



PROSIDING SEMINAR NASIONAL & CALL FOR PAPER KONTEMPLASI TEKNOLOGI BARU: *BIG DATA* DAN *ARTIFICIAL INTELLIGENCE* DALAM EKONOMI BISNIS DAN LAYANAN KESEHATAN

FAKULTAS TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MUARA BUNGO

ANALISIS PELAKSANAAN PROGRAM PENCEGAHAN KECURANGAN (*FRAUD*) JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Auliya Safitri¹, Karlinda², Tiara Nurcihikita³, Santy Irene Putri⁴

^{1,2,3}Prodi Administrasi Kesehatan, ⁴Prodi Kebidanan

^{1,2,3}Universitas Muhammadiyah Muara Bungo, Jambi

⁴Universitas Tribhuwana Tungadewi Malang

Karlindalinda8@gmail.com

ABSTRAK

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan salah satu upaya strategis pemerintah Indonesia untuk mewujudkan sistem kesehatan yang inklusif dan merata bagi seluruh masyarakat. Program ini menghadapi berbagai tantangan serius, salah satunya adalah masalah fraud atau kecurangan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan program pencegahan fraud dalam JKN, mengidentifikasi hambatan yang dihadapi, dan mengevaluasi efektivitas strategi yang diterapkan. Negara Indonesia telah membentuk tim anti-fraud, namun belum berfungsi maksimal karena kurangnya pengetahuan mengenai pencegahan penipuan dalam program JKN. Hal ini memberikan tantangan bagi tim layanan kesehatan dan penipuan rumah sakit menunjukkan bahwa tantangan dalam mengendalikan fraud terletak pada kurangnya pengetahuan berbagai pihak yang terlibat tentang masalah penipuan layanan kesehatan.

Kata kunci : : Kecurangan Asuransi, Jaminan kesehatan, Indonesia

ABSTRACT

The National Health Insurance Program (JKN) organized by the Social Security Administration Body (BPJS) is one of the Indonesian government's strategic efforts to create an inclusive and equitable health system for the entire community. The program faces many serious challenges, one of which is the problem of fraud. This research aims to analyze the implementation of the fraud prevention program at JKN, identify the obstacles faced, and evaluate the effectiveness of the strategies implemented. Indonesia has formed an anti-fraud team, but it is not functioning optimally due to lack of knowledge regarding fraud prevention in the JKN program. This presents a challenge to the healthcare team and hospital fraud shows that the challenge in controlling fraud lies in the lack of knowledge of the various parties involved about the issue of healthcare fraud. There are still many who have not implemented the prevention program (FRAUD) optimally, from various regions in Indonesia.

Keywords: *Insurance fraud, health insurance, Indonesia*

Pendahuluan

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan salah satu upaya strategis pemerintah Indonesia untuk mewujudkan sistem kesehatan yang inklusif dan merata bagi seluruh masyarakat. program ini menghadapi berbagai tantangan serius, salah satunya adalah masalah fraud atau kecurangan. [1]

Evaluasi dan Kajian dalam Implementasinya. Masih ada potensi fraud dalam pelaksanaan JKN yang belum dapat dibuktikan dan ditindaklanjuti oleh Tim Pencegahan Fraud (TPF) sesuai amanat dari PMK Nomor 16 Tahun 2019.[1]

