah diklasifikasikan untuk semua

data yang ada (Latifah & Ritonga, 2020). Dalam *literature review* ini ekstraksi data dilakukan dengan melihat ke-11 artikel yang sesuai secara keseluruhan dari data yang sebelumnya diseleksi oleh penulis. Data-data tersebut diambil dari jawaban rumusan masalah yang ditentukan yakni menganalisis potensi *fraud* terhadap klaim kodefikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan. Jurnal penelitian yang sesuai dengan kriteria inklusi kemudian dikumpulkan dan dibuat ringkasan jurnal meliputi identitas jurnal yang terdiri dari nama peneliti, nama, volume dan nomor jurnal, judul penelitian, metode, serta ringkasan hasil atau temuan-temuan penting. Hasil ringkasan jurnal penelitian tersebut dimasukkan ke dalam tabel dan diurutkan sesuai *alphabet* dan tahun terbit jurnal.

Berdasarkan hasil seleksi studi artikel dan ekstraksi data yang telah dilakukan peneliti diketahui bahwa metode penelitian yang digunakan oleh ke-11 artikel jurnal terpilih, diantaranya adalah diperoleh jurnal atau artikel yang menggunakan metode kualitatif sebanyak 8 artikel, 1 artikel menggunakan *systematic review*, 1 artikel menggunakan kualitatif kuantitatif, dan 1 artikel yang menggunakan metode *scoping review*.

Dari 8 artikel kualitatif yang ada, setelah dipahami terdapat pembahasan mengenai analisis mendalam 10 algoritma pendeteksi *fraud* berbasis control biaya, analisis mendalam mengenai 4 faktor potensi *fraud* pada *clinical pathway* pasien JKN, analisis budaya pencegahan *fraud*, analisis mendalam mengenai potensi *fraud* di FKTP dari aspek regulasi, pengawasan, pengelolaan dana, dan sumber daya manusia, presentase cara mencegah *moral hazard*, perhitungan kasus *moral hazard* dalam asuransi kesehatan, analisis mendalam mengenai sistem dan metode deteksi penipuan perawatan kesehatan, analisis mendalam mengenai komponen input dan proses *fraud*, upaya pencegahan *fraud* oleh rumah sakit dan BPJS, analisis mendalam pola atau modus operandi *fraud* pada klaim asuransi, kebijakan strategi pencegahan *fraud* pada klaim asuransi, analisis mendalam mengenai potensi *fraud* oleh rumah sakit, petugas medis, dan petugas rekam medis atau koder, dan analisis mendalam jenis-jenis *fraud*.

Artikel dengan metode *systematic review* membahas mengenai analisis simpulan pelaku *fraud*, analisis simpulan jenis *fraud*, dan analisis simpulan

metode deteksi *fraud*. Artikel dengan metode kualitatif-kuantitatif membahas mengenai presentase ketidaksesuaian tarif klaim, penyebab terjadinya *upcoding*. Sementara itu, artikel dengan metode *scoping review* membahas mengenai faktor penyebab *fraud* asuransi kesehatan. Setelah dituliskan temuan-temuan penting dari artikel yang telah dipilih maka dilanjutkan ke tahap selanjutnya yaitu sintesis data.

2.5 Sintesis Data

Sintesis data dilakukan dengan metode meta analisis atau metode naratif (metasintesis) sebagai metode *literature review* kualitatif dengan pendekatan meta-agregasi. Metode naratif digunakan untuk mengelompokkan data yang telah diekstraksi. Sedangkan pada meta-agregasi dilakukan untuk menjawab pertanyaan penelitian dengan cara merangkum berbagai hasil penelitian. Pada meta-agregasi topik penelitian dikolaborasi menjadi tema-tema tertentu untuk menghasilkan kerangka analisis. Kemudian dalam tema-tema tertentu tersebut dilakukan pencarian hasil penelitian artikel yang relevan untuk dibandingkan dan dirangkum antara yang satu dengan yang lainnya. Pada pendekatan meta-agregasi, hasil sintesis merupakan “agregat” dari berbagai hasil penelitian sesuai dengan tema yang relevan.

Selanjutnya untuk lebih memperjelas analisis dan memperdalam informasi abstrak dan *full text* jurnal dilakukan dengan cara dibaca dan dicermati. Pada ringkasan jurnal tersebut dianalisis sesuai dengan isi yang terdapat dalam tujuan penelitian serta hasil dan pembahasan penelitian. Data yang sudah dianalisis dan sudah terkumpul kemudian dicari baik persamaan maupun perbedaannya sesuai dengan pokok bahasan penelitian lalu dibahas untuk menarik kesimpulan pada hasil jurnalnya. Hasil sintesis dari penelitian ini dilakukan menurut tema-tema yang ditemukan dari hasil tinjauan yang merupakan tujuan khusus dari penelitian ini, adapun tema-tema tersebut adalah, sebagai berikut :

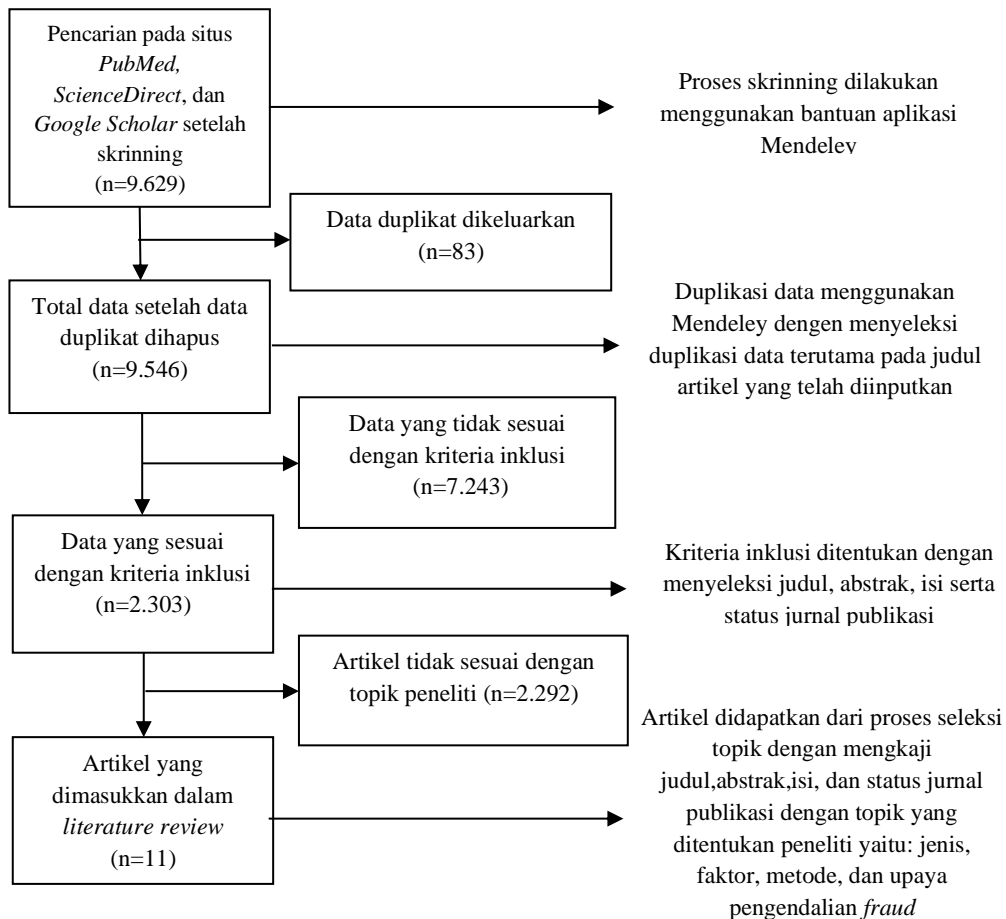
- a. Jenis-jenis *fraud* di fasilitas pelayanan kesehatan
- b. Faktor-faktor penyebab terjadinya *fraud* di fasilitas pelayanan kesehatan
- c. Metode deteksi *fraud* di fasilitas pelayanan kesehatan
- d. Upaya pengendalian *fraud* di fasilitas pelayanan kesehatan

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 Tahir 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,

<p>Bellido-Boza, David Mauricio/ <i>Health & justice</i>, 2021/ 9:26</p>	<p><i>health insurance fraud, 2006-2020: a scoping review</i> [4]</p>	<p>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,</p>
--	---	--

				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 Indahwaty Sidin dan Amran Razak/ <i>Gaceta sanitaria,</i> 2021/ ;35(S2): S441-S449	<i>How to detect healthcare fraud? “A systematic review”</i> [7]	Systematic review	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 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 menepisakan 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.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Berdasarkan artikel yang telah di *review* terkait potensi *fraud* di fasilitas pelayanan kesehatan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

- a. Jenis-jenis *fraud* yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan paling banyak dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Priangan Timur jenis *fraud* yang paling sering terjadi adalah *upcoding*.
- b. Faktor-faktor penyebab terjadinya *fraud* di fasilitas pelayanan kesehatan yaitu ketidakpatuhan petugas kesehatan terhadap Clinical Pathway di unit rawat inap, tidak adanya saling koordinasi antara tim BPJS dan dokter, Perbedaan pemahaan antara verifikator, koder, dan DPJP mengenai diagnosis dan adanya kesenjangan penerapan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA CBGs, dan tekanan masalah keuangan atau pelayanan medis pribadi oleh tenaga medis sehingga mencari peluang untuk melakukan kecurangan klaim pelayanan kesehatan.
- c. Metode deteksi *fraud* yang digunakan adalah algoritma deteksi penipuan berbasis biaya, deteksi penipuan berbasis aturan, deteksi penipuan berbasis data, dan deteksi kecurangan dengan mengumpulkan seluruh data klaim. Data yang dapat digunakan untuk melakukan deteksi potensi *fraud* salah satunya adalah klaim BPJS Kesehatan.
- d. Potensi *fraud* dapat dicegah dengan membentuk tim verifikasi di setiap rumah sakit, perubahan perilaku dan budaya organisasi, dan melakukan monitoring dan mensosialisasikan budaya anti *fraud*

4.2 Saran

1. Seluruh fasilitas pelayanan kesehatan dapat mendukung semua upaya pengendalian *fraud* sehingga program pelayanan dapat diberikan secara maksimal.

