

ANALISIS POTENSI FRAUD DALAM PENERAPAN SISTEM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI INDONESIA MENGGUNAKAN METODE LITERATUR REVIEW

Kiraman Baroroh¹ ZakhariasKP,A.Md.,RMIK.,S.IP., MPH²

INTISARI

Latar Belakang : Verifikasi internal rumah sakit dan umpan balik (*feed back*) dari BPJS Kesehatan belum berfungsi dengan baik sebagai pengawasan tindakan kecurangan (*fraud*), menurunnya akurasi koding akibat panjangnya proses input klaim karena tidak adanya implementasi SIMRS.

Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan hasil analisis dari 7 jurnal tentang faktor penyebab dan upaya penanganan yang dilakukan pada saat terjadinya tindak kecurangan/ *fraud* pada suatu rumah sakit.

Metode : Jenis penelitian yang digunakan adalah metode *literature review*

Hasil : Berdasarkan hasil analisis dari semua jurnal yang diteliti dapat diketahui bahwa penyebab terjadinya tindak kecurangan pada suatu Rumah Sakit dilakukan oleh pihak-pihak yaitu pasien, pihak asuransi, dan pihak pemberi layanan. Terjadinya tindak kecurangan (*Fraud*) karena terjadi kesalahan pada saat melakukan koding (*upcoding*) penyalahgunaan fungsi wewenang dan faktor utamanya karena ketidakpuasan terhadap hasil yang sudah dicapai dan ingin mendapatkan keuntungan dari setiap celah yang ada di Rumah Sakit. Adapun upaya pencegahan yang dilakukan memberikan kesadaran, pelaporan, deteksi, investigasi, dan pemberian sanksi/penindakan.

Kesimpulan: Terjadinya fraud karena ketidakpuasan atas hasil kerja yang yang dicapai, beban kerja yang tinggi, dan ingin mendapatkan keuntungan yang lebih.

Kata Kunci: Faktor penyebab terjadinya dan Upaya Pencegahan terjadinya *Fraud*

¹Mahasiswa Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Universitas Jendral Ahmad Yani Yogyakarta

²Dosen Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Universitas Jendral Ahmad Yani Yogyakarta

**FRAUD POTENTIAL ANALYSIS IN THE IMPLEMENTATION OF A
NATIONAL HEALTH ASSURANCE SYSTEM IN INDONESIA USING THE
LITERATURE REVIEW METHOD**

Kiraman Baroroh¹ ZakhariasKP,A.Md.,RMIK.,S.IP., MPH²

ABSTRACT

Background: Hospital internal verification and feedback (feedback) from BPJS Health have not functioned properly as a monitoring of fraud (fraud), decreased errors due to a long claim input process due to the absence of SIMRS implementation.

Purpose: This study aims to describe the results of the analysis of 7 journals about the causal factors and the handling efforts made at the time of fraud in a hospital..

Method: The type of research used is the literature review research method.

Results: Based on the results of the analysis of all the journals studied, it can be seen that the cause of fraud in a hospital is carried out by parties, namely patients, insurance parties, and service providers. The occurrence of fraud (Fraud) due to an error when coding (Upcoding) the abuse of the function of authority and the main factor is due to dissatisfaction with the results that have been achieved and want to benefit from every gap in the hospital. As for the prevention efforts carried out by providing awareness, reporting, detection, investigation, and giving sanctions / prosecution.

Conclusion: Fraud occurred due to dissatisfaction with the work achieved, high workload, and wanting to get more benefits.

Keywords: Factors that cause Fraud to occur, Efforts to Prevent Fraud.

¹Student of Medical Record and Health Information Study Program Jenderal Achmad Yani University Yogyakarta²Lecturer of Medical Record and Health information Study Program Jenderal Achmad Yani Yogyakarta