PENERAPAN STRATEGI PENCEGAHAN DAN PENDETEKSIAN *FRAUD* PADA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (STUDI KASUS PADA BPJS KESEHATAN CABANG KOTA YOGYAKARTA)

TESIS

Diajukan oleh

Maitsa Zharfa Hana

23919010

PROGRAM STUDI MAGISTER AKUNTANSI

FAKULTAS BISNIS DAN EKONOMIKA

UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA

YOGYAKARTA

2025

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

“Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam referensi ini. Apabila di kemudian hari terbukti bahwa pernyataan ini tidak benar maka saya sanggup menerima hukuman/sanksi apapun sesuai peraturan yang berlaku.”

Yogyakarta, 03 Juni 2025

Penulis,

(Maitsa Zharfa Hana)

HALAMAN PENGESAHAN

Yogyakarta, 25 Juni 2025

Telah diterima dan disetujui dengan baik oleh :

Dosen Pembimbing

Hendi Yogi Prabowo, S.E., MforAcc., Ph.D.

BERITA ACARA UJIAN TESIS

Pada hari Selasa tanggal 17 Juni 2025 Program Studi Akuntansi Program Magister, Fakultas Bisnis dan Ekonomika Universitas Islam Indonesia telah mengadakan ujian tesis yang disusun oleh :

MAITSA ZHARFA HANA

No. Mhs. : 23919010

Konsentrasi : Audit Forensik

Dengan Judul:

PENERAPAN STRATEGI PENCEGAHAN DAN PENDETEKSIAN FRAUD PADA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (STUDI KASUS PADA BPJS KESEHATAN CABANG KOTA YOGYAKARTA)

Berdasarkan penilaian yang diberikan oleh Tim Penguji,
maka tesis tersebut dinyatakan **LULUS**

Penguji I	Penguji II
Hendi Yogi Prabowo, S.E., MforAcc., Ph.D.	Arief Rahman, S.E., S.I.P., M.Com., Ph.D.

Mengetahui
Ketua Program Studi,

Arief Rahman, S.E., S.I.P., M.Com., Ph.D.

KATA PENGANTAR

Assalamua'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillahi rabbil 'aalamiin. Segala puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat, taufik, serta hidayah-Nya. Shalawat serta salam senantiasa tercurah kepada Nabi Muhammad SAW, suri teladan sepanjang zaman, yang telah membawa umat manusia menuju kehidupan yang penuh cahaya ilmu dan kebenaran. Berkat izin dan pertolongan Allah SWT, penulis akhirnya dapat menyelesaikan tesis ini yang berjudul: "**Penerapan Strategi Pencegahan dan Pendeteksian *Fraud* pada Program Jaminan Kesehatan Nasional (Studi Kasus pada BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta)**".

Tesis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister (Strata-2) pada Program Studi Akuntansi, Fakultas Bisnis dan Ekonomika, Universitas Islam Indonesia.

Selama proses penyusunan tesis ini, penulis menyadari bahwa capaian ini tidak terlepas dari bantuan, dukungan, dan doa dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati, penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Allah Subhanahu Wa Ta'ala yang selalu memberikah kemudahan, kelancaran, keridhoan, kasih dan sayang serta mengampuni hamba-Nya serta memberikan jalan yang terbaik bagi hamba-Nya.
2. Nabi Muhammad SAW selaku pedoman kepada umat manusia untuk memperkenalkan keagungan dan kebesaran Allah Subhanahu Wa Ta'ala
3. Papah Abdi Rifan Husna, ST dan Mamah Ernanda Nur Hawa, SE selaku orang tua penulis yang luar biasa dalam membimbing, mendoakan, serta mendukung setiap perjalanan penulis hingga saat ini
4. Bapak Prof Fathul Wahid, S.T., M.Sc., Ph.D. selaku Rektor Universitas Islam Indonesia
5. Bapak Johan Arifin, S.E., M.Si., Ph.D., CFrA, CertIPSAS selaku Dekan Fakultas Bisnis dan Ekonomika Universitas Islam Indonesia
6. Bapak Dekar Urumsah, S.E., S.Si., M.Com(IS)., Ph.D., CFrA selaku Ketua Jurusan Akuntansi Fakultas Bisnis dan Ekonomika Universitas Islam Indonesia
7. Bapak Arief Rahman, S.E., M.Com., Ph.D. selaku Ketua Program Studi Akuntansi Program Magister Fakultas Bisnis dan Ekonomika Universitas Islam Indonesia
8. Bapak Hendi Yogi Prabowo, S.E., M.For.Accy., Ph.D., CFrA, CAMS selaku Dosen Pembimbing Tesis yang telah dengan sabar membimbing dengan ilmu, saran, dan nasihat yang diberikan kepada penulis, sehingga penulis dapat

menyelesaikan penelitian ini dengan baik dan lancar, serta atas ilmu yang diberikan semoga dapat terus bermanfaat dikemudian hari

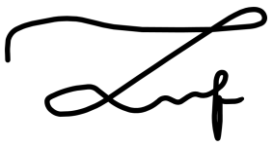
9. BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta selaku objek penelitian, khususnya kepada narasumber yang terlibat dalam penelitian ini, terima kasih telah memberikan bantuan dan kerjasamanya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir tesis ini
10. Seluruh Dosen dan Staff Program Studi Akuntansi Fakultas Bisnis dan Ekonomika Universitas Islam Indonesia yang telah mengajarkan dan memberikan ilmu kepada penulis
11. Muhammad Zhafran Hana Alfarossi selaku adik penulis, beserta Keluarga Gerjen dan Keluarga Banjarmasin yang selalu memberi do'a dan semangat kepada penulis
12. Baiquni, yang selalu mendengar keluh kesah dan menemani penulis dalam setiap perjalanan serta kesulitan yang dihadapi sejak skripsi hingga penulisan tesis ini selesai
13. Dewi Kurnia Putri dan Annisa Fitriani, terima kasih untuk semangat dan dukungan selama menyelesaikan perkuliahan magister ini selesai
14. Seluruh keluarga *Marketing and Communications* FBE UII. *Public Relations Team* 2020/2021, *Production Team* 2021/2022, dan *Organizations Talent and Management Team* 2022/2023. Terima kasih atas semua do'a, semangat, dan dukungan yang diberikan selama ini

15. Nur Rahmaningsih, terima kasih sahabat jauhku yang selalu ada memberikan support terbaiknya
16. Nina, Farra, Maritsa, Osa, temanku sejak SMA, terima kasih untuk support dan waktu luang untuk *healing* menemani penulis
17. Kepada seluruh teman-temanku yang tidak bisa disebutkan satu per satu, selalu mendukung dan memberikan semangat

Penulis menyadari bahwa penelitian ini masih memiliki banyak kekurangan. Namun, penulis berharap bahwa penelitian ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan, khususnya di bidang audit. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca.