2. Perlu mengadakan kerjasama dengan rumah sakit, untuk memudahkan sosialisasi kebijakan pencegahan *fraud*.
3. Kesadaran pasien akan hak dan kewajiban berdasarkan ketentuan sebagai peserta JKN.

DAFTAR PUSTAKA

- ACFE. (2022). Occupational Fraud 2022: A Report to the nations. *Acfe*, 1–96.
- Alonazi, W. B. (2020). Fraud and Abuse in the Saudi Healthcare System: A Triangulation Analysis. *Inquiry : A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 57, 1–8.
<https://doi.org/10.1177/0046958020954624>
- 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.
- Fathurrohman, N., & Dewi, A. (2018). Potential Fraud in The Primary Healthcare. *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 7(3), 196–204.
<https://doi.org/10.18196/jmmr.7373>
- Iman, A., Indonesia, D. B.-J. P. H., & 2019, undefined. (2019). Pengaruh Kodifikasi ICD 10 dan ICD 9 CM Terhadap Klaim JKN Rawat Inap di RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya Tahun 2018. *Jurnal.Stikesphi.Ac.Id*, 6, 39–49. <http://jurnal.stikesphi.ac.id/index.php/Kesehatan/article/view/165>
- Karimah, R. N., Setiawan, D., & Nurmalia, P. S. (2016). Diagnosis Code Accuracy Analysis Of Acute Gastroenteritis Disease Based on Medical Record Document in Balung Hospital Jember. *Journal of Agromedicine and Medical Sciences*, 2(2), 12. <https://doi.org/10.19184/ams.v2i2.2775>
- Kemenkes. (2016). Buku Panduan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Bagi Populasi Kunci. *Jaminan Kesehatan Nasional, April*, 3–4.
- Kumaraswamy, N., Markey, M. K., Ekin, T., Barner, J. C., & Rascati, K. (2022). Healthcare Fraud Data Mining Methods: A Look Back and Look Ahead. *Perspectives in Health Information Management*, 19(1).
- Kurniawan, S., ... H. D.-H. O., & 2020, U. (2020). Urgensi Pencegahan Tindak Pidana Curang (Fraud) Dalam Klaim Asuransi. *Halu Oleo Law Review*, 4(1), 38–53.
<http://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=1489162&val=12142&title=Urgensi Pencegahan Tindak Pidana Curang Fraud Dalam Klaim>

Asuransi

- Latifah, L., & Ritonga, I. (2020). Systematic Literature Review (SLR): Kompetensi Sumber Daya Insani Bagi Perkembangan Perbankan Syariah Di Indonesia. *Al Maal: Journal of Islamic Economics and Banking*, 2(1), 63. <https://doi.org/10.31000/almaal.v2i1.2763>
- Marbawi, M. I., & Salim, T. A. (2019). Mempertahankan keaslian arsip elektronik di era digital berdasarkan tinjauan literatur sistematis. *Berkala Ilmu Perpustakaan Dan Informasi*, 15(2), 149. <https://doi.org/10.22146/bip.47370>
- Mitriza, A., Andalas, A. A.-J. K., & 2019, undefined. (n.d.). Analisis Pengendalian Potensi Fraud di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi. *Jurnal.Fk.Unand.Ac.Id*. Retrieved October 20, 2022, from <http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/view/1032>
- Nugroho Mardi Wibowo, Woro Utari, Yuyun Widiastuti, A. M. (2020). Detection of Healthcare Fraud in The National Health Insurance Program Based on Cost Control. *Proceedings of the International Conference on Economics and Social Sciences*, 103, 284–288. <https://doi.org/10.2478/9788395815072>
- Nurmalinda Puspitasari*, D. R. K. (2017). Evaluasi Tingkat Ketidaktepatan Pemberian Kode Diagnosis Dan Faktor Penyebab Di Rumah Sakit X Jawa Timur Nurmalinda Puspitasari * , Diah Retno Kusumawati * *. *Evaluasi Tingkat Ketidaktepatan Pemberian Kode Diagnosis Dan Faktor Penyebab Di Rumah Sakit X Jawa Timur*, 3(1).
- Palutturi, S., Makkurade, S. R., Ahri, R. A., & Putri, A. S. E. (2019). Potential for fraud of health service claims to BPJS Health at Tenriawaru Public Hospital, Bone Regency, Indonesia. *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, 8(5), 70–90.
- Rabi’u Abdullahi, Noorhayati Mansor, M. S. N. (n.d.). *Fraud Triangle Theory And Fraud Diamond Theory: Understanding The Convergent And Divergent For Future Research*. Retrieved January 27, 2023, from <http://www.djpb.kemenkeu.go.id/kppn/tanjung/id/data-publikasi/artikel/2880-jr.html>
- Sugiarti, I., Masturoh, I., & Fadly, F. (2022). Menelusuri Potensi Fraud dalam

- Jaminan Kesehatan Nasional melalui Rekam Medis di Rumah Sakit. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 7(1), 42–50.
<https://journal.ugm.ac.id/jkesvo/article/view/69056>
- Susanti, M. E. (2018). Tinjauan Peran Koder Untuk Klaim BPJS Kesehatan Dalam Pelaksanaan JKN Di RSUD Darmayu Ponorogo. *Global Health Science*, 3(3), 245–251.
- Thahir, C. Bin, & Darmaja, S. (2022). Analisis Kebijakan Operasional tentang Fraud Clinical Pathway Pasien JKN Rawat Inap RSUD Buru Maluku. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 11(1), 42–56.
<https://doi.org/10.33221/jikm.v11i01.984>
- Thaifur, A. Y. B. R., Maidin, M. A., Sidin, A. I., & Razak, A. (2021). How to detect healthcare fraud? “A systematic review”. *Gaceta Sanitaria*, 35(S2), S441–S449. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.07.022>
- Villegas-Ortega, J., Bellido-Boza, L., & Mauricio, D. (2021). Fourteen years of manifestations and factors of health insurance fraud, 2006-2020: a scoping review. *Health & Justice*, 9(26), 1–23. <https://doi.org/10.1186/s40352-021-00149-3>

LAMPIRAN

Lampiran 1 Tabel Data *Literature*

NO.	JUDUL	NAMA JURNAL	KETERANGAN
1.	Analisis Kebijakan Operasional Tentang <i>Fraud Clinical Pathway</i> Pasien JKN Rawat Inap RSUD Buru Maluku	Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, p-ISSN: 2252-4134, e-ISSN 2354-8185, 2022	<p>Metode : kualitatif</p> <p>Sampel : 6 informan (Direktur RSUD, dokter, kepala ruang rawat inap, kepala tim BPJS RSUD, kepala instalasi farmasi, dan bendahara)</p> <p>Pengumpulan data : observasi, wawancara mendalam, dan telaah dokumen</p> <p>Tempat penelitian : Maluku</p> <p>Topik penelitian : potensi <i>fraud</i> pada <i>clinical pathway</i> pasien JKN di unit pelayanan rawat inap RSUD Kabupaten Buru Provinsi Maluku</p> <p>Kekurangan : tidak dijelaskan secara rinci hasil implementasi kebijakan pengendalian <i>fraud</i></p> <p>Kelebihan : menggunakan QSPM untuk menentukan prioritas strategi pencegahan <i>fraud</i> pada <i>clinical pathway</i></p>
2.	Analisis Potensi <i>Fraud</i> di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi	Jurnal Kesehatan Andalas, p-ISSN: 2301-7406, e-ISSN 2615-1138, 2019	<p>Metode : kualitatif</p> <p>Sampel : Petugas RSUD dr Achmad Moechtar Bukittinggi yang mengetahui tentang pengendalian <i>fraud</i></p> <p>Pengumpulan data : wawancara</p> <p>Tempat penelitian : Bukittinggi</p> <p>Topik penelitian : [1] komponen input, [2] komponen proses, [3] upaya dari RSUD dr Achmad Moechtar Bukittinggi dan BPJS Kesehatan dalam pencegahan potensi <i>fraud</i></p> <p>Kekurangan : tidak dijelaskan jenis <i>fraud</i> yang terjadi di RSUD dr Achmad Moechtar Bukittinggi</p> <p>Kelebihan : pada komponen proses terbagi menjadi faktor pendorong dan penghambat <i>fraud</i></p>
3.	<i>Detection of Healthcare Fraud in The National Health Insurance Program Based on Cost Control</i>	<i>Advances in Economics, Business and Management Research</i> , e-ISSN: 1559-4122, PIMD: 35440932, 2020	<p>Metode : kualitatif</p> <p>Sampel : Petugas RSUD bagian pelayanan medis dan penjaminan</p> <p>Pengumpulan data : dokumentasi dan wawancara</p> <p>Tempat penelitian : Jawa Timur</p> <p>Topik penelitian : sistem deteksi <i>fraud</i> berdasarkan pengendalian biaya</p> <p>Kekurangan : pembahasan</p>