Penipuan terkait JKN (jaminan kesehatan nasional) dapat berupa klaim palsu, manipulasi data, dan berbagai bentuk penyalahgunaan dana lainnya yang dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan dan peserta. Penipuan tidak hanya merugikan secara ekonomi tetapi juga menurunkan kualitas layanan dan membahayakan keberlanjutan program JKN itu sendiri. Berdasarkan data BPJS Kesehatan (2020)[2], Potensi kerugian akibat penipuan cukup besar sehingga menunjukkan perlunya upaya pencegahan yang lebih efektif. Kecurangan yang dilakukan pelayanan kesehatan di seluruh Indonesia terkait sistem pelayanan, seperti merubah diagnosis utama maupun membuat diagnosis tambahan sehingga mendapatkan tariff yang besar. Berbagai isu fraud pada pelayanan kesehatan, di antaranya mengklaim pelayanan yang tidak pernah diberikan, mengklaim layanan yang tidak dapat ditanggung asuransi, memalsukan waktu layanan, lokasi layanan, mengklaim tagihan yang seharusnya dibayar pasien dan peresepan obat yang tidak perlu [3]. Program JKN mulai berjalan di Indonesia pada tahun 2014. Dengan peningkatan jumlah peserta JKN dan fasilitas kesehatan, banyak komplain yang muncul dari berbagai pihak, diantaranya dari provider JKN yaitu puskesmas, rumah sakit, dan klinik swasta perihal dugaan terjadinya fraud [3]. Dugaan terjadinya tindakan fraud tidak hanya terjadi di Indonesia yang belum tertata rapi sistem pelayanan kesehatan maupun sistem

pembiayaannya tetapi juga terjadi di seluruh dunia yang berdampak terhadap berbagai aspek. Adapun dampak yang muncul dari fraud yaitu dapat mempengaruhi pada aspek citra nama baik, mutu layanan klinik, dan finansial [4].

BPJS Kesehatan mencatat biaya jaminan kesehatan yang dibayarkan pada tahun 2023 biaya jaminan kesehatan yang dibayarkan sekitar Rp 158,85 triliun. Adapun biaya jaminan kesehatan yang dibayarkan tahun ini diprediksi meningkat. Direktur Utama BPJS Kesehatan menjelaskan, dalam satu dekade penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional (JKN) cakupan peserta per 31 Desember 2023 sebanyak 267,31 juta atau 95,75%. Komitmen BPJS Kesehatan adalah memastikan seluruh penduduk Indonesia memperoleh pelayanan yang berkualitas tanpa diskriminasi. BPJS Kesehatan juga telah bekerja sama dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu memberikan layanan kesehatan sesuai standard yang ditetapkan. Hingga Desember 2023 telah bekerja sama lebih dari 23.000 FKTP (fasilitas kesehatan tingkat pertama) dan 3.120 FKRTL (fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan) atau rumah sakit. Data kasus kecurangan asuransi Indonesia, BPJS Kesehatan telah menemukan klaim palsu mencapai miliaran rupiah. Misalnya, terdapat klaim fiktif dan peningkatan diagnosis untuk menggelembungkan klaim. Pada tahun 2023, biaya pengendalian inefisiensi pembiayaan program JKN diperkirakan mencapai Rp 866,8 miliar pada saat peninjauan dan Rp 397,9 miliar setelah peninjauan. Upaya penanganan termasuk pembentukan tim anti-kecurangan yang terdiri dari hampir 2.000 personel yang tersebar di seluruh Indonesia. Di sisi lain, perusahaan asuransi swasta juga menghadapi berbagai bentuk kecurangan. Misalnya, manipulasi dokumen dan laporan medis fiktif adalah metode umum yang digunakan untuk melakukan klaim asuransi palsu. Kasus seperti pemalsuan dokumen perawatan medis dan klaim biaya perawatan yang tidak sesuai juga sering terjadi. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi yang berarti bagi peningkatan sistem pengawasan dan pencegahan fraud dalam JKN (jaminan kesehatan nasional), serta memastikan keberlanjutan dan integritas program ini demi kesejahteraan masyarakat Indonesia [1],[5].

Melalui penelitian ini, diharapkan dapat diperoleh gambaran yang lebih jelas mengenai implementasi program pencegahan fraud, serta rekomendasi kebijakan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas program tersebut. Untuk mengatasi masalah ini, BPJS Kesehatan telah menerapkan berbagai strategi pencegahan fraud, termasuk penggunaan teknologi informasi untuk memantau klaim, penguatan sistem audit internal, serta kerjasama dengan pihak penegak hukum. Meskipun demikian, masih banyak tantangan yang dihadapi dalam pelaksanaannya, seperti keterbatasan sumber daya manusia, kompleksitas regulasi, dan resistensi dari beberapa pihak terkait. Besarnya jumlah perusahaan yang bergerak di bidang perasuransian, diperlukan pengawasan yang lebih fokus terhadap setiap perusahaan asuransi dalam menjalankan pelayanan kesehatan terutama dalam mencegah terjadinya Fraud. Oleh karena itu, Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan program pencegahan fraud dalam JKN, mengidentifikasi hambatan yang dihadapi, dan mengevaluasi efektivitas strategi yang diterapkan.