Yogyakarta, 03 Juni 2025

Penulis,



(Maitsa Zharfa Hana)

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL i
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI ix
DAFTAR TABEL xii
DAFTAR GAMBAR xiii
ABSTRAK xiv
ABSTRACT xv
BAB I PENDAHULUAN 16
1.1 Pengenalan Bab 16
1.2 Latar Belakang 16
1.3 Rumusan Masalah 22
1.4 Fokus Penelitian 24
1.5 Tujuan Penelitian 26
1.6 Manfaat Penelitian 27
1.7 Sistematika Penulisan 28
BAB II KAJIAN PUSTAKA 30
2.1 Pengenalan Bab 30
2.2 Peta Literatur 30
2.3 Landasan Teori 34
2.3.1 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan 34
2.3.2 *Fraud* Pelayanan Kesehatan 36
2.3.3 Mekanisme BPJS Kesehatan 43
2.3.4 Pencegahan *Fraud* 46
2.3.5 Pendeteksian *Fraud* 51
2.4 Penelitian Terdahulu 56

BAB III METODOLOGI PENELITIAN 63
3.1 Pengenalan Bab 63
3.2 Jenis Penelitian 63
3.3 Objek Penelitian 64
3.4 Instrumen Penelitian 65
3.5 Sistematika Penulisan 66
3.5.1 Penentuan Topik Penelitian 68
3.5.2 Penentuan Rumusan Masalah 68
3.5.3 Kajian Literatur 68
3.5.4 Pengumpulan Data 69
3.5.5 Analisis Data 69
3.5.6 Kesimpulan 70
3.6 Sumber Data 70
3.6.1 Dokumen 71
3.6.2 Wawancara 71
3.7 Teknik Pengumpulan Data 74
3.8 Teknik Analisis Data 76
3.8.1 Coding 77
3.8.2 Matrix Coding Queries 78
3.8.3 Analytical Maps 80
3.8.4 Framework Matrices 81
3.9 Teknik Pengujian Keabsahan Data 83
BAB IV ANALISIS DATA DAN PEMBAHASAN 86
4.1 Pengenalan Bab 86
4.2 Profil BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta 86
4.2.1 Sejarah BPJS Kesehatan 86
4.2.2 Visi dan Misi 88
4.2.3 Tugas dan Fungsi Utama 89
4.2.4 Struktur Organisasi 90

4.3 Analisis Risiko Kecurangan dalam Program JKN di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta 93
4.3.1 Konflik Kepentingan 94
4.3.2 Manipulasi Data Klaim 97
4.3.3 Manipulasi Proses Verifikasi Klaim 99
4.3.4 *Upcoding* 101
4.3.5 Fragmentasi Klaim 103
4.4 Mekanisme Penerapan Strategi Pencegahan dan Pendeteksian *Fraud* oleh BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta 104
4.4.1 Strategi Pencegahan *Fraud* 111
4.4.2 Strategi Pendeteksian *Fraud* 128
4.5 Kekurangan dan Kendala dalam Implementasi Strategi Pencegahan dan Pendeteksian *Fraud* pada BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta 145
4.5.1 Kekurangan 146
4.5.2 Kendala 154
4.6 Upaya Perbaikan dalam Meningkatkan Efektivitas Strategi Pencegahan dan Pendeteksian *Fraud* 160
BAB V KESIMPULAN 169
5.1 Pengenalan Bab 169
5.2 Kesimpulan Penelitian 169
5.3 Keterbatasan Penelitian 172
5.4 Saran Penelitian 173
DAFTAR PUSTAKA 174
LAMPIRAN 179
KERANGKA PERTANYAAN 179
DAFTAR PERTANYAAN 180

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Narasumber Wawancara 74
Tabel 4. 1 Matrix Coding Mekanisme Penerapan Strategi Pencegahan dan Pendeteksian 105

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Peta Literatur Pencegahan *Fraud* BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta 33
Gambar 2. 2 *Fraud Triangle*.....39
Gambar 3. 1 Sistematika Penelitian.....67
Gambar 4. 1 Struktur Organisasi BPJS Kesehatan KC Yogyakarta 91
Gambar 4. 2 Peta Analitis Risiko Kecurangan dalam Program JKN di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta 94
Gambar 4. 3 Peta Analitis Mekanisme Penerapan Strategi Pencegahan dan Pendeteksian *Fraud* oleh BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta.....110
Gambar 4. 4 Peta Analisis Kekurangan dan Kendala Strategi Pencegahan dan Pendeteksian *Fraud* oleh BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta.....146
Gambar 4. 5 Peta Analisis Kendala dan Upaya Perbaikan dalam Meningkatkan Efektivitas Strategi Pencegahan dan Pendeteksian *Fraud* 161

ABSTRAK

Kecurangan dalam sistem jaminan kesehatan nasional menjadi ancaman serius yang dapat merusak kualitas, pemerataan, dan keberlanjutan layanan kesehatan publik. Di Indonesia, Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan menyangkut hajat hidup orang banyak, namun masih menghadapi berbagai praktik kecurangan yang menyebabkan kerugian finansial. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* dalam Program JKN pada BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan empat narasumber utama serta analisis dokumen kebijakan, seperti Peraturan Menteri Kesehatan No. 16 Tahun 2019 dan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan No. 67 Tahun 2021. Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa mekanisme strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* yang diterapkan sudah sesuai dengan regulasi dari Peraturan Kementerian Kesehatan, meskipun dalam penerapannya terdapat kekurangan dan kendala yang masih perlu diperbaiki.

Kata Kunci: *fraud*, BPJS Kesehatan, pencegahan *fraud*, pendeteksian *fraud*, jaminan kesehatan nasional

ABSTRACT

Fraud in the national health insurance system poses a serious threat to the quality, equity, and sustainability of public health services. In Indonesia, the National Health Insurance Program (JKN), managed by BPJS Kesehatan, is a vital service for the general population but remains vulnerable to various fraudulent practices that result in financial losses. This study aims to analyze the fraud prevention and detection strategies implemented in the JKN Program by BPJS Kesehatan Branch Office in Yogyakarta City. A qualitative case study approach was used, with data collected through in-depth interviews with four key informants and document analysis of key regulations, including Ministry of Health Regulation No. 16 of 2019 and BPJS Board Regulation No. 67 of 2021. The results of the study indicate that the mechanisms for fraud prevention and detection strategies implemented are in accordance with the regulations issued by the Ministry of Health, although there are still shortcomings and challenges in their implementation that need to be addressed.

Keywords: *Fraud, BPJS Kesehatan, Fraud Prevention, Fraud Detection, National Health Insurance*

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Pengenalan Bab

Pada bab ini, penulis menyampaikan gambaran umum mengenai alasan pentingnya membahas penerapan strategi pencegahan dan pendeteksian kecurangan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta. Selain itu, penulis menguraikan latar belakang penelitian, perumusan masalah, tujuan penulisan, ruang lingkup pembahasan, manfaat penulisan, serta sistematika penyusunan karya tulis ini.