NO.	JUDUL	NAMA JURNAL	KETERANGAN
			algoritma deteksi kurang mendalam, Kelebihan : fokus pada kecurangan klaim INA CBGs
4.	<i>Fourteen years of manifestations and factors of health insurance fraud, 2006-2020: a scoping review</i>	<i>Health & justice</i> , p-ISSN: 2194-7899, PIMD: 34591187, 2021	Metode : <i>scoping review</i> Sampel : 67 artikel kualitatif dan kuantitatif Pengumpulan data : ACM, EconPapers, PubMed, Science Direct, Scopus, Springer, dan Web of Science Tempat penelitian : AS Topik penelitian : [1] manifestasi penipuan, [2] faktor penipuan Kekurangan : pencarian jurnal terbatas pada rentang 1 Januari 2006-31 Juli 2020 Kelebihan : menyertakan bukti relevan dari jurnal terindeks
5.	<i>Fraud and Abuse in the Saudi Healthcare System: A Triangulation Analysis.</i>	<i>Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing</i> , e-ISSN: 1945-7243, PIMD: 32975465, 2020	Metode : kualitatif Sampel : 5 pemimpin dari lima perusahaan asuransi kesehatan Pengumpulan data : wawancara Tempat penelitian : Arab Saudi Topik penelitian : [1] dokumen terkait <i>moral hazard</i> , [2] peraturan terkait <i>moral hazard</i> , [3] implikasi terkait <i>moral hazard</i> Kekurangan : pembahasan mengenai hubungan <i>fraud</i> dan <i>moral hazard</i> kurang mendalam Kelebihan : menyajikan data prevalensi <i>moral hazard</i> tahun 2014-2019
6.	<i>Healthcare Fraud Data Mining Methods: A Look Back and Look Ahead.</i>	<i>Perspectives in health information management</i> , e-ISSN: 1559-4122, PIMD: 35440932, 2020	Metode : kualitatif Sampel : Artikel penipuan perawatan kesehatan di Amerika Serikat Pengumpulan data : - Tempat penelitian : AS Topik penelitian : [1] deteksi penipuan berbasis aturan, [2] deteksi penipuan berbasis data, Kekurangan : tidak membahas tindakan atau proses yang terjadi di luar deteksi penipuan Kelebihan : mengulas sistem dan metode deteksi penipuan perawatan kesehatan dari literatur akademik
7.	<i>How to detect healthcare fraud? "A systematic review"</i>	<i>Gaceta sanitaria</i> , e-ISSN: 1578-1283, PIMD: 34929872,	Metode : <i>Systematic review</i> Sampel : 9 artikel metode deteksi <i>fraud</i>

NO.	JUDUL	NAMA JURNAL	KETERANGAN
		2021	<p>Pengumpulan data : <i>PubMed/Medline, Cochrane, Wiley, ScienceDirect, Google Scholar</i></p> <p>Tempat penelitian : Indonesia</p> <p>Topik penelitian : identifikasi jenis dan pelaku <i>fraud</i></p> <p>Kekurangan : peneliti tidak membahas kelemahan metode deteksi <i>fraud</i> melalui data, jenis dan aturan yang berlaku bagi pelaku <i>fraud</i></p> <p>Kelebihan : peneliti tidak hanya membahas jenis dan <i>fraud</i>, namun juga membahas mengenai metode deteksi</p>
8.	Menelusuri Potensi <i>Fraud</i> dalam Jaminan Kesehatan Nasional melalui Rekam Medis di Rumah Sakit	<i>Jurnal Kesehatan Vokasional</i> , e-ISSN: 2599-3275, 2022	<p>Metode : kuantitatif – kualitatif</p> <p>Sampel : 87 dokumen rekam medis kaus <i>Typhoid</i> di RSU S</p> <p>Pengumpulan data : observasi dan wawancara mendalam</p> <p>Tempat penelitian : Priangan Timur</p> <p>Topik penelitian : [1] akurasi koding diagnosis, [2] telusur biaya klaim sesuai koding diagnosis, [3] pelaksanaan <i>clinical pathway</i> kasus <i>typhoid</i></p> <p>Kekurangan : peneliti hanya berfokus pada kecurangan dalam penggunaan <i>clinical pathway</i></p> <p>Kelebihan : peneliti melakukan analisis langsung dari dokumen rakam medis</p>
9.	<i>Potential for fraud of health service claims to BPJS Health at Tenriawaru Public Hospital, Bone Regency, Indonesia</i>	<i>International Journal of Innovation, Creativity and Change</i> , ISSN: 22011323, 2019	<p>Metode : kualitatif</p> <p>Sampel : 15 informan, terdiri dari:</p> <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 <p>Pengumpulan data : wawancara,</p>

NO.	JUDUL	NAMA JURNAL	KETERANGAN
10.	<i>Potential Fraud in The Primary Healthcare</i>	<i>Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit</i> , ISSN: 20882831, 2018	<p>observasi, dan dokumentasi Tempat penelitian : Bone Topik penelitian : potensi penipuan Kekurangan : hanya mengalisis potensi <i>fraud</i> Kelebihan : lebih akurat karena didapatkan dari wawancara langsung dengan petugas</p> <hr/> <p>Metode : kualitatif Sampel : 5 kepala puskesmas Pengumpulan data : wawancara mendalam dan observasi Tempat penelitian : Puskesmas Kabupaten X Topik penelitian : potensi <i>fraud</i> di puskesmas Kekurangan : pembahasan masih terlalu umum Kelebihan : peneliti membahas mengenai oengelolaan dana yang ada di pelayanan kesehatan primer</p>
11.	Urgensi Pencegahan Tindak Pidana Curang (<i>Fraud</i>) Dalam Klaim Asuransi	<i>Halu Oleo Law Review</i> , P-ISSN: 2548-1762, E-ISSN: 2548-1754, 2020	<p>Metode : kualitatif (hukum doktrinal) Sampel : Sumber informasi menggunakan bahan hukum primer (peraturan dan dokumen relevan) Pengumpulan data : - Tempat penelitian : Indonesia Topik penelitian : [1] pengaturan hukum mnegenai penyelenggaraan asuransi di Indonesia, [2] tinjauan tentang asuransi dan klaim asuransi, [3] modus operandi tindak pidana kecurangan (<i>fraud</i>) dalam klaim asuransi, [4] kebijakan dan strategi pencegahan praktik <i>fraud</i> dalam kliam asuransi Kekurangan : tidak menjelaskan proses klaim ausransi Kelebihan : peneliti membahas dengan lengkap dan mendalam</p>

Lampiran 2 Screenshot Hasil Pencarian Google Scholar

The screenshot shows a Google Scholar search interface. At the top, there is a search bar with the query "fraud OR penipuan perawatan kesehatan AND Klaim OR proses klaim asuransi" and a search button. Below the search bar, it indicates "Sekitar 179 hasil (0,03 dtk)". A message suggests the user might have meant "fraud OR penipuan perawatan kesehatan DAN Klaim OR proses klaim Pengkodean medis".

Three search results are visible:

- Menelusuri Potensi **Fraud** dalam Jkn Melalui Rekam **Medis** di Rumah Sakit**
 I Sugiarti, I Masturoh, F Fadly - Jurnal **Kesehatan** Vokasional - journal.ugm.ac.id
 ... **pengkodean** yang berbeda antara kode diagnosis berdasarkan ICD 10 dan kode untuk kepentingan **klaim** ... Terdapat banyak kasus yang lebih banyak **klaimnya** dari kasus Typhoid, ...
 ★ Simpan Kutip Artikel terkait
- Analisis Faktor Penyebab Kejadian **Fraud** Yang Diakibatkan Oleh Upcoding Biaya Pelayanan **Kesehatan** Kepada Bpjs **Kesehatan** Cabang Ambon**
 AS Abdullah - Jurnal **Kesehatan** Yamasi Makassar, 2019 - jurnal.yamasi.ac.id
 ... menjadi perhatian dokter selama **perawatan** kepada pasien. ... bagi **proses** administrasi berkas dan **klaim** dan **proses kodifikasi** ... sekarang aplikasi e-**claim** harus menginput banyak sekali ...
 ★ Simpan Kutip Dirujuk 1 kali Artikel terkait
- HEALTHCARE **FRAUD****
 V BAB - ... Forensik dalam Referensi Analisis Transaksi **Fraud** ... - books.google.com
 ... yaitu kesalahan **Pengkodean** pada permasalahan ... **klaim** dan file pelanggan, **penipuan** yang dilakukan oleh karyawan terhadap program **perawatan kesehatan** atau penyedia **asuransi** ...
 ☆ Simpan Kutip

At the bottom of the screenshot, a Windows taskbar is visible with various application icons.

PubMed

OR+healthcare+fraud+AND+Claim+OR+Insurance+Claims+Processing

Library of Medicine
Technology Information

Gabung

fraud OR healthcare fraud AND Claim OR Insurance Claims Processing

Mencari

Canggih Buat peringatan Buat RSS Papan klip (4) Panduan pengguna

Menyimpan Surel Kirim ke Diurutkan berdasarkan: Pertandingan terbaik pilihan tampilan

8,807 results Page 1 of 881

UPCODING MEDICARE: IS **HEALTHCARE FRAUD** AND ABUSE INCREASING?
1 Coustasse A, Layton W, Nelson L, Walker V.
Cite Perspect Health Inf Manag. 2021 Oct 1;18(4):1f. eCollection 2021 Fall.
PMID: 34975355 [Free PMC article.](#) Review.
Share Medicare **fraud** has been the cause of up to \$60 billion in overpaid **claims** in 2015 alone. ...It was found that upcoding has had an impact on Medicare payments and **fraud**. Medicare **fraud** has been reported to be the magnitude of upcoding inpatient and outp ...
Item in Clipboard

Fraud and Abuse in the Saudi **Healthcare** System: A Triangulation Analysis.
2 Alonazi WR

Taskbar: Chrome, File Explorer, Edge, Word, OneDrive, Outlook, Teams, Search, 30°C

ScienceDirect

?qs=Healthcare%20Fraud%20AND%20Insurance%20Claims%20Processing%20AND%20medical%20coding&show

Jurnal & Buku

Temukan artikel dengan istilah ini

Healthcare Fraud AND Insurance Claims Processing AND medical codi



☑ Pencarian lanjutan

Download selected articles [↑ Export](#)

Research article ● Open access

1 **A novel fraud detection and prevention method for healthcare claim processing using machin**

Decision Analytics Journal, 5 September 2022, ...