Materi dan Metode

Adapun materi dan Metode yang digunakan dalam artikel ini yakni:

1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain studi systematic review. Artikel yang digunakan dalam penelitian ini adalah artikel yang telah dipublikasikan dari tahun 2016-2024 dan diperoleh dari database Google Scholar, dan Science Direct. Kata kunci yang digunakan dalam mencari artikel yaitu “Kecurangan asuransi, jaminan kesehatan and Indonesia”. Penelitian ini telah dilaksanakan pada bulan, Maret-Mei 2024. Artikel yang digunakan dalam penelitian ini merupakan teks artikel dengan desain studi observasional yang dipublikasikan dari tahun 2016 hingga tahun 2024.

2. Populasi dan Sampel

Sampel penelitian adalah Lembaga asuransi JKN (jaminan kesehatan nasional). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh lembaga asuransi Indonesia.

3. Variabel Penelitian

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kecurangan asuransi dan Variabel independen dalam penelitian ini adalah program asuransi jaminan kesehatan nasional (JKN).

4. Definisi Operasional

- Kecurangan Asuransi atau (fraud) suatu tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan, untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan [1].
- Jaminan kesehatan nasional (JKN) Untuk memberikan jaminan agar terpenuhinya kebutuhan dasar hidup layak bahagia dalam layanan kesehatan yang membtuhkannya [2].

Hasil dan Pembahasan

Pencarian artikel terkait Analisis Pelaksanaan Program Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional dengan menggunakan kata kunci:” Kecurangan Asuransi, Jaminan kesehatan and Indonesia, “kecurangan asuransi” and “jaminan kesehatan ” and “indonesia”, “kecurangan asuransi” or “jaminan kesehatan” or “indonesia” memunculkan hingga 2870 artikel pada database Google Scholar, dan Science Direct. Artikel-artikel itu kemudian diseleksi sesuai dengan kriteria inklusi berupa lembaga asuransi, menggunakan desain studi observasional membahas kecurangan asuransi, jurnal yang di ambil memiliki rentang waktu 8 tahun terakhir antara 2016-2024. Memiliki outcome pencegahan kecurangan (FRAUD). Ditemukan 13 artikel yang sesuai dengan kriteria tersebut.

Tabel 1. Artikel Terpilih Untuk Systematic Review

Penulis (Tahun)	Judul	Tujuan	Metode penelitian	Hasil penelitian
Rizka zafira et al (2018) [6]	Analisis pelaksanaan program pencegahan kecurangan jaminan kesehatan nasional dipuskesmas	Menganalisis implementasi PMK RI no.36 tahun 2015 dalam Implementasi program pencegahan penipuan JKN di Puskesmas	Kualitatif	Bahwa pembentukan tim pencegahan penipuan JKN terlambat karena kelemahan legalitas SK DKK tentang tim pencegahan penipuan JKN,