1.2 Latar Belakang

Kecurangan atau *fraud* merupakan isu serius yang terus menjadi perhatian global karena berdampak pada stabilitas ekonomi, efektivitas pelayanan publik, serta kepercayaan masyarakat terhadap institusi negara. Korupsi, sebagai salah satu bentuk *fraud*, tak hanya menyebabkan kerugian finansial, tetapi juga menghambat pembangunan dan memperburuk ketimpangan sosial. Di Indonesia, korupsi masih menjadi permasalahan akut. Berdasarkan laporan *Transparency International Indonesia*, Indeks Persepsi Korupsi (IPK) Indonesia pada tahun 2022 menurun drastis dari skor 38 menjadi 34, yang mencerminkan semakin lemahnya upaya pemberantasan korupsi. Data dari *Indonesia Corruption Watch* (ICW) pun memperkuat temuan ini, dengan mencatat sebanyak 579 kasus korupsi terjadi sepanjang tahun 2022, yang menimbulkan kerugian negara mencapai Rp42,7 triliun (Anandya & Easter, 2023).

Salah satu sektor yang rentan terhadap praktik *fraud* adalah sektor layanan kesehatan. Menurut ACFE (2024), kerugian median akibat *fraud* di sektor ini mencapai $100.000 per kasus. Meskipun angkanya tidak sebesar di sektor keuangan atau pemerintahan, nilai tersebut tetap tergolong signifikan. Sepanjang 2024, sektor kesehatan menempati posisi keempat dalam jumlah kasus *fraud*, yaitu 117 kasus, di bawah sektor pemerintahan (170 kasus), manufaktur (175 kasus), dan perbankan (305 kasus). Selain itu, laporan dari National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (National Academies of Sciences et al., 2018) mencatat bahwa kerugian akibat *fraud* dan korupsi di sektor kesehatan mencapai sekitar $455 miliar dari total $7,35 triliun yang dihabiskan untuk perawatan kesehatan setiap tahunnya di seluruh dunia. Fakta ini menunjukkan bahwa *fraud* di sektor kesehatan adalah masalah serius yang perlu mendapatkan perhatian khusus, karena menyangkut pelayanan publik yang esensial dan hajat hidup orang banyak.

Di Indonesia, *fraud* di sektor kesehatan menjadi perhatian khusus karena dampaknya yang luas terhadap masyarakat. Salah satu contoh nyata adalah kasus-kasus *fraud* dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK), bersama BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan, telah mengidentifikasi berbagai modus penipuan dalam layanan kesehatan, seperti klaim fiktif (*phantom billing*), manipulasi diagnosis, hingga tindakan koruptif lainnya. Praktik-praktik ini tidak hanya merugikan keuangan negara, tetapi juga mengganggu hak masyarakat atas layanan yang layak dan

merusak kepercayaan publik terhadap institusi medis dan program asuransi kesehatan (Timofeyev & Jakovljevic, 2022).

Dalam artikel yang ditulis oleh Tarmizi (2024), kasus di tiga rumah sakit swasta di Sumatera Utara dan Jawa Tengah menimbulkan kerugian negara sebesar Rp35 miliar. *Fraud* ini diduga terjadi melalui klaim fiktif atau "*phantom billing*" pada layanan fisioterapi, dengan 75% dari total kasus yang teridentifikasi sebagai klaim palsu. Dari 4.341 kasus layanan fisioterapi, hanya 1.071 kasus yang memiliki catatan rekam medis, sedangkan 3.269 kasus diduga fiktif. Selain itu, terjadi manipulasi diagnosis pada operasi katarak, dengan hanya 14 dari 39 pasien yang diagnosisnya sesuai. Total kerugian dari klaim fiktif tersebut mencapai Rp501,27 juta.

Sebelumnya, pada tahun 2023, BPJS Kesehatan menemukan potensi *fraud* dalam program JKN mencapai Rp866 miliar, sedangkan pada tahun 2015, hasil penelitian dari PKMK FK UGM mendeteksi potensi *fraud* senilai Rp440 miliar dari 175.774 klaim rumah sakit (Dwi, 2024). Jumlah ini menunjukkan bahwa *fraud* dalam sektor kesehatan sangat merugikan, terutama di tengah upaya masyarakat dan negara untuk mengatasi tantangan ekonomi.

Menurut Trisnantoro (2015), fenomena *fraud* ini mencakup beragam tindakan yang tidak etis atau ilegal yang dilakukan oleh pemangku kepentingan dalam sistem kesehatan, baik dari pihak peserta JKN, petugas kesehatan, maupun penyedia layanan dan produk kesehatan. Sebagaimana diamanatkan dalam Permenkes No. 36 Tahun 2015, penting untuk membangun sistem

pencegahan kecurangan agar pelaksanaan program jaminan kesehatan dapat berjalan dengan efektif dan efisien (Hartati, 2016).

Menanggapi tingginya angka kecurangan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pemerintah Indonesia telah mengambil langkah strategis melalui kebijakan yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Kebijakan ini menjadi tonggak penting dalam upaya memperkuat pengawasan dan penindakan terhadap segala bentuk kecurangan dalam program JKN (Fadliana et al., 2023). Tujuannya adalah untuk memastikan agar program jaminan kesehatan berjalan dengan efektif, adil, dan transparan. Regulasi ini tidak hanya mengatur mekanisme pencegahan, tetapi juga menetapkan sanksi administratif bagi pelaku *fraud*.

Selain regulasi kebijakan, upaya strategis juga dilakukan dengan kolaborasi lintas sektor dalam mencegah dan menangani kecurangan. Pada tahun 2024, dibentuklah Forum Anti-*Fraud* Jaminan Kesehatan (FAF-JK), sebuah inisiatif kolaboratif yang melibatkan BPJS Kesehatan, KPK, Kemenkes, OJK, BPKP, dan asosiasi profesi untuk memperkuat upaya bersama memerangi *fraud*. Forum ini bertujuan untuk berbagi informasi tentang pola kecurangan, menyusun kebijakan anti*fraud* komprehensif, serta menyelenggarakan pelatihan dan akreditasi profesi anti-*fraud* di sektor kesehatan.

Meskipun kebijakan pencegahan kecurangan telah diterapkan melalui berbagai regulasi, pelaksanaannya di lapangan masih menghadapi tantangan. Berdasarkan Permenkes No. 16 Tahun 2019, potensi kecurangan dalam Program JKN dapat bersumber dari berbagai pihak, termasuk peserta JKN, fasilitas kesehatan, penyedia obat dan alat kesehatan, maupun BPJS Kesehatan. Oleh karena itu, strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* menjadi penting untuk dipahami secara menyeluruh, termasuk bagaimana BPJS Kesehatan di tingkat cabang mengelola risiko dan memperkuat pengawasan. Mekanisme pencegahan yang berlapis, seperti audit klaim dan penyelesaian sengketa klaim, menunjukkan bahwa upaya pencegahan harus dilakukan secara komprehensif dan berkelanjutan (Trisnantoro, 2015). Namun, upaya tersebut masih belum cukup karena rendahnya kesadaran dan pemahaman para pihak tentang pentingnya mencegah *fraud*. Oleh karena itu, diperlukan langkah kolaboratif dan sistematis untuk mencegah serta menindak kecurangan secara menyeluruh. Selain itu, penguatan kapasitas sumber daya manusia di instansi terkait dan pembentukan tim investigasi independen juga penting agar penanganan dugaan *fraud* bisa lebih efektif.