Anokye Acheampong Amponsah, Adebayo Felix Adekoya, Benjamin Asubam Weyori

Download PDF [Abstract](#) [Export](#)

Research article

2 **Feature engineering to detect fraud using healthcare claims data**

Expert Systems with Applications, 8 August 2022, ...

Nishamathi Kumaraswamy, Mia K. Markey, ... Karen Rascati

[Abstract](#) [Export](#)

Research article ● Open access

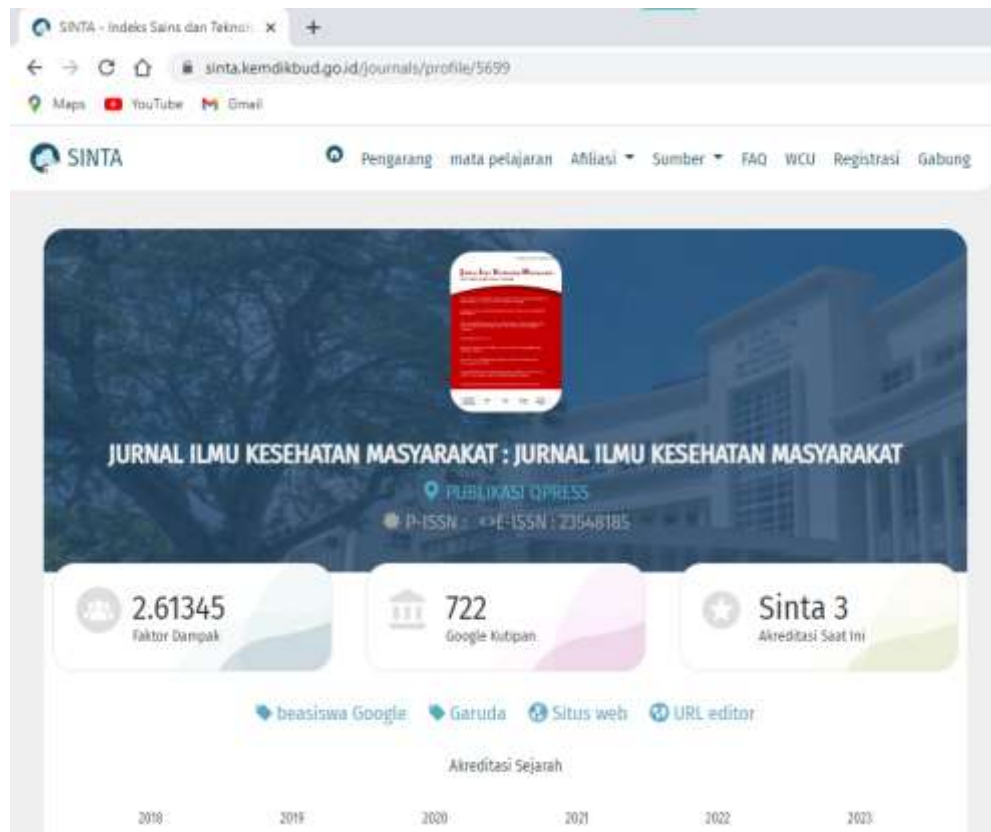
3 **How to detect healthcare fraud? "A systematic review"**

Expert Systems with Applications, 17 October 2022, ...

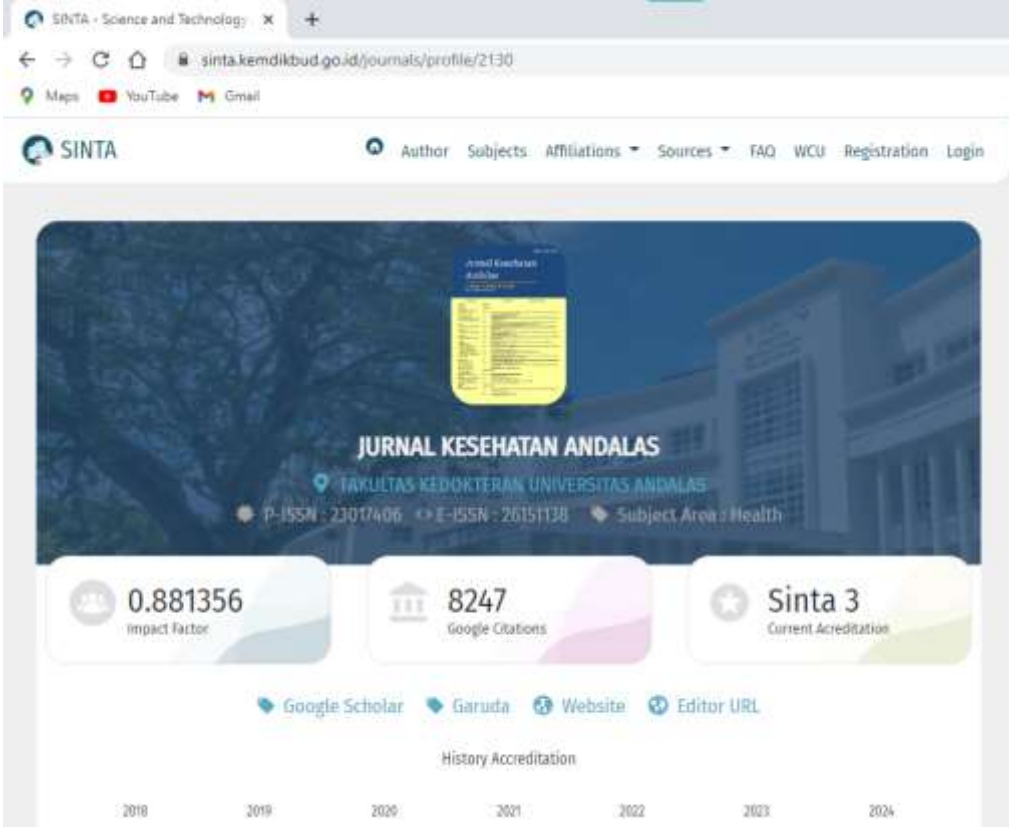


Lampiran 3 *Screenshot* Akreditasi SINTA

Analisis Kebijakan Operasional Tentang *Fraud Clinical Pathway* Pasien JKN Rawat Inap RSUD Buru Maluku



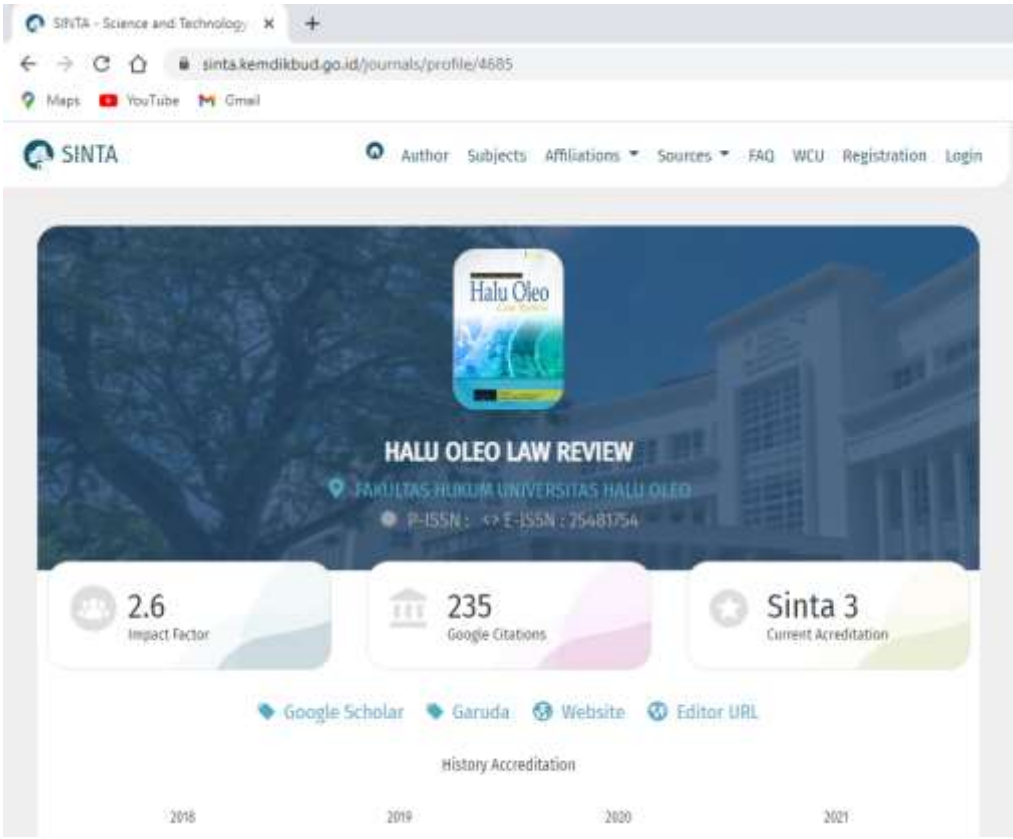
Analisis Pengendalian Potensi *Fraud* di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi



The image shows a screenshot of the SINTA (Science and Technology) journal profile page for 'Jurnal Kesehatan Andalas'. The page is displayed in a web browser with the URL sinta.kemdikbud.go.id/journals/profile/2130. The journal's name is 'JURNAL KESEHATAN ANDALAS', published by 'FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ANDALAS'. It has a P-ISSN of 23017406 and an E-ISSN of 26151138, with a subject area of Health. Key performance indicators are shown: an Impact Factor of 0.881356, 8247 Google Citations, and a current accreditation of Sinta 3. A 'History Accreditation' section at the bottom shows a timeline from 2018 to 2024. Navigation links for Google Scholar, Garuda, Website, and Editor URL are also present.