semarang.	SemarangKota		dan komitmen anggota tim.		atau tindakan medis yang sama sekali tidak dikelola.				
Adisastimo et al (2016) [3]	Analisis pengaruh dimensi Fraud Triangle dalam kebijakan pencegahan fraud terhadap program jaminan kesehatan nasional di RSUP nasional cipto mangunkusumo.	Menganalisis tentang pengaruh dimensi fraud triangle dalam kebijakan pencegahan fraud terhadap program Jaminan Kesehatan Nasional.	Kualitatif	Mendapatkan analisis tekanan, kesempatan, dan rasionalisasi terhadap risiko kejadian fraud dan menyajikan sbagaimana kebijakan telah berdampak di RSUP Nasional DR Cipto Mangunkusumo.	Soputan et al (2018) [11]	Analisis resiko kecurangan system pengelolaan dana kapasitas jaminan kesehatan nasional di pemerintah kota bitung menganalisis resiko kecurangan terhadap system pengelolaan dana kapasitas jaringan kesehatan nasional di kota bitung Analisis data(content analysis)	resiko kecurangan sistem pengelolaan dana kapasitas jaminan kesehatan di kota bitung,terjadi karena lemahnyasistem pengolahan dana yang tidak sesuai regulasi.		
Hartati et al (2016) [7]	Pencegahan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan pada system jaminan kesehatan di Rumah sakit umum daerah menggala tulang bawang	Membuat Tim Pencegahan Penipuan, berdasarkan Keputusan Direktur Teknik Menggala dengan SK No. 800/876/III.12/TB/IX/2015 tentang Tim Pencegahan Penipuan.	Kualitatif	Membuat sebuah tim pencegahan penipuan berdasarkan dari keputusan direktur teknik manggalang.	Fatimah nurul et al (2021) [12]	Determinan potensi FRAUD pada program JKN di puskesmas x	Mengetahui faktor pendorong potensi fraud dalam pelaksanaan JKN pada Puskesmas di Kota X.	Kualitatif	faktor pendorong potensi fraud dapat ditinjau dari faktor kesempatan yaitu masih kurangnya audit internal dan eksternal di Puskesmas.
Marasabessy et al (2016) [8]	Pengaruh pengendalian internal terhadap pencegahan kecurangan (FRAUD) dalam pelaksanaan jaminan kesehatan dirumah sakit bhayangkara TK.IV polda Maluku.	Mengetahui pengaruh pengendalian internal terhadap pencegahan kecurangan dalam penyelenggaraan kesehatanPertanggungngungan.	Random Sampling	Pengaruh variabel pengendalian internal sebesar 0.882 dan sisanya 11.8% dipengaruhi oleh variabel lain di luar model penelitian	Indrawan et al (2023) [Peranan dinas kesehatan dalam pemcegahan dan penanganan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan berdasarkan peraturan menteri kesehatan RI di kabupaten buleleng	Memberitahu masyarakat bahwa dinas kesehatan telah membuat program pencegahan kecurangan berdasarkan peraturan menteri kesehatan RI	Kualitatif	Masih banyak masyarakat yang diduga belum mengetahui tata cara pendaftaran, masih belum menyadari pentingnya ikut dalam program JKN.
Solehudin et al (2023) [9]	Urgensi kriminalisasi perbuatan kecuangan (fraud) dalam pelaksanaan program pelksanaan kesehatan di indonesia	Mengetahui urgensi kriminalitas perbyatan kecurangan (fraud) dalam program pelksanaan jaminan kesehatan diindonesia.	Hukum Normatif	Penanganan Kecurangan (fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan bertujuan untuk memberikan acuan bagi Peserta, BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan	Bramasto ro et al (2022)[14]	Pencegahan kecurangan dengan audit internal dan pengendalian internal	Agar tidak kemungkinan terjadinya kecurangan, dan membatasi kerugian yang mungkin timbul bila kecurangan tersebut terjadi.	Deskriptif dan verifikasi	Audit Internal berpengaruh terhadap Pencegahan Kecurangan. Pengendalian Internal berpengaruh terhadap PencegahanKecurangan,
Thaifur et al (2021) [10]	Bagaimana mendeteksi penipuan layanan kesehatan, systematic review	Menyelidiki/mendeteksi kasus-kasus penipuan yang terjadi di bidang kesehatan atau sektor terkait lainnya.	Systematic review	Sebagian besar pelaku penipuan dilakukan oleh tenaga medis dan penyedia layanan. Banyak jenis penipuan yang terjadi seperti asuransi tuntutan	Budiandro et al (2022) [15]	Pengaruh penerapan Gcg.Kesadaran anti fraud dan integritas karyawan terhadap pencegahan kecurangan (fraud)	Menguji pengaruh Good Corporate Governance (GCG), Kesadaran Anti-fraud dan Integritas Karyawan terhadap pencegahan fraud.	Sampling jenuh atau Kuisisioner	Bahwa penerapan Good Corporate Governance (GCG) dan kesadaran anti-fraud berpengaruh signifikan terhadap pencegahan fraud. Serta integritas karyawan tidak berpengaruh terhadap pencegahan fraud.
					Putri prima et al (2019) [4]	Pelayanan kesehatan di era jaminan kesehatan nasional sebagai program	Menyelenggar akan program jaminan kesehatan sosial kesehatan	Kualitatif	Ketidakadilan dan ketidakpastian hukum dan kemungkinan memicu penipuan di berbagai pihak.