Yogyakarta sebagai salah satu kota pendidikan dan destinasi wisata utama di Indonesia memiliki dinamika layanan kesehatan yang kompleks (Jayanti, 2024). Keterlibatan rumah sakit besar, klinik swasta, serta peserta JKN dari berbagai latar belakang sosial menciptakan potensi rawan terjadinya *fraud*. Dilansir dari Kumparan oleh Tim Tugu Jogja (2018), temuan kasus terjadi pada tahun 2018 di Kabupaten Gunungkidul, Yogyakarta, ketika beberapa Fasilitas

Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) diketahui melakukan klaim ganda atas satu pasien persalinan dan memperpanjang masa rawat inap untuk meningkatkan nominal klaim, yang mencapai hingga Rp180.000 per hari. Temuan ini terungkap dalam audit bersama antara BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan, yang bahkan memaksa beberapa fasilitas untuk mengembalikan kelebihan klaim. Kasus tersebut menjadi contoh nyata bahwa kecurangan tidak hanya berdampak finansial, tetapi juga mencerminkan lemahnya etika dan integritas dalam pelayanan kesehatan publik yang seharusnya melindungi masyarakat.

Sebagai bentuk respon terhadap potensi dan kasus nyata *fraud* tersebut, BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta bersama Dinas Kesehatan telah melakukan berbagai inisiatif pencegahan. Langkah-langkah konkret seperti pelatihan bagi tenaga medis dan pengelola fasilitas kesehatan tentang modus-modus *fraud* dan strategi penanganannya, serta penyelenggaraan workshop pencegahan *fraud*, telah dilakukan untuk meningkatkan kesadaran dan kapasitas seluruh pihak. Tak hanya itu, dibentuk pula tim pencegahan *fraud* yang terdiri atas unsur Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, organisasi profesi, asosiasi fasilitas kesehatan, dan pemangku kepentingan lain. Tim ini bertugas menjalankan sistem pencegahan dan pengawasan *fraud* di tingkat lokal.

Pembentukan tim tersebut menjadi langkah strategis dalam memperkuat sistem pengawasan JKN dan menjaga integritas layanan kesehatan di Kota Yogyakarta. Namun, efektivitasnya sangat bergantung pada komitmen dan kolaborasi aktif dari semua pemangku kepentingan. Oleh karena itu, penting untuk mengevaluasi secara menyeluruh bagaimana sistem ini diterapkan dan

sejauh mana regulasi serta mekanisme pencegahan yang ada mampu menjawab tantangan *fraud* di lapangan.

Dengan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi dan menganalisis berbagai aspek terkait pencegahan *fraud* dalam program JKN di Kota Yogyakarta. Fokus utama diarahkan pada efektivitas regulasi, hambatan implementasi, serta peran dan sinergi seluruh pihak dalam menciptakan sistem jaminan kesehatan yang berintegritas. Kota Yogyakarta dipilih sebagai lokasi penelitian karena jumlah fasilitas kesehatannya yang signifikan dan tingkat partisipasi JKN yang tinggi, sehingga dapat menjadi contoh representatif bagi wilayah lain dengan karakteristik serupa. Hasil dari penelitian ini diharapkan mampu memberikan rekomendasi konkret untuk memperkuat integritas dan keberlanjutan program JKN, baik di tingkat lokal maupun nasional.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan informasi yang telah diuraikan dalam latar belakang tersebut, penulis merumuskan permasalahan yang akan dibahas dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. *Bagaimana gambaran umum potensi risiko kecurangan yang terjadi dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta?*

   Pertanyaan ini bertujuan untuk memberikan pemahaman menyeluruh mengenai potensi kecurangan dalam Program JKN di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta, mencakup jenis-jenis, faktor penyebab, dan

mekanisme terjadinya risiko kecurangan yang dapat mengganggu efektivitas dan efisiensi program. Selain itu, rumusan ini juga menyoroti dampak kecurangan terhadap keberlanjutan Program JKN serta pentingnya merumuskan langkah mitigasi yang tepat guna mencegah atau meminimalkan terjadinya kecurangan tersebut.

2. *Bagaimana BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta menerapkan strategi pencegahan dan pendeteksian fraud dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional?*

   Pertanyaan ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* diimplementasikan oleh BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta dalam menghadapi ancaman kecurangan pada Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Meskipun regulasi terkait telah tertuang dalam Permenkes No. 16 Tahun 2019, implementasinya di lapangan kerap menghadapi tantangan, seperti keterbatasan sumber daya, perbedaan pemahaman antar pemangku kepentingan, serta kendala teknis. Oleh karena itu, penting untuk menelusuri praktik nyata di lapangan, termasuk peran aktor yang terlibat dan metode yang digunakan dalam menjalankan strategi tersebut.

3. *Apa saja kekurangan dan kendala yang dihadapi oleh BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta dalam penerapan strategi pencegahan dan pendeteksian fraud?*

Pertanyaan ini bertujuan untuk mengetahui dan mengidentifikasi kendala yang dihadapi BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta dalam penerapan strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud*, khususnya terhadap praktik *Fraud*. Identifikasi kendala ini penting agar dapat memahami hambatan-hambatan dalam pelaksanaan strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* di lapangan.

4. *Bagaimana upaya perbaikan yang dapat dilakukan oleh BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta dalam meningkatkan efektivitas penerapan strategi pencegahan dan pendeteksian fraud?*

   Pertanyaan ini dimaksudkan untuk memberikan saran dan perbaikan yang perlu dilakukan oleh BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta. Berdasarkan analisis kendala yang telah diidentifikasi, saran ini bertujuan agar BPJS Kesehatan dapat meningkatkan efektivitas upaya pencegahan dan pendeteksian *fraud* di masa mendatang, khususnya dalam menghadapi praktik *Fraud.*

1.4 Fokus Penelitian

Dalam memperoleh hasil yang dapat meberikan solusi untuk menjawab pertanyaan masalah yang telah diajukan dan sejalan dengan tujuan penelitian, penulis telah menetapkan fokus penelitian sebagai berikut:

1. Tempat Penelitian : BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta, Jl. Gedongkuning No.130A, Rejowinangun, Kec.

		Kotagede, Kota Yogyakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta 55171
2.	Aspek Penelitian :	Mekanisme penerapan strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta
3.	Waktu Penelitian :	Desember 2024 – Juni 2025
4.	Objek Penelitian :	Kepala Divisi atau staf yang bertugas dalam pengawasan dan penindakan kasus *fraud*, seperti: (i) Kepala Bagian Penjaminan Manfaat dan Utilisasi: Untuk mengetahui secara detail mengenai mekanisme pengawasan klaim, deteksi dini *fraud*, dan tindakan yang diambil jika terjadi *fraud*., (ii) Bagian Tim AK-JKN: Untuk memperoleh gambaran menyeluruh terkait koordinasi dan pelaksanaan kegiatan pencegahan *fraud* di tingkat cabang., (iii) Staff Verifikator: Untuk mengetahui proses verifikasi klaim secara langsung, indikator yang mencurigakan, dan sistem yang digunakan untuk mendeteksi *fraud*., (iv) Staff Claim Advisor: Untuk mengetahui proses analisis teknis dan klarifikasi atas klaim layanan kesehatan, serta bagaimana indikasi

fraud dikenali dan ditindaklanjuti secara teknis., (v) Bagian Manajemen Risiko: Untuk menggali informasi mengenai identifikasi dan pemetaan risiko *fraud*, serta bagaimana strategi pencegahan dimasukkan dalam kerangka manajemen risiko.