Year	Accreditation Status
2018	
2019	
2020	
2021	
2022	
2023	
2024	

Urgensi Pencegahan Tindak Pidana Curang (*Fraud*) Dalam Klaim Asuransi)



The image shows a screenshot of a web browser displaying the SINTA (Science and Technology) journal profile for HALU OLEO LAW REVIEW. The browser address bar shows the URL: sinta.kemdikbud.go.id/journals/profile/4685. The SINTA logo is visible in the top left corner, and navigation links for Author, Subjects, Affiliations, Sources, FAQ, WCU, Registration, and Login are in the top right.

The main content area features a banner image of a building with the journal cover for HALU OLEO LAW REVIEW overlaid. Below the banner, the journal's name "HALU OLEO LAW REVIEW" is displayed, along with its affiliation: "FAKULTAS HUKUM UNIVERSITAS HALU OLEO" and ISSN information: "P-ISSN : \leftrightarrow E-ISSN : 25481754".

Three key performance indicators are shown in colored boxes:

- 2.6** Impact Factor
- 235** Google Citations
- Sinta 3** Current Accreditation

Below these metrics, there are links for Google Scholar, Garuda, Website, and Editor URL. A "History Accreditation" section is partially visible at the bottom, showing a timeline from 2018 to 2021.

Lampiran 4 Jurnal 1. Analisis Kebijakan Operasional Tentang *Fraud Clinical Pathway* Pasien JKN Rawat Inap RSUD Buru Maluku



Analisis Kebijakan Operasional Tentang *Fraud Clinical Pathway* Pasien JKN Rawat Inap RSUD Buru Maluku

Chatmah Bin Thahir^{1*}, Sobar Darmadja²

^{1,2}Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju (STIKIM)

Abstrak

RSUD Kabupaten Buru merupakan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Dalam pelaksanaannya sering terjadi kendala dalam pelaksanaan program JKN tersebut. Penelitian ini bertujuan menganalisis kebijakan operasional tentang fraud pada Clinical Pathway pasien jaminan Kesehatan Nasional. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Teknik pengumpulan data dengan cara observasi, wawancara mendalam dan telaah dokumen. Pengambilan data dengan menggunakan teknik Purposive Sampling. Informan penelitian ini adalah Direktur RSUD, dokter, kepala ruang bedah, kepala tim BPJS RSUD, kepala instalasi farmasi, dan bendahara. Hasil yang diperoleh dalam penelitian ini adalah potensi fraud pada clinical pathway pasien JKN yang terjadi disebabkan belum optimalnya pelaksanaan sejumlah kegiatan yaitu, ketidakpatuhan tenaga kesehatan terhadap clinical pathway di Unit Pelayanan Rawat Inap, keterdakterbukaan mengenai hasil laporan klaim, keterbatasan SDM BPJS dalam memverifikasi selisih tarif, dan tidak adanya saling koordinasi antara tim BPJS dan dokter penulsi resep. Alternatif yang sebaiknya digunakan adalah strategi membuat format clinical pathway sesuai pedoman penyusunan panduan praktik klinis dan clinical pathway dalam asuhan terintegrasi sesuai standar akreditasi rumah sakit.

Kata Kunci: Clinical Pathway, Fraud, JKN, BPJS, Rumah sakit.

Abstract

Buru District Hospital is an Advanced Referral Health Facility (FKRTL) in collaboration with BPJS Kesehatan. In the implementation there are often obstacle in the implementation of the JKN program. The purpose of this study was to analyze operational policies on fraud in clinical pathways of National Health Insurance patients. This research was qualitative research with a case study approach. Data collection techniques using observation methods, in-depth interviews, document studies. Sampling using Purposive Sampling technique. Informant this research is director of rsud, doctor, head of surgery room, head of BPJS RSUD team, head of pharmaceutical installation, and treasurer. The results obtained in this study were potency fraud in JKN patient clinical pathway that have occurred due to several activities whose implementation has not been optimal, namely; non compliance of health workers with clinical pathways in inpatient service units; openness regarding the results of the claim report; BPJS HR limitations in verifying tariff differences; and the lack of mutual coordination between the BPJS team and the prescribing doctor. An alternative that should be used is the strategy to create a clinical pathway format in accordance with guidelines for developing clinical practice guidelines and clinical pathways in integrated care according to hospital accreditation standards.

Keywords: Clinical Pathway, Fraud, JKN, BPJS, Hospital.

Korespondensi*: Chatmah Bin Thahir, Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju, Gedung HZ Jl. Harapan No. 50, Lenteng Agung – Jakarta Selatan 12610, E-mail: chatmah1979@gmail.com, No.Telp: +6285231221225

<https://doi.org/10.33221/jikm.v1i101.984>

Received : 22 Februari 2021 / Revised : 15 Juli 2021 / Accepted : 09 Agustus 2021

Copyright © 2022, Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, p-ISSN: 2252-4134, e-ISSN 2354-8185

Lampiran 5 Jurnal 2. Analisis Pengendalian Potensi *Fraud* di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi

<http://jurnal.fk.unand.ac.id>

483

Artikel Penelitian

Analisis Pengendalian Potensi *Fraud* di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi

Ayu Mitriza¹, Ali Akbar²

Abstrak

Sejak berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, potensi *fraud* dalam pelayanan kesehatan semakin meningkat karena adanya tekanan dari sistem pembiayaan yang baru berlaku, adanya kesempatan karena minim pengawasan, serta ada pembenaran saat melakukan tindakan *fraud*. **Tujuan:** Meneksplorasi upaya pengendalian potensi *fraud* di Rumah Sakit Dr. Achmad Moechtar Bukittinggi. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain metode kualitatif. Penelitian ini dilihat dari komponen input dan komponen proses. **Hasil:** Komponen input mencakup kebijakan, tenaga dan sarana. Komponen proses mencakup faktor pendorong dan faktor penghambat potensi *fraud*. Faktor pendorong potensi *fraud* yaitu perbedaan pemahaman antara verifikasi dan dokter penanggung jawab pasien tentang diagnosis. Kesenjangan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA CBGs. Faktor penghambat potensi *fraud* yaitu Penerapan Standar Operasional dan Clinical Pathway. **Simpulan:** Upaya dari Rumah Sakit Dr. Achmad Moechtar dalam pencegahan potensi *fraud* dengan melakukan tindakan sesuai Standar Prosedur Operasional. BPJS Kesehatan dalam pencegahan potensi *fraud* dengan meningkatkan aplikasi penyalangan potensi *fraud*.

Kata kunci: JKN, sistem pembiayaan, pencegahan potensi *fraud*

Abstract

Since the enactment of the National Health Insurance (JKN) in Indonesia, the potential for *fraud* in health services has increased due to pressure from the new system of financing, the opportunity due to minimal supervision and there is justification when doing *fraud*. **Objectives:** To explore efforts to control the potential of *fraud* at Achmad Moechtar Hospital Bukittinggi. **Methods:** This research used qualitative method design. This research was seen from input components and process components. Input components were included policies, personnel and facilities. **Results:** The process components were included the driving factors and potential inhibiting factors of *fraud*, the efforts of Achmad Moechtar Hospital and Social Health Insurance Provider (BPJS Kesehatan) in the prevention of potential *fraud*. The potential driving force of *fraud* was: difference in understanding between the verifier and the physician in charge of the patient regarding the diagnosis, the real hospital tariff gap with the tariff of INA CBGs. *Fraud* potential inhibiting factors were the Application of Operational Standard and Clinical Pathway. **Conclusions:** Efforts from Achmad Moechtar Hospital in preventing potential *fraud* by taking action in accordance with Standard Operating Procedures. Social Health Insurance Provider (BPJS Kesehatan) in the prevention of *fraud* potential by increasing *fraud* potential filtration applications.

Keywords: JKN, financing system, prevention of *fraud* potential

Afiliasi penulis: 1. BPJS Kesehatan Cabang Pekanbaru, 2 Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat
Korespondensi: Ayu Mitriza
 Email: drp.ayumitriza@gmail.com Telp: 06126747420

PENDAHULUAN

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, di tegaskan bahwa setiap warga Negara memiliki hak yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.¹ Kesadaran

Lampiran 6 Jurnal 3. *Detection of Healthcare Fraud in The National Health Insurance Program Based on Cost Control*



Advances in Economics, Business and Management Research, volume 163

International Conference on Tourism, Economics, Accounting, Management, and Social Science (TEAMS 39)

Detection of Healthcare Fraud in The National Health Insurance Program Based on Cost Control

Nugroho Mardi Wibowo
Manajemen Department
Universitas Wijaya Putra
Surabaya, Indonesia
nugrohomardi@uwj.ac.id

Woro Utari
Management Department
Universitas Wijaya Putra
Surabaya, Indonesia
woro.utari@uwj.ac.id

Abdul Muhith
Nursing Department
Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya
Surabaya, Indonesia
abdulmuhith1979@gmail.com

Yuyun Widiastuti
Management Department
Universitas Wijaya Putra
Surabaya, Indonesia
yuyunwidiastuti@uwj.ac.id

Abstract— Fraud in healthcare services has the potential to reduce the quality of health services, harming patients, and state finances. However, the implementation of fraud prevention in healthcare services has not been fully carried out. The purpose of this study is to determine the cost control-based fraud detection algorithm and detect potential healthcare services fraud in hospitals. The study was conducted at 4 hospitals in East Java - Indonesia. Data retrieval is done by the method of documentation and interviews. With interactive analysis generated, 16 cost control-based algorithms that can be used to detect fraud potential in the hospitals. Based on the time series linear regression analysis, the results show that the data groups that can show the fraud potential in the sample hospitals are (i) outpatient cases with special procedures; (ii) inpatient cases with special drugs; (iii) outpatient cases with special drugs; and (iv) inpatient cases with special prostheses. Data groups that have not been proven to have the fraud potential are (i) a comparison of the number of JKN inpatients with the number of bills of INA-CBGs inpatients; (ii) comparison of the number of JKN outpatients with the number of bills of outpatient INA-CBGs; (iii) disease severity level; (iv) inpatient case bills to BPJS Health; (v) Outpatient case bills to BPJS Health; and (vi) inpatient cases with special procedures.