badan
penyelenggara
jaminan
kesehatan
sosial
kesehatan

Wulandari et al (2018) [16]	Pengaruh pengendalian internal, kesadaran anti FRAUD, integritas dan profesionalisme terhadap pencegahan kecurangan.	Mendapatkan bukti pengaruh pengendalian internal, kesadaran anti-fraud, integritas, independensi, dan profesionalisme terhadap pencegahan kecurangan dalam pemeriksaan pengelolaan dan tanggung jawab keuangan negara.	Purposive Sampling	Pengendalian internal, integritas, independensi, dan profesionalisme berpengaruh positif terhadap pencegahan kecurangan. Sedangkan kesadaran anti-fraud tidak berpengaruh positif terhadap pencegahan kecurangan.
-----------------------------	--	--	--------------------	---

sehingga tim pencegahan fraud belum menjalankan tugasnya sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 tahun 2019. Kebijakan Pencegahan Fraud belum memiliki ukuran indikator dan sasaran pengelola kebijakan yang jelas dan terukur yang digunakan sebagai tolak ukur keberhasilan. Tim SDM perlu ditambah dan harus ditingkatkan lagi dengan pelatihan yang baik.

Hal ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh adisasmito(2016) [3] Terdapat banyak faktor yang menyebabkan pegawai berpotensi melakukan fraud terhadap JKN di RSUP Nasional DR Cipto Mangunkusumo. Faktor penyebab itu sendiri terdiri dari tingginya kebutuhan yang belum terpenuhi dan rendahnya gaji yang diterima yang dapat mengakibatkan karyawan melakukan tindakan yang berpotensi fraud. Selain itu, pemerintah menetapkan kenaikan gaji setiap setahun sekali. Jika kebijakannya tidak berubah, apabila pemimpin menilai pekerjaan pegawai selama setahun tidak memuaskan (penilaian indeks kinerja individu) maka tidak menaikkan gaji. Meskipun tim anti-fraud telah terbentuk, Namun belum berfungsi maksimal karena kurangnya pengetahuan mengenai pencegahan penipuan dalam program JKN. Hal ini memberikan tantangan bagi tim layanan kesehatan dan penipuan rumah sakit menunjukkan bahwa tantangan dalam mengendalikan fraud terletak pada kurangnya pengetahuan berbagai pihak yang terlibat tentang masalah penipuan layanan kesehatan. Faktanya, para pemimpin organisasi layanan kesehatan seringkali memiliki pengetahuan yang minim tentang strategi anti-penipuan kecurangan.

Perbuatan kecurangan (FRAUD) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan data menunjukkan kecurangan jaminan kesehatan nasional (JKN) Merupakan tindakan yang dilakukan oleh orang tenaga BPJS petugas kesehatan,penyedia obat dan alat kesehatan dengan sengaja untuk memperoleh keuntungan pribadi melalui tindakan kecurangan yang tidak sesuai dengan ketentuan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan program pencegahan fraud dalam JKN, mengidentifikasi hambatan yang dihadapi, dan mengevaluasi efektivitas strategi yang diterapkan. Melalui penelitian ini, diharapkan dapat diperoleh gambaran yang lebih jelas mengenai implementasi program pencegahan fraud, serta rekomendasi kebijakan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas program tersebut. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 menjelaskan penyelesaian kecurangan dalam pelaksanaan JKN oleh Tim Pencegahan Kecurangan (fraud) Dinas Kabupaten/Kota, Tim Pencegahan Kecurangan (fraud) pada dinas kesehatan kabupaten/kota menyelesaikan kasus Kecurangan (fraud) yang ditemukan dari deteksi, atau yang dilaporkan oleh Fasilitas Kesehatan.