1.5 Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah yang sudah diuraikan di atas, penulis memiliki tujuan sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui bagaimana strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* yang diterapkan pada BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta dalam program Jaminan Kesehatan Nasional, sehingga penulis mampu memperoleh informasi tentang mekanisme yang diimplementasikan oleh BPJS Kesehatan.
2. Untuk mengidentifikasi kendala yang dihadapi oleh BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta dalam penerapan strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud*, guna memahami hambatan yang mempengaruhi efektivitas upaya pencegahan.
3. Untuk memberikan saran dan masukan yang nantinya dapat berfungsi sebagai perbaikan kualitas dan kinerja BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta dalam menjalankan tanggung jawab mereka untuk meningkatkan upaya pencegahan dan pendeteksian *fraud* pada program Jaminan Kesehatan Nasional.

1.6 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberi kebermanfaatan untuk berbagai pihak, termasuk:

1. Bagi Penulis

   Penulisan ini diharapkan dapat memberikan pemahaman dan wawasan mendalam tentang bagaimana strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud*, khususnya dalam bentuk *fraud*, diterapkan pada program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Selain itu, penulisan ini akan memberikan penulis keterampilan dalam menganalisis dan mengevaluasi efektivitas strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* di sektor kesehatan.

2. Bagi BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta

   Penulisan ini diharapkan dapat membantu BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta dalam mengidentifikasi dan memperbaiki kelemahan yang ada dalam prosedur pencegahan dan pendeteksian *fraud*. Dengan demikian, kualitas layanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat dapat meningkat. Penulisan ini juga dapat menjadi referensi dan masukan yang berharga bagi pengembangan strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* yang lebih efektif untuk meminimalkan risiko kecurangan dalam sistem JKN.

3. Bagi Pihak Lain

   Penulisan ini diharapkan dapat memperkaya literatur dan pengetahuan di bidang akuntansi dan audit, khususnya dalam konteks penerapan strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* di sektor kesehatan. Selain itu, hasil

penelitian ini dapat memberikan pemahaman yang lebih baik bagi akademisi, praktisi, dan pembuat kebijakan tentang bagaimana mencegah dan mendeteksi *fraud* dalam program kesehatan nasional, yang pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas tata kelola di sektor publik.

1.7 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan yang digunakan penulis meliputi lima bab sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN

Bab ini berisi gambaran umum mengenai topik penulisan yang akan dibahas. Di dalamnya dijelaskan latar belakang permasalahan, perumusan masalah, tujuan penulisan, ruang lingkup penulisan, manfaat penelitian, serta sistematika penulisan.

BAB II KAJIAN PUSTAKA

Bab ini memuat teori-teori yang relevan serta studi empiris terkait penelitian yang sedang dilakukan. Teori-teori tersebut digunakan sebagai landasan untuk menjawab rumusan masalah serta mendukung penarikan kesimpulan.

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini menjelaskan secara rinci metode yang digunakan dalam penelitian. Pembahasannya meliputi jenis penelitian, fokus penelitian, sistematika penulisan, sumber dan jenis data, objek penelitian, teknik pengumpulan data, metode uji validitas data, serta teknik analisis data.

BAB IV ANALISIS DATA DAN PEMBAHASAN

Bab ini menyajikan hasil analisis data yang telah diperoleh sesuai dengan rencana penelitian. Hasil tersebut kemudian dibahas secara mendalam berdasarkan rumusan masalah yang telah ditetapkan sebelumnya.

BAB V KESIMPULAN

Bab terakhir ini berisi kesimpulan dari penelitian, keterbatasan yang dihadapi selama proses penelitian, serta saran untuk penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Pengenalan Bab

Pada bab ini, penulis menjelaskan landasan teori dan tinjauan pustaka yang mendukung proses penulisan serta menjadi referensi dalam menyusun kerangka pemikiran. Berbagai teori dan konsep dijelaskan secara mendalam untuk mendukung pengembangan kerangka tulisan, sehingga memberikan gambaran dan pemahaman yang lebih lengkap mengenai isu-isu terkait. Selain itu, bagian ini juga meninjau penelitian-penelitian sebelumnya yang relevan. Pembahasan dalam bab ini mencakup topik tentang BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta, klasifikasi kecurangan (*fraud*), pencegahan kecurangan, serta pendeteksian kecurangan.

2.2 Peta Literatur

Sebelum membahas tinjauan pustaka secara mendalam, peneliti akan menyajikan peta literatur sebagai gambaran dari studi yang telah dilakukan. Penyajian ini bertujuan untuk memastikan tinjauan pustaka yang disusun dapat disampaikan secara jelas dan mudah dipahami oleh pembaca. Menurut Creswell (1994), peneliti perlu menyusun peta literatur untuk mengelola berbagai kajian yang relevan dengan topik penelitian. Peta literatur ini berfungsi membantu peneliti memahami hubungan antarstudi, baik dalam konteks perluasan, keterkaitan, maupun replikasi dari penelitian sebelumnya. Peta tersebut dapat disajikan dalam bentuk visual. Pada penelitian kuantitatif, variabel yang diteliti

