

ABSTRAK

Sejak dioperasikannya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dari 1 Januari 2014 sampai sekarang, BPJS Kesehatan mengalami banyak tantangan salah satunya mencegah terjadinya tindakan potensi *fraud*. Hal ini terjadi karena adanya perubahan sistem penarifan *fee for service* menjadi pola *INA CBGs* yang dianggap kurang menguntungkan bagi rumah sakit hingga kurangnya pengendalian internal. Tekanan yang ditimbulkan bagi para pegawai memberikan peluang sekaligus pembenaran dalam melakukan tindakan berpotensi *fraud*. Perilaku *fraud* terbukti merugikan keuangan negara baik secara langsung yang ditanggung oleh BPJS, maupun secara tidak langsung yang ditanggung oleh masyarakat Indonesia. Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi faktor penyebab terjadinya kecurangan (*fraud*) dalam penerapan program jaminan kesehatan nasional di rumah sakit. Penelitian ini merupakan studi *literature review*. Pencarian artikel jurnal dari tahun 2011-2021. Artikel jurnal diakses melalui internet dengan database *Google scholar*, *One Search by Perpurnas*, dan *Research Gate*. Penentuan kata kunci menggunakan boolean operator yaitu *upcoding and fraud and BPJS*. Ditemukan 10 jurnal yang memenuhi kriteria inklusi dan sesuai dengan pertanyaan penelitian. Hasil temuan *literature review*, *fraud* dalam penerapan program jaminan kesehatan nasional di rumah sakit disebabkan oleh tiga faktor utama yaitu faktor tekanan (*pressure*), kesempatan (*opportunity*), dan rasionalisasi (*rationalisation*). Pencegahan kejadian *fraud* dalam penerapan program JKN di rumah sakit dilakukan dengan dibentuknya pengendalian internal atau tim anti-*fraud* hingga diterapkannya Standar Operasional (SOP) dan *Clinical Pathway* secara optimal.

Kata kunci: *upcoding*, *fraud*, *bpjs*

ABSTRACT

Since the operation of the National Health Insurance (NHI) program starting January 1, 2014, BPJS Kesehatan has experienced many challenges, one of which is preventing potential fraudulent actions. This happened because of the change in the fee for service tariff system to the INA CBGs pattern which was considered less profitable for hospitals to the lack of internal control. Pressure placed on employees as both an opportunity and a justification for taking action may constitute fraud. Fraudulent behavior is detrimental to state finances, both directly borne by BPJS, and directly borne by the Indonesian people. The purpose of this study was to identify the factors causing fraud in the implementation of the national health insurance program in hospitals. This research is a literature review study. Search for journal articles from 2011-2021. Journal articles are accessed via the internet using the Google Scholar database, One Search by Perpurnas, and Research Gate. The keywords for determining the use of boolean operators are upcoding and fraud and BPJS. There were 10 journals that met the inclusion criteria and were in accordance with the research question. The findings of the literature review show that fraud in the implementation of the national health insurance program in hospitals is caused by three main factors, namely pressure, opportunity, and rationalization. Prevention prevention in the implementation of the JKN program in hospitals is carried out by establishing an internal control or anti-fraud team until the implementation of Standard Operating Procedures (SOP) and Clinical Pathway are optimal.

Keywords: upcoding, fraud, bpjs