Hal ini berdampak pada kurang optimalnya sistem pencegahan dan berujung pada peningkatan insiden penipuan. Dibeberapa daerah di Indonesia belum Nampak adanya edukasi tentang pengendalian FRAUD pada pihak terkait. Edukasi dapat dilakukan dengan cara memberikan pemahaman tentang pentingnya kepatuhan terhadap standar akan kecurangan yang terjadi di kesehatan. Pasal 11 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 [2] menjelaskan bahwa BPJS Kesehatan melaksanakan pendeteksian potensi kecurangan yang dilakukan oleh peserta dengan memastikan peserta mendapatkan pelayanan melalui analisa data pemanfaatan kesehatan,

Adapun dari beberapa wilayah di Indonesia, salah satu penelitiannya bahwa Implementasi kebijakan pencegahan fraud di Rumah Sakit Nasional Diponegoro belum berjalan optimal dikarenakan terhambat pandemi Covid-19,

pelaksanaan analisa data siklus atau pola pemanfaatan pelayanan kesehatan melalui peserta, pelaksanaan analisa data penyalahgunaan kartu identitas kepesertaan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan dan pemanfaatan informasi dari pelapor pelanggaran (whistleblower).

Dinas kesehatan Kabupaten/Kota termasuk dalam institusi yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, organisasi profesi, dan asosiasi fasilitas kesehatan untuk membangun sistem pencegahan kecurangan(FRAUD) JKN. Menurut Laksono Trisnantoro, Guru Besar Universitas Gajah Mada (UGM), DKK serta Kemenkes menjadi pihak ketiga ketika jika ada perselisihan antara BPJS Kesehatan dan faskes saat adanya dugaan fraud sehingga perlu adanya SDM yang berkualitas agar dapat mengidentifikasi teknik-teknik klaim dan fraud, dan mendeteksi tindak kecurangan yang dilakukan oleh pelaku. Selain itu, DKK bertujuan untuk menerima Pengaduan tentang fraud.

Kecurangan dalam asuransi kesehatan di Indonesia dapat memberikan dampak yang signifikan pada berbagai aspek, baik dari sisi ekonomi, pelayanan kesehatan, maupun kepercayaan masyarakat. Berikut beberapa dampaknya yaitu ; Bagi Perusahaan Asuransi Kecurangan, seperti klaim palsu atau pengelembungan biaya perawatan, menyebabkan perusahaan asuransi mengalami kerugian finansial yang besar. Ini bisa mengurangi kemampuan perusahaan untuk memberikan layanan yang optimal. Bagi Nasabah, untuk mengimbangi kerugian akibat kecurangan, perusahaan asuransi mungkin menaikkan premi. Hal ini meningkatkan beban finansial bagi nasabah yang jujur. Penurunan Kualitas Pelayanan Kesehatan, Kecurangan dapat menyebabkan alokasi sumber daya yang tidak efisien, di mana dana yang seharusnya digunakan untuk pelayanan kesehatan yang benar-benar diperlukan dialihkan untuk membayar klaim palsu atau tidak valid. Ini bisa berdampak pada penurunan kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Meningkatnya Beban Administrasi, Perusahaan asuransi harus meningkatkan upaya untuk mendeteksi dan mencegah kecurangan, yang memerlukan sumber daya tambahan dalam bentuk tenaga kerja dan teknologi. Ini bisa

meningkatkan biaya operasional perusahaan asuransi.

Kesimpulan

Masih banyak yang belum melaksanakan program pencegahan (FRAUD) dengan optimal, dari berbagai dilayah di Indonesia.

Ucapan terima kasih

Ucapan terima kasih disampaikan oleh seluruh penyedia database dan juga kepada Ka. Prodi Administrasi Kesehatan atas arahannya.