Keywords— *Fraud; Healthcare; Hospital; Cost Control*

I. INTRODUCTION

With the increase in the number of participants enrolled in the health insurance program, it will have an impact on increasing the volume of money that is very large in the healthcare industry and will lead to an increased risk of fraud activities [1]. In the United States, the Federal Bureau of Investigation (FBI) estimates that fraud in healthcare services reaches 3-10% of all bills [2]. In Indonesia, The Corruption Eradication Commission (KPK) notes that based on the BPJS Health report, up to June 2015, with only minimal supervision, 175,774 Advanced Referral Health Facility (FKRTL) have

been detected with a value of Rp. 440 billion suspected fraud [3].

Fraud in healthcare services aims to obtain unauthorized benefits from deliberate fraud. Unlike mistakes and harassment, fraudulent behavior is usually defined as a crime in law. However, there is no global consensus on the definition of fraud and abuse in healthcare services or health insurance arrangements [4].

Fraud in healthcare services can be grouped into 3 (three), namely fraud by healthcare service providers (provider fraud), patients (consumer fraud) and insurance (insurer fraud). While the party that most commits fraud is the health service provider. Based on a literature study on fraud-themed papers in healthcare, it was found that there were 69% of papers that concluded that the healthcare service provider was the party that did a lot of fraud, while 31% of the paper stated that insurance customers committed fraud [5].

To anticipate the spread of fraud in the health sector, the Government of Indonesia through the Ministry of Health issued Minister of Health Regulation No. 36 of 2015 concerning Prevention of Fraud in the Implementation of the Health Insurance Program in the National Social Security System. The development of service-oriented quality control and cost control is done through the use of evidence-based information technology and the establishment of a fraud prevention team of National Health Insurance (JKN) at the Advanced Referral Health Facility (FKRTL). The Fraud Prevention Team is tasked with detecting potential fraud through analysis of claim data. However, according to research [6] currently, the detection of potential fraud is done manually by comparing a suspected fraud with the regulations of the Ministry of Health and the Head of Health BPJS.

Payment for health services in Indonesia in the JKN program uses the INA-CBGs (Indonesia Case Base Groups) system, which is the average cost spent by a diagnosis group.

Lampiran 7 Jurnal 4. *Fourteen years of manifestations and factors of health insurance fraud, 2006-2020: a scoping review.*

Villegas-Ortega et al. *Health and Justice* (2021) 9:26
<https://doi.org/10.1186/s40352-021-00148-3>

Health and Justice

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Fourteen years of manifestations and factors of health insurance fraud, 2006–2020: a scoping review



José Villegas-Ortega^{1,2*}, Luciana Belledo-Boza^{1,2} and David Mauricio^{1*}

Abstract

Background: Healthcare fraud entails great financial and human losses; however, there is no consensus regarding its definition, nor is there an inventory of its manifestations and factors. The objective is to identify the definition, manifestations and factors that influence health insurance fraud (HF).

Methods: A scoping review on health insurance fraud published between 2006 and 2020 was conducted in ACM, EconPapers, PubMed, ScienceDirect, Scopus, Springer and WoS.

Results: Sixty-seven studies were included, from which we identified 6 definitions, 22 manifestations (13 by the medical provider, 7 by the beneficiary and 2 by the insurance company) and 47 factors (6 macroenvironmental, 15 mesoenvironmental, 20 microenvironmental, and 6 combined) associated with health insurance fraud. We recognized the elements of fraud and its dependence on the legal framework and health coverage. From this analysis, we propose the following definition: "health insurance fraud is an act of deception or intentional misrepresentation to obtain illegal benefits concerning the coverage provided by a health insurance company". Among the most relevant manifestations perpetrated by the provider are phantom billing, falsification of documents, and overutilization of services; the subscribers are identity fraud, misrepresentation of coverage and alteration of documents; and those perpetrated by the insurance company are false declarations of benefits and falsification of reimbursements. Of the 47 factors, 25 showed an environmental influence, including three in the macroenvironment: culture, regulations, and geography; five in the mesoenvironment: characteristics of provider, management policy, reputation, professional role and auditing; 12 in the microenvironment: sex, race, condition of insurance, language, treatments, chronic disease, future risk of disease, medications, morals, inequity, consensus; and the decisions of the claims-adjusters; and five combined factors: the relationships between beneficiary-provider, provider-insurance company, beneficiary-insurance company, managers and guilds.

Conclusions: The multifactorial nature of HF and the characteristics of its manifestations depend on its definition; identifying the influence of the factors will support subsequent attempts to combat HF.

Keywords: Healthcare, Fraud, Insurance, Behaviour, Factor, Manifestation

* Correspondence: jovillegas@unmsm.pe; dr.davidmauricio@unmsm.pe
 Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Av. General Bolognesi 251,
 15003 Lima, Peru

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2021 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Lampiran 8 Jurnal 5. *Fraud and Abuse in the Saudi Healthcare System: A Triangulation Analysis.*

Original Research

Fraud and Abuse in the Saudi Healthcare System: A Triangulation Analysis

Wadi B. Alonazi¹

Abstract
 In the insurance industry, the majority of fraud and abuse cases fall into a limited number of patterns, yet false claims normally lead to negative national, local, and organizational effects. Through monitoring the exploitative and abusive behavior commonly found in healthcare services, this paper aims to analyze initiatives implemented by governmental and related healthcare insurance agencies in Saudi Arabia to reduce moral offenses. To accomplish this objective, major governmental health insurance policy documents were analyzed at the macro-level. At the meso-level, semi-structured interviews were conducted with five health insurance professionals on measures undertaken to prevent such incidents. At the micro-level, the critical factors of fraudulent behaviors were analyzed using a retrospective analysis. Data were retrieved from anti-fraud records of ten leading health insurance companies and the focus was mainly on individuals involved in unethical practices between 2014 and 2019. After a full audit was completed, the results concluded that the Saudi healthcare system is composed of twenty-six cooperative health insurance agencies and over 5,202 health services providers. The official documents contain the details of various moral hazard measures. On annual average, more than 196 fraudulent cases were reported with a claim rejection rate of approximately 15%. The majority of fraud cases were reported in dental services with invalid card usage, followed by obstetrics-gynecology services (47 and 113 cases, respectively). Females tended to make up most deceit cases in obstetrics-gynecology with a high level of abuse [95% confidence interval: -83.398 to -24.202; $P < .003$ and -28 > 638 to -7.342; $P < .005$, respectively]. This study ultimately identifies basic measures employed at the macro-level to reduce moral hazards. However, such measures are not intended to be coherently implemented at the micro-level, especially by health insurance companies and healthcare providers.

Keywords
 Measures, health insurance, fraud, abuse, Saudi Arabia

What do we already know about this topic?
 Fraud and abuse are secretly practiced within the health insurance industry. Governments and other agencies are collaborating to reduce such risks.

How does your research contribute to the field?
 Based on existing practices and data analyses on fraud and abuse, this study proposes a triangulation technique to enhance scrutiny and increase the effectiveness of the healthcare system.

What are your research's implications toward theory, practice, or policy?
 Various approaches have concluded to date that public agencies, private insurance companies as well as major health providers are exercising their respective general guidelines to prevent fraud and abuse within the Saudi healthcare context. Applying a more integrated approach on diverse levels should ensure more effective policy in fighting falsifications.

Introduction
 In healthcare management, health status is typically measured by some basic health indicators related mainly to healthcare access, effective of treatment, and quality of life.¹ Health insurance is a worldwide resource for financing healthcare systems, and any violations or misinterpretations of the processes may induce defragmentation in the population's health.^{2,3} While health policies intend to increase overall health and well-being, moral hazards (such as certain

¹Health Administration Department, King Saud University, Riyadh, Saudi Arabia.
 Received 27 January 2020; revised 21 July 2020; revised manuscript accepted 7 August 2020

Corresponding Author:
 Wadi B. Alonazi, Health Administration Department, King Saud University, PO BOX 11587, Riyadh, 11451, Saudi Arabia.
 Email: walonazi@ksu.edu.sa

 Creative Commons Non-Commercial CC BY-NC. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits non-commercial use, reproduction and distribution of the work without further permission provided the original work is attributed as specified on the SAGE and Open Access page (<https://journals.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>).

INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Promotion, and Financing
 Volume 27, 1-8
 © The Author(s) 2020
 Article reuse guidelines:
<https://sagepub.com/journalsPermissions>
 DOI: 10.1177/1048988120954424
jhp.sagepub.com/home/jhp


Lampiran 9 Jurnal 6. *Healthcare Fraud Data Mining Methods: A Look Back and Look Ahead.*

Vol. 19, Issue 1

Healthcare Fraud Data Mining Methods: A Look Back and Look Ahead

By Nishamathi Kumaraswamy, MS; Mia K. Markey, PhD; Tahir Ekin, PhD; Jamie C. Barner, PhD, FAACP, FAPhA; and Karen Rascati, PhD

Abstract

Healthcare fraud is an expensive, white-collar crime in the United States, and it is not a victimless crime. Costs associated with fraud are passed on to the population in the form of increased premiums or serious harm to beneficiaries. There is an intense need for digital healthcare fraud detection systems to evolve in combating this societal threat. Due to the complex, heterogenic data systems and varied health models across the US, implementing digital advancements in healthcare is difficult. The end goal of healthcare fraud detection is to provide leads to the investigators that can then be inspected more closely with the possibility of recoupments, recoveries, or referrals to the appropriate authorities or agencies. In this article, healthcare fraud detection systems and methods found in the literature are described and summarized. A tabulated list of peer-reviewed articles in this research domain listing the main objectives, conclusions, and data characteristics is provided. The potential gaps identified in the implementation of such systems to real-world healthcare data will be discussed. The authors propose several research topics to fill these gaps for future researchers in this domain.