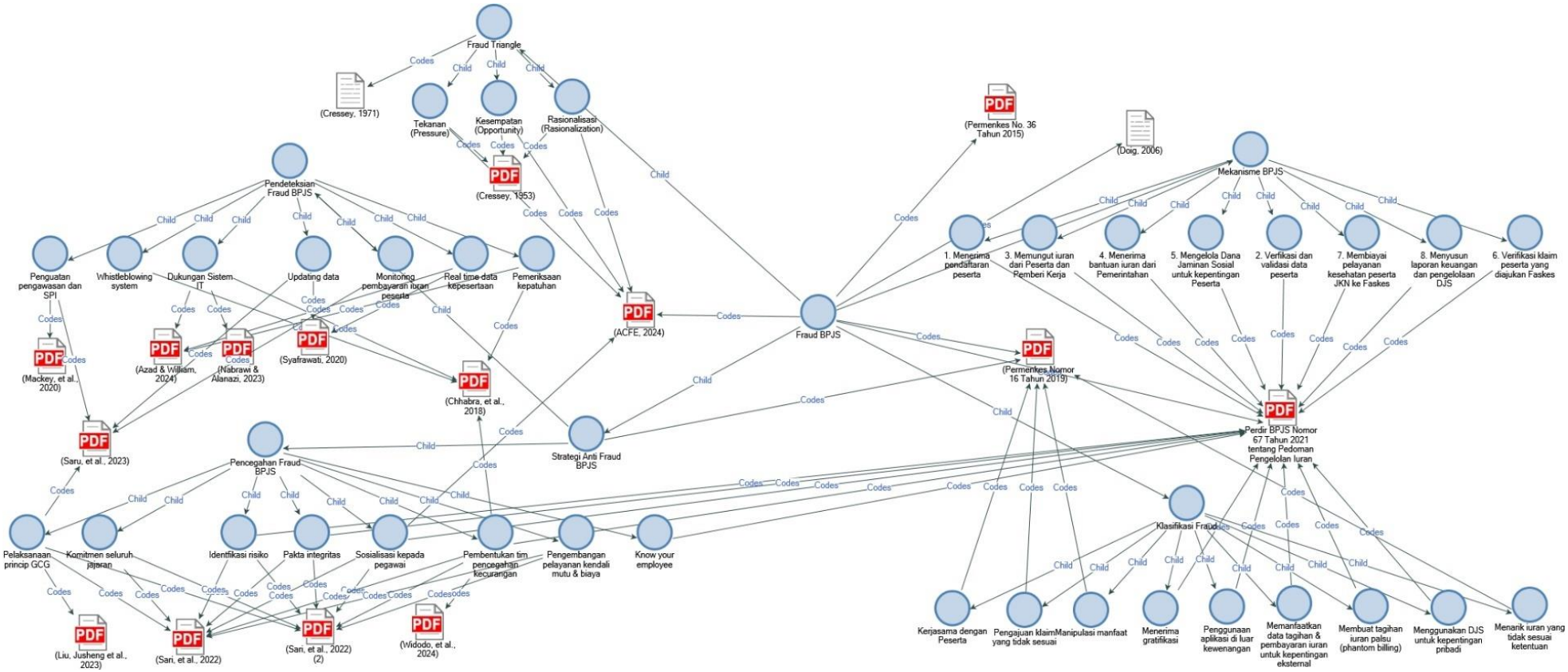
menjadi gagasan utama, sedangkan pada penelitian kualitatif, eksplorasi fenomena menjadi fokus utama. Penyusunan peta ini memberikan gambaran visual yang lengkap dan ringkas mengenai literatur terkait topik penelitian.

Penulis memanfaatkan NVivo 12 untuk mendukung proses pembuatan peta literatur yang lebih sistematis dan terstruktur. Tahapan pembuatan peta literatur tersebut dilakukan berdasarkan panduan yang telah diberikan oleh Creswell. Dengan demikian, hasil yang diperoleh diharapkan dapat menggambarkan hubungan antar-literatur secara akurat serta mempermudah pemahaman terhadap informasi yang terkandung di dalamnya. *Analytical map* merupakan salah satu fitur dalam *software* NVivo yang berfungsi untuk memvisualisasikan peta literatur. Fitur ini memungkinkan peneliti menggambarkan pola, hubungan, serta tema yang muncul dalam data penelitian. *Analytical map* dibuat dengan menghubungkan *nodes*-*nodes* menggunakan garis penghubung. *Nodes*-*nodes* tersebut merepresentasikan konsep, kategori, atau tema dalam data, sedangkan garis-garisnya menunjukkan hubungan antar konsep tersebut (Miles et al., 2018).

Peta literatur disusun dari elemen-elemen seperti *nodes*, anak panah, dan dokumen sumber yang berperan sebagai komponennya. *Nodes* memiliki *sub-nodes* dan sub-*sub-nodes* yang membentuk struktur hierarkis. *Nodes* utama (parent *nodes*) merupakan komponen yang memiliki tingkat signifikansi tertinggi, sementara sub-*nodes* dan sub-sub-*nodes* disebut sebagai child *nodes*. Menurut Jackson & Bazeley (2019), *nodes* merujuk pada frasa yang mencerminkan tema, topik, konsep, ide, pendapat, atau pengalaman. Sub-*nodes*

terendah dari *nodes* utama berfungsi untuk memberikan konteks yang lebih mendalam terkait *nodes* tersebut. Untuk detail lebih lanjut, penjelasan mengenai sub-*nodes* dapat dilengkapi oleh *sub-sub-nodes*. Dokumen sumber adalah data asal dari *nodes* yang dihasilkan selama proses *coding*. Visualisasi peta literatur yang disusun oleh peneliti dengan bantuan perangkat lunak NVivo 12 melalui fitur *Icon Project map* dapat dilihat pada Gambar 2.1.

Gambar 2. 1 Peta Literatur Pencegahan *Fraud* BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta



Sumber: Diolah oleh peneliti menggunakan NVivo 12

2.3 Landasan Teori

2.3.1 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan bagian dari transformasi sistem jaminan kesehatan nasional yang telah berkembang sejak era kemerdekaan Indonesia. Awalnya, layanan jaminan kesehatan di Indonesia dimulai pada tahun 1968 melalui pembentukan Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK), yang fokus memberikan layanan bagi pegawai negeri dan pensiunan beserta keluarganya. Seiring waktu, badan ini mengalami beberapa perubahan, mulai dari menjadi Perum Husada Bhakti (PHB) pada tahun 1984, kemudian berubah menjadi PT Askes (Persero) pada tahun 1992. PT Askes (Persero) juga dipercaya untuk melaksanakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan umum bekerja sama dengan pemerintah daerah.

Transformasi besar terjadi pada 1 Januari 2014, ketika PT Askes (Persero) resmi beralih menjadi BPJS Kesehatan sesuai amanat Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Sejak saat itu, BPJS Kesehatan menjadi penyelenggara utama program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), termasuk di Kota Yogyakarta.

Sebagai lembaga yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden, BPJS Kesehatan memiliki kantor pusat di Jakarta serta dapat mendirikan kantor perwakilan di tingkat provinsi dan kantor cabang di tingkat kabupaten atau kota untuk mendukung pelaksanaan tugasnya. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, BPJS merupakan hasil transformasi dari badan penyelenggara jaminan sosial yang telah ada sebelumnya, dengan kemungkinan pembentukan badan penyelenggara baru sesuai dengan perkembangan jaminan sosial (Putri, 2014).

Salah satu program utama BPJS Kesehatan adalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang diselenggarakan berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Program ini menggunakan prinsip asuransi sosial dan gotong royong, di mana peserta membayar iuran secara rutin, dan dana tersebut digunakan untuk membiayai pelayanan kesehatan peserta lain yang membutuhkan. Keanggotaan JKN ditandai dengan kepemilikan Kartu Indonesia Sehat (KIS), termasuk bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang iurannya ditanggung oleh pemerintah.

Berdasarkan informasi dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, jumlah peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mencapai 249,67 juta orang per 31 Januari 2023.

Sebagian besar peserta JKN, yaitu sekitar 111,14 juta orang atau 44,51% dari total jumlah peserta, merupakan anggota skema jaminan kesehatan yang dibiayai oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (PBI APBN). Sesuai dengan rencana perjalanan Jaminan Kesehatan Nasional, pada tahun 2024, 98% populasi Indonesia diharapkan tercakup dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Tawai et al., 2023).

Melalui badan ini, diharapkan kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta, termasuk anggota keluarganya, dapat terpenuhi secara optimal (Peraturan Direksi BPJS Nomor 67 Tahun 2021 Tentang Pedoman Pengelolan Iuran Jaminan Kesehatan, 2021).