Daftar Pustaka

- [1] PMK,NO 16 (2019). Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Retrieved from <https://peraturan.bpk.go.id/Details/129762/permen-kes-no-16-tahun-2019>
- [2] BPJS Kesehatan (2020). Dengan Digitalisasi program JKN semakin Mudah. Retrieved from <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/>
- [3] Adisasmito, W. (2016). Analisis pengaruh dimensi fraud triangle dalam kebijakan pencegahan fraud terhadap program jaminan kesehatan nasional di RSUP nasional cipto mangunkusumo. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(2).
- [4] Putri, P. M., & Murdi, P. B. (2019). Pelayanan kesehatan di era jaminan kesehatan nasional sebagai program badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan. *Jurnal Wacana Hukum*, 25(1), 80.
- [5] BPJS Kesehatan. (2023). Data Sampel 2023. <https://data.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs-portal/action/landingPage.cbi>.
- [6] Rizka, Z., Jati, S. P., & Syamsulhuda, B. M. (2018). Analisis pelaksanaan program pencegahan kecurangan (FRAUD) Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(4), 95-104.
- [7] Hartati, T. S. (2016). Pencegahan kecurangan (Fraud) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Kesehatan (SJSN)(Studi di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tulang Bawang). *Fiat Justitia: Jurnal Ilmu Hukum*, 10(4), 715-732.
- [8] Marasabessy, Y. (2016). Pengaruh Pengendalian Internal Terhadap Pencegahan Kecurangan (FRAUD) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Di Rumah Sakit Bhayangkara TK IV Polda



**PROSIDING SEMINAR NASIONAL & CALL FOR PAPPER
KONTEMPLASI TEKNOLOGI BARU: BIG DATA DAN ARTIFICIAL INTELLIGENCE
DALAM EKONOMI BISNIS DAN LAYANAN KESEHATAN**

FAKULTAS TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MUARA BUNGO

- Maluku. *Advantage*, 5(1), 31-35.
- [9] Solehuddin, S. (2023). Urgensi Kriminalisasi Perbuatan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di Indonesia. *INTERDISCIPLINARY JOURNAL ON LAW, SOCIAL SCIENCES AND HUMANITIES*, 4(1), 55-75.
- [10] 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, S441-S449.
- [11] Sopotan, R., Tinangon, J., & Lambey, L. (2018). Analisis Resiko Kecurangan terhadap Sistem Pengelolaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Di FKTP Pemerintah Kota Bitung. *JURNAL RISET AKUNTANSI DAN AUDITING "GOODWILL"*, 9(2).
- [12] Fatimah, R. N., & Misnaniarti, S. R. (2021). Determinan Potensi Fraud Pada Program JKN DI Puskesmas Kota X. *PREPOTIF J Kesehat Masy*, 5(1), 46-54.
- [13] Indrawan, G., Lemes, I. N., & Surata, I. N. (2024). Peranan Dinas Kesehatan Dalam Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (FRAUD) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia NO 16 Tahun 2016 kabupaten Buleleng. *Kertha Widya*, 11(2), 59-84.
- [14] Bramasto, A., Dewi Anggadini, S., Hasanah, U., & Nur Azizah, N. (2022). Pencegahan Kecurangan Dengan Audit Internal Dan Pengendalian Internal. *Jurnal Akuntansi*, 11(1).
- [15] Budiantoro, H., Aprillivia, N. D., & Lapae, K. (2022). Pengaruh Penerapan GCG, Kesadaran Anti Fraud, Dan Integritas Karyawan Terhadap Pencegahan Kecurangan (Fraud). *Jurnal Oriental Bisnis dan Entrepreneurship*, 3(1), 28-39.
- [16] Wulandari, D. N., & Nuryanto, M. (2018). Pengaruh pengendalian internal, kesadaran anti-fraud, integritas, independensi, dan profesionalisme terhadap pencegahan kecurangan. *Jurnal Riset Akuntansi Mercu Buana*, 4(2), 117-125.