Keywords: Medicaid, fraud detection, class imbalance, machine learning, health insurance claims

Healthcare Fraud Introduction

Background and Significance

Caring for health has become more expensive, making both private and public administrators more cost conscious in recent years. Therefore, health decision-makers are actively looking for ways to reduce costs. One such avenue of saving potentially billions of dollars is to avoid and detect healthcare fraud. The National Health Care Anti-Fraud Association¹ conservatively estimates that about 3 percent of our healthcare spending is lost to fraud (\$300 billion approximately) yearly. Fraud is a complex and difficult problem. It is important to acknowledge that fraud schemes constantly evolve, and fraudsters adapt their methods accordingly. The earliest account² of "fraud" in the healthcare literature is from the 1860s when railway collisions were a frequent occurrence, leading to a controversial condition called "railway spine," which later became a leading cause of personal injury compensation in rail accidents. These accidental events were made profitable by means of insurance settlements in-court or out-of-court by opportunistic claimants, and these events laid the groundwork for fraud definitions and fraud management in the insurance industry.

Healthcare fraud has evolved in the 21st century and has a varied set of profiles ranging from simple fraud schemes to complex networks. The twin objectives of fraud management have always been

Lampiran 10 Jurnal 7. How to detect healthcare fraud? “A systematic review”

L101001-2021-00001-0001

How to detect healthcare fraud? “A systematic review”

Andi Yaumul Bay R. Thaifur^{1,✉}, M. Alimin Maidin², Andi Indahwaty Sidin³, Amran Razak⁴¹ Department of Health Policy Administration, Faculty of Public Health, Universitas Dharma (Radenadjin, Box 60450771, Indonesia)² Doctoral Program, Faculty of Public Health, University of Hasanudin, Makassar 90043, Indonesia³ Department of Hospital Management, Faculty of Public Health, University of Hasanudin, Makassar 90043, Indonesia⁴ Department of Health Policy Administration, University of Hasanudin, Makassar 90043, Indonesia

ARTICLE INFO

Article history:
Received 28 June 2021
Accepted 30 July 2021Keywords:
Fraud detection
Fraud method
Healthcare services

ABSTRACT

Objective: To identify the method used in detecting fraud cases.**Methods:** Articles searching by using basic-appropriate keywords and incorporated into search engines (data-based) journals, Pubmed/Medline, Cochran, Wiley, ScienceDirect, and secondary data based Google scholar. Then data extraction is done based on inclusion criteria. The selected articles have the aim of investigating/detecting cases of fraud that have occurred in the health sector or other related sector that support the study.**Results:** The findings of the nine reviewed articles have suggested that most of the fraud perpetrators are performed by medical personnel (doctors) and providers. Many types of fraud occur such as insurance claims or medical actions that are completely unadministered or following the procedure and duplicating claims. The methods that appropriate to be used in detecting fraud are secondary data tracking, information, and technology specialist provision.**Conclusion:** Secondary data tracking is the most widely used method in fraud detection. Fraud perpetrators are ones who dominated by medical circles with fictitious claim cases. Perpetrators tend not to act themselves but in organizations with network.© 2021 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introduction

Fraud in health care has been classified as an international challenge as well as illegal actions, where perpetrators create a zero-sum game for maintenance costs that contribute to the cumulative effect on the quality of service.^{1,2} Estimated fraud costs up to 10% of total health care expenditure worldwide.³ In the United States from 3.6 trillion dollars incurred for health care costs, billions of dollars are claims for fraud.⁴ Viewing RGA data (2017) the state of Asia Pacific that responds to fraud event data including Australia, Singapore, Malaysia, Thailand, the Philippines, Vietnam, Japan, Hong Kong, Korea, Taiwan, and Indonesia.⁵ The data indicates there are opportunities of various stakeholders in the act of fraud, not limited to state conditions both developed and developed.

Fraud is building a serious threat that disrupts the global economy with the extravagance of unnecessary or counterfeit maintenance costs and adverse health consequences, so it takes solving appropriate problems in their finishing.^{6,7} Fraud in the field of health occurs and continues to increase in South Africa.⁸ The European continent has at least 456 billion losses annually over fraud practices. However, the data is only reported from some countries in Europe, some of which deny the problems related to fraud

with privacy assumptions.⁹ Fraud issues also occur in Korea and continue to increase, reportedly at least 796.2 billion won claimed in 2018 or up 9.3% from the previous year.¹⁰

These conditions and situations have an impact on policymakers, anti-fraud, and practitioner difficulties to find reliable evidence and keep abreast of the literature review that has been published in a variety of different formats and references. Therefore, comprehensive synthesis and evaluation are critical to providing useful information and reliable evidence to decision-makers who can be gained through systematic review reviews as an efficient solution to address these issues.

Literature review

The fraud case impacts the increase in its main cost to everyone involved in the healthcare system and damages the long-term solvency of programs such as insurance services/health care plans in the underprivileged community (Medicare/Medicaid) on millions of people in the American (Baranok, Baranok, Action, & Services, 2018).¹¹ Anti-fraud agencies have tried to detect those frauds and it is strongly suspected that they do not act on their own but have a network like an organization.^{1,2,4,5}

The review of the literature aims to review the results of published studies/reviews and gather the best evidence, then summarizes the evidence and current knowledge regarding the effects of interventions or policy from various sources.^{1,2} The review aims to collect, evaluate, and synthesize evidence from a variety of published literature reviews on fraud detection that occur in the areas of service and health insurance, to provide reliable evidence and enable researchers, policymakers, and practitioners to make

Peer-review under responsibility of the scientific committee of the International Meeting Health Science Students & Health Care Professionals Conference, full-text and the content of it is under responsibility of authors of the article.

✉ Corresponding author.

E-mail address: thaifur@194@radnet.unhas.ac.id, yaumul@unhas.ac.id (A.Y.B. Thaifur).<https://doi.org/10.30102/gesta.2021.07.002>©21-01176 2021 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Lampiran 11 Jurnal 8. Menelusuri Potensi *Fraud* dalam Jaminan Kesehatan Nasional melalui Rekam Medis di Rumah Sakit

Jurnal Kesehatan Vokasional, Vol. 7 No. 1 (Februari 2022)
 ISSN 2541-0644 (print), ISSN 2599-3279 (online)
 DOI <https://doi.org/10.22146/jkesvo.9006>

JKesVo
 JURNAL KESEHATAN VOKASIONAL

Menelusuri Potensi *Fraud* dalam Jaminan Kesehatan Nasional melalui Rekam Medis di Rumah Sakit

Tracing Potential Fraud in National Health Insurance Through Medical Records in Hospitals

Ida Sugiarti^{1,2}, Imas Masturoh², Fery Fadly³

^{1,2,3}Prodi D3 RMIK Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

ABSTRAK

Latar Belakang: Akibat *fraud*, BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) harus membayar klaim lebih besar, sehingga terjadi kerugian negara. Salah satu bentuk *fraud* yang ditemukan di kelompok *provider* adalah *upcoding*. Data coding dan rekaman pelayanan kesehatan dalam rekam medis dapat digunakan sebagai deteksi *fraud*.

Tujuan: Menelusuri potensi *fraud* dalam rekam medis melalui telusur keakuratan kode diagnosis dan *clinical pathway*.

Metode: Pendekatan kuantitatif kualitatif, jenis penelitian *case study*, kasus *thyppoid*. Subjek penelitian ditentukan dengan *purposive sampling*. Sampel penelitian kuantitatif menggunakan lembar observasi dan *in-depth interview*. Analisis data kuantitatif dengan analisis deskriptif dan Analisa data kualitatif dengan analisis konten.

Hasil: Dari 87 dokumen, ketidakepatan kode diagnosis 31,03%, dengan **presentase ketidaksesuaian tarif klaim 26,44%**. Terdapat berbagai penyebab *upcoding* 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 *clinical pathway* paling banyak pada item tes awal dengan presentase 21,84%.

Kesimpulan: *Upcoding* tidak selalu disebut *fraud*, harus ada unsur kesengajaan untuk mendapatkan keuntungan finansial. *Upcoding* dapat merubah klaim menjadi lebih tinggi. Keberadaan *clinical pathway* penting sebagai acuan tindakan pelayanan kesehatan.

Kata Kunci: *upcoding*; *clinical pathway*; *fraud*; BPJS; ICD

ABSTRACT

Background: The Health Social Security Administering Body has to pay more extensive claims due to *fraud*, resulting in state losses. One form of *fraud* found in the *provider* group is *upcoding*. Coding data and health records in medical records can be used as *fraud* detection.

Objective: Tracing potential *fraud* by tracing the accuracy of diagnostic codes and *clinical path* in medical records.

Methods: A qualitative-quantitative approach with a *case study*, a *thyppoid* case. The research subjects were selected by *purposive sampling*. Quantitative research samples are medical records. The instrument used are observation sheet and *interview* guidelines. Data collection used observation and *in-depth interview*. Quantitative data analysis is descriptive analysis and qualitative data is content analysis.

Results: From 87 documents, the diagnosis code was 31.03% inaccurate, with a claim rate mismatch percentage of 26.44%. There are various causes of *upcoding* including the different coding rules between the diagnosis code based on ICD 10 and the code for claims purposes that refer to the regulations of the BPJS as outlined in the Minutes. 91.30% non-conformity represents an increased claim rate. The most *clinical pathway* discrepancies were in the initial test items with a percentage of 21.84%.

Conclusion: *Upcoding* is not always called *fraud*, there must be an element of intent to bring financial gain. *Upcoding* can change the claim to be higher. *Clinical pathways* are essential as a reference for health service actions.