2.3.2 *Fraud* Pelayanan Kesehatan

2.3.2.1 Definisi *Fraud*

Menurut ACFE (2024), *fraud* adalah setiap aktivitas yang bergantung pada penipuan untuk memperoleh keuntungan. Individu yang melakukan *fraud*, disebut pelaku, memperoleh manfaat dari tindakan tersebut, sedangkan korbannya, seperti bisnis, lembaga pemerintah, atau organisasi, mengalami kerugian. Tindakan ini termasuk kejahatan karena melanggar kepercayaan dan menyebabkan kerugian bagi orang lain. *Fraud* dianggap

sebagai kejahatan karena melanggar kepercayaan dan merugikan pihak lain.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan juga menjelaskan bahwa kecurangan (*fraud*) dalam pengelolaan iuran jaminan kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional Kesehatan merujuk pada tindakan yang dilakukan secara sengaja oleh peserta, pegawai BPJS Kesehatan, mitra, atau pihak lain untuk memperoleh keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui praktik curang yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

2.3.2.2 Klasifikasi *Fraud*

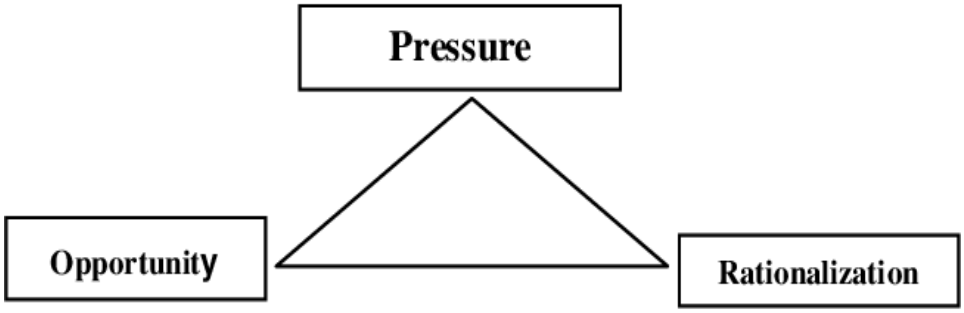
Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun (2019), terdapat berbagai bentuk kecurangan (*fraud*) yang dapat terjadi dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), baik oleh peserta, penyedia layanan kesehatan, maupun pihak lain dalam ekosistem program. Bentuk-bentuk *fraud* tersebut meliputi, antara lain: pengajuan klaim palsu, manipulasi

manfaat yang tidak tercakup dalam program agar terlihat tercakup, serta ketidaksesuaian dalam pembayaran kapitasi atau tagihan layanan kesehatan (Chabra et al., 2018). Tindakan ini tidak hanya merugikan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), tetapi juga mengancam integritas dan keberlanjutan sistem jaminan kesehatan secara keseluruhan. Klasifikasi *fraud* digunakan dalam penelitian sebagai kerangka untuk memahami jenis-jenis risiko *fraud* secara umum.

2.3.2.3 *Fraud* Triangle

Donald Cressey, seorang kriminolog asal Amerika, mengembangkan teori segitiga *fraud* (*fraud triangle theory*) yang menjelaskan faktor-faktor utama yang mendorong seseorang melakukan kecurangan dan tindakan ilegal lainnya. Dalam teorinya, Cressey mengidentifikasi tiga elemen utama yang menjadi pemicu terjadinya *fraud*, yaitu tekanan atau dorongan finansial yang sulit diungkapkan, adanya peluang untuk melakukan kecurangan, serta rasionalisasi yang digunakan pelaku untuk membenarkan perbuatannya (Cressey, 1953).

Gambar 2. 2 *Fraud Triangle*



Sumber: Principles of Fraud Examination, Wells, J. T. (2005)

Banyak peneliti telah menerapkan teori *fraud triangle* untuk menganalisis penyebab terjadinya *fraud* dalam industri perbankan. Tekanan dalam konteks ini dapat diartikan sebagai beban, baik finansial maupun non-finansial, yang tidak dapat diatasi oleh seseorang dan dapat berasal dari berbagai faktor lingkungan, sosial, ekonomi, maupun politik. Perbedaan dalam faktor-faktor yang membentuk segitiga *fraud* ini membantu menjelaskan alasan seseorang melakukan kecurangan, terutama ketika terdapat kelemahan dalam sistem pengendalian internal.

Konsep *fraud triangle* mengidentifikasi tiga elemen utama yang selalu hadir dalam kasus *fraud*. Ketiga faktor ini harus ada agar tindakan *fraud* dapat terjadi. Jika salah satu faktor tidak terpenuhi, maka kemungkinan terjadinya *fraud* dapat berkurang atau bahkan

dicegah dengan menerapkan pengendalian internal yang efektif dalam suatu organisasi. Adapun tiga faktor utama yang mendorong terjadinya *fraud* adalah:

1. *Opportunity*

   Menurut Putri (2012), *fraud* dapat dilakukan oleh siapa saja, tetapi manajemen memiliki peluang lebih besar dibandingkan karyawan karena memiliki akses yang lebih luas terhadap aset dan informasi. Kesempatan untuk melakukan *fraud* muncul ketika terdapat kelemahan dalam sistem pengendalian internal, baik akibat buruknya mekanisme pengendalian, tidak diterapkannya prosedur pengendalian, atau kombinasi keduanya. Pelaku *fraud* biasanya memulai dengan tindakan kecil sebelum meningkat ke skala yang lebih besar. Mereka sering menguji sistem pengendalian internal melalui transaksi kecil untuk mengidentifikasi celah yang dapat dimanfaatkan. Kegagalan sistem pengendalian internal memberikan peluang bagi pelaku untuk melakukan kecurangan. Selain itu, mereka cenderung inovatif dalam menemukan cara untuk melewati sistem pengendalian dan menyembunyikan tindakan mereka.

Dalam konsep *fraud triangle*, menghilangkan unsur kesempatan dianggap sebagai langkah paling efektif dalam pencegahan *fraud* (Hendriani, 2013). Namun, organisasi juga perlu memperhatikan faktor lain dengan mengembangkan dan menerapkan sistem pengendalian internal yang konsisten dan berkelanjutan.

2. *Pressure*

Tekanan merupakan salah satu faktor utama yang mendorong seseorang untuk melakukan *fraud*. Tekanan ini dapat bersifat finansial maupun non-finansial, dan dapat berasal dari faktor pribadi, lingkungan kerja, maupun eksternal. Tekanan finansial dapat timbul akibat berbagai kondisi, seperti beban utang, kebiasaan berjudi, kecanduan narkoba, rendahnya gaji, tuntutan pemegang saham, kerugian perusahaan, insentif berbasis kinerja, persaingan bisnis, ekspektasi pasar, serta hubungan pertemanan. Sementara itu, menurut Hidajat (2020) tekanan non-finansial dapat dipicu oleh faktor seperti keserakahan, kebosanan, ketakutan kehilangan pekerjaan, perasaan tidak dihargai, ketidakpuasan terhadap pekerjaan, keinginan

mempertahankan kekuasaan, penciptaan ilusi kesuksesan, serta tekanan sosial dan politik.