Keywords: *upcoding*; *clinical pathway*; *fraud*; BPJS; ICD

⁴Corresponding author: ida.sugiarti@dosen.poltekkestasikmalaya.ac.id
 Ditujukan 11 September 2021 | Diperbaiki 14 Januari 2022 | Diterima 9 Februari 2022
<https://jurnal.egs.ac.id/jkesvo> | Published online February 28, 2021

Lampiran 12 Jurnal 9. *Potential for fraud of health service claims to BPJS Health at Tenriawaru Public Hospital, Bone Regency, Indonesia*



International Journal of Innovation, Creativity and Change. www.ijicc.net
Volume 8, Issue 5, 2019

Potential for Fraud of Health Service Claims to BPJS Health at Tenriawaru Public Hospital, Bone Regency, Indonesia

Sukri Palutturi^{1*}, Siti Rahmawati Makkurude², Reza Arif Ahr³, Ade Suzana Eka Putri⁴, ¹Professor, School of Public Health Hasanuddin University, Makassar Indonesia, ²Graduate School of Public Health Muslim University of Indonesia, Makassar, Indonesia, ³School of Public Health Muslim University of Indonesia, Makassar, Indonesia, ⁴School of Public Health, Andalas University, Padang, Indonesia, Email: *sukripalutturi7@gmail.com, rahmawati7@gmail.com, reza.ahr@gmail.com, adesuzana@gmail.com

Background: National Health Insurance (NHI) to meet the demand for Universal Health Coverage in Indonesia is still relatively new. The potential for fraud that can harm patients and others is possible.

Objective: The aim of this study was to obtain in-depth information about the potential fraud of health care claims to the Social Security Agency of Health (BPJS) in Tenriawaru Public Hospital of Bone regency, Indonesia.

Methods: This type of research is qualitative with descriptive analysis. The technique for informant choice was purposive sampling. Data collection techniques included an interview, observation, and documentation. Data analysis was descriptive and validity of data used was achieved through a triangulation of data source.

Results: The results showed that there is a potential fraud that occurs at Tenriawaru Regional General Hospital. The fraud is caused by health care providers such as health workers and coders. There is potential fraud of 8 types: up-coding, readmissions, type of room charge, unnecessary treatment, phantom billing, keystroke mistake, service unbundling of fragmentation and cancelled service. This regulation has included elements of fraud and the types of potential fraud that occurs in primary health care and referral health.

Recommendation: The findings of this research recommend rule development to deter potential fraud perpetrators.

Key words: *Fraud, Health Service Claim, BPJS Health, Bone, Indonesia.*

Lampiran 13 Jurnal 10. *Potential Fraud in The Primary Healthcare*

JMMR (Jurnal Medicolegal dan Manajemen Rumah Sakit), 7 (3): 106-204, Desember 2018

Website: <http://jmmr.unp.ac.id/index.php/jmmr>

DOI: 10.14306/jmmr.7373

Potential Fraud in The Primary HealthcareNisar Fatharrohman*, Arlina Dewi¹* Author Correspondent: nisar.fatharrohman@gmail.com¹ Master of Hospital Management, Postgraduate Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Yogyakarta, Indonesia**INDEXING****Keywords:**

Fraud;

Primary Healthcare;

Audit;

Human Resource;

Capitation;

ABSTRACT

This study discusses of potential fraud at the primary healthcare. Fraud is more often associated with secondary healthcare, namely hospitals, so that fraud in primary healthcare rarely supervenes. From of JKN amount 38.5 trillion and estimating the potential fraud of around 9% will dissipate 1.8 trillion per year. This research used qualitative methods with phenomenological design, so the data are collected using in-depth interview and observation techniques. The number of respondents in this research were 3 public healthcare and 2 private healthcare in X regency. The results showed potential fraud in primary healthcare related to human resources (HR), management of health service, leadership policies, management of capitation funds and operational audit.

Kata kunci:

Fraud;

FKTP;

Audit;

Sumber Daya Manusia;

Kapitasi;

Penelitian ini membahas potensi fraud pada fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP). Fraud lebih sering di temukan dengan fasilitas kesehatan tingkat tinggi (FKTG) yaitu rumah sakit, sehingga fraud di FKTP jarang ada yang mengancam. From BPJS kesehatan sebesar 38,5 triliun dan diperkirakan potensi terjadinya fraud sekitar 9% maka akan hilang sekitar 1,8 triliun per tahun. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan desain fenomenologi, pengumpulan data menggunakan wawancara mendalam. Responden penelitian adalah 3 fasilitas kesehatan dan 2 fasilitas klinik swasta di kabupaten X. Hasil penelitian menunjukkan potensi fraud pada FKTP berkaitan dengan sumber daya manusia (SDM), manajemen pelayanan kesehatan, kebijakan kepemimpinan, pengelolaan dana kapitasi dan audit operasional.

© 2018 JMMR. All rights reserved.

Article History: Received 2018-Dec-05; Revised 2018-Dec-12; Accepted 2018-Dec-15.

INTRODUCTION

The implementation of national health insurance in Indonesia began on January 1, 2014. National health insurance was organized by Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). This health insurance aims to facilitate access to health services needed and the ease of access is also supported by the quality and quality of good service. Gradually until 2019 the entire community will be covered by a Universal Health Coverage.

Universal Health Coverage (UHC) is a concept dealing with health service reform covering all communities in terms of accessibility and equity of health services, quality and comprehensive health services that cover preventive, promotive, curative to rehabilitative services and reduce financial limitations to obtain health services for every resident.¹

One strategy for achieving UHC is by the existence of the National Social Security System (NSSN), in which there is a National Health Insurance (JKN) held using a mandatory social health insurance mechanism. National Health Insurance (JKN) is a guarantee that is used to ensure participants get the benefits of health care and protection for the fulfillment of basic health needs, which are given to

everyone who has paid contributions or fees paid by the Government. In an effort to realize the UHC organized by the BPJS, there must be a number of problems, including advocacy and JKN socialization, institutional policies, program transformation, participation, referral system, health facility infrastructure, HR, capacity building, financing, the risk of JKN Fraud, the impact of JKN on utilization, provider satisfaction and participants.²

Health care is an important factor in improving the health and well-being of every person in the world. Everyone has the right to obtain health services and the government is responsible for the availability of all forms of quality, safe, efficient and affordable health efforts by all levels of society.³

One such effort is to increase the availability and equity of basic health care facilities such as health centers in each region increasing public awareness of health, will lead to demands for improved health services. One effort to anticipate this situation is to maintain the quality of service, so that continuous efforts need to be made to find out the weaknesses and shortcomings of health services. The increasing demand of the community for the quality of health services, the function of health services needs to be improved to provide patient satisfaction. Quality of service

Lampiran 14 Jurnal 11. Urgensi Pencegahan Tindak Pidana Curang (*Fraud*) Dalam Klaim Asuransi



Halu Oleo
Law Review

Volume 4 Issue 1, March 2020, pp. 38-53. Copyright © 2020 Halu Oleo Law Review. Faculty of Law, Halu Oleo University, Konawe, Southeast Sulawesi, Indonesia. P-ISSN: 2548-1762 | E-ISSN: 2548-1754. Open Access at: <http://ojs.uhu.ac.id/index.php/halooleo>

Halu Oleo Law Review is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Urgensi Pencegahan Tindak Pidana Curang (*Fraud*) Dalam Klaim Asuransi

Urgency of Fraud Prevention in Insurance Claims

Syukri Karniawan¹, Hari Sutra Disemadi², Ani Purwanti³

¹ Fakultas Hukum Universitas Diponegoro, Indonesia. E-mail: syukri.karniawan2009@gmail.com
² Fakultas Hukum Universitas Diponegoro, Indonesia. E-mail: harisutra1984@gmail.com
³ Fakultas Hukum Universitas Diponegoro, Indonesia. E-mail: ani.purwanti07@gmail.com

ARTICLE INFO	ABSTRACT
<p>Keywords: Prevention; Fraud; Insurance Claim</p>	<p>Insurance is a special agreement and cannot be separated from the legal field, because in an insurance claim submission by the insured can lead to an insurance, namely fraud (<i>fraud</i>), in the insurance arena known as insurance fraud. This article discusses matters relating to the pattern or model operation of fraud in insurance claims and formulates a fraud strategy policy on insurance claims. This research uses doctrinal law research. Legal informative sources use primary legal materials (relevant regulations and documents) for subsequent qualitative literary analysis. The recommendations used are illustrative, conceptual analysis and participatory in helping to solve the problem formulation. Fraud consideration policy in insurance claims needed for a conducive work environment. The parties, both the guarantor and the insured person must have the same commitment and good faith so that the insurance claim process can be carried out properly. Basically, the commitment and good faith are insurance company policies which are the main key to the coverage related to insurance fraud. Fraudulent practices in insurance claims can be found because there is malicious intent or intent to obtain material benefits (in a way against the law, whether done by individuals or together). This act can only be done by people who really understand the operational procedures of insurance both data and information, namely from the beginning of the guarantee process to the complexity of the policy and the form of the opened and unopened policy (false guarantee).</p>
<p>INFO ARTIKEL: Kata Kunci: Pencegahan; Curang; Klaim Asuransi</p>	<p>ABSTRAK</p> <p>Asuransi merupakan suatu perjanjian dimana ada tidak terlepas dari aspek hukum, karena dalam suatu pengajuan klaim asuransi oleh tertanggung bisa menimbulkan terjadinya suatu tindak pidana yaitu penipuan (Fraud), dalam dunia asuransi dikenal dengan istilah Insurance Fraud. Artikel ini membahas tentang pola atau model operasi fraud pada klaim asuransi dan merumuskan kebijakan strategi pencegahan fraud pada klaim asuransi. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif. Sumber informasinya adalah menggunakan bahan hukum primer (peraturan dan doktrin relevan) untuk selanjutnya</p>