3. *Rationalization*

Rasionalisasi merupakan proses di mana seseorang mencari pembenaran atas tindakan yang sebenarnya tidak benar. Menurut Arens et al. (2015), pelaku *fraud* cenderung menciptakan alasan untuk meyakinkan diri bahwa tindakan mereka bukanlah kejahatan. Proses ini membuat mereka merasa tidak bersalah dan lebih mungkin mengulangi perbuatannya di masa depan. Oleh karena itu, diperlukan lingkungan pengendalian yang kuat untuk mencegah munculnya rasionalisasi. Upaya ini dapat dilakukan dengan memberikan pemahaman yang jelas dan konsisten mengenai perilaku etis, baik melalui kebijakan tertulis maupun melalui contoh yang diberikan oleh manajemen. Selain itu, pencegahan rasionalisasi juga berkaitan dengan kebijakan sumber daya manusia serta prosedur yang bertujuan untuk menilai tingkat kepuasan karyawan.

Salah satu strategi utama dalam mencegah *fraud* adalah dengan menghilangkan salah satu dari tiga elemen dalam *fraud triangle*. Jika suatu organisasi berhasil menghapus

atau melemahkan salah satu elemen ini, maka risiko terjadinya *fraud* dapat berkurang secara signifikan. Dalam konteks pencegahan *fraud*, menghilangkan elemen "kesempatan" dari *fraud triangle* sering kali menjadi langkah yang paling efektif dan dapat langsung diterapkan (Cendrowski et al., 2007).

2.3.3 Mekanisme BPJS Kesehatan

Dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), mekanisme BPJS Kesehatan merupakan suatu sistem terintegrasi yang dirancang untuk memastikan penyelenggaraan program jaminan kesehatan secara menyeluruh dan berkeadilan.

Secara teoritis, BPJS Kesehatan dibentuk sebagai lembaga penyelenggara jaminan kesehatan dengan status badan hukum publik berdasarkan Undang-Undang, yang memberikan landasan hukum dan legitimasi operasionalnya. Berdasarkan Peraturan Direksi BPJS Nomor 67 (2021) Mekanisme BPJS Kesehatan mencakup beberapa tahapan penting, yaitu:

1. Menerima pendaftaran peserta

   BPJS Kesehatan bertanggung jawab dalam proses pendaftaran peserta JKN, baik yang berasal dari segmen Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), Penerima

Bantuan Iuran (PBI), maupun segmen lainnya. Pendaftaran ini dilakukan melalui berbagai kanal, termasuk kantor cabang BPJS Kesehatan, website resmi, aplikasi mobile, dan mitra yang bekerja sama dengan BPJS.

2. Verifikasi dan validasi data peserta

   Setelah proses pendaftaran, BPJS Kesehatan melakukan verifikasi dan validasi data peserta untuk memastikan kelengkapan serta keabsahan informasi yang diberikan. Data peserta harus sesuai dengan identitas kependudukan yang tercatat dalam sistem administrasi kependudukan guna mencegah duplikasi atau ketidaksesuaian data.

3. Memungut iuran dari peserta dan pemberi

   BPJS Kesehatan memungut iuran dari peserta JKN yang diwajibkan membayar iuran bulanan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Untuk peserta PPU, iuran sebagian ditanggung oleh pemberi kerja dan sebagian lainnya oleh pekerja. Sementara itu, peserta mandiri (PBPU) membayar iuran secara penuh sesuai dengan kelas layanan yang dipilih.

4. Menerima bantuan iuran dari Pemerintahan

   Selain iuran dari peserta mandiri dan pemberi kerja, pemerintah juga berkontribusi dalam bentuk bantuan iuran bagi peserta PBI

yang berasal dari keluarga tidak mampu. Dana bantuan ini bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) serta Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), sehingga memastikan bahwa kelompok masyarakat miskin tetap mendapatkan akses layanan kesehatan.

5. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta

   BPJS Kesehatan bertugas mengelola Dana Jaminan Sosial (DJS) yang digunakan untuk membiayai pelayanan kesehatan peserta JKN. Pengelolaan dana ini dilakukan secara transparan dan diawasi oleh berbagai pihak guna memastikan keberlanjutan program JKN serta keadilan dalam distribusi manfaat kesehatan.

6. Verifikasi klaim peserta yang diajukan Faskes

   Fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan mengajukan klaim pembayaran atas layanan yang telah diberikan kepada peserta JKN. Perbedaan antara kode diagnosis dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional dengan diagnosis pasien juga sering terjadi, yang mengindikasikan perlunya sistem pengawasan yang lebih ketat (Saru et al., 2023). Oleh karena itu, BPJS Kesehatan melakukan verifikasi terhadap klaim tersebut untuk memastikan bahwa layanan yang

diberikan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan tidak terjadi penyalahgunaan sistem klaim.

7. Melakukan Pembayaran Klaim kepada Fasilitas Kesehatan

   Setelah klaim diverifikasi, BPJS Kesehatan melakukan pembayaran atas klaim pelayanan kesehatan peserta JKN kepada fasilitas kesehatan yang bersangkutan, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan prosedur yang berlaku.

8. Menyusun laporan keuangan dan pengelolaan DJS

   Sebagai bentuk akuntabilitas, BPJS Kesehatan juga memiliki kewajiban untuk menyusun laporan keuangan serta laporan pengelolaan Dana Jaminan Sosial (DJS) secara berkala. Laporan ini diaudit oleh auditor independen dan disampaikan kepada pemerintah serta masyarakat guna memastikan tata kelola dana yang baik dalam penyelenggaraan program JKN.

2.3.4 Pencegahan *Fraud*

Pencegahan *fraud* dalam BPJS Kesehatan merupakan langkah krusial yang harus dilakukan secara sistematis dan melibatkan seluruh elemen organisasi. Pencegahan ini dapat diterapkan melalui berbagai strategi yang bertujuan untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan mengurangi risiko terjadinya kecurangan. Berikut adalah beberapa langkah konkret

dalam pencegahan *fraud* yang telah diatur dalam Peraturan Direksi BPJS No. 67 Tahun 2021 serta didukung oleh berbagai penelitian terkait.

1. Identifikasi risiko

   Identifikasi risiko merupakan langkah awal dalam mencegah *fraud* dengan mengenali potensi ancaman dalam pengelolaan iuran. Menurut Peraturan Direksi BPJS Nomor 67 Tahun 2021, identifikasi risiko mencakup beberapa aspek, yaitu:

   a. Menganalisis dan menilai setiap aktivitas pengelolaan iuran yang berpotensi merugikan BPJS Kesehatan.
   b. Mendokumentasikan serta menginformasikan hasil identifikasi risiko kepada pihak yang berkepentingan.
   c. Memperbarui informasi secara berkala, terutama pada aktivitas yang berisiko tinggi terjadinya *fraud*.

2. Know your employee

   Mengetahui latar belakang dan rekam jejak karyawan merupakan langkah preventif yang efektif dalam mencegah *fraud*. Peraturan Direksi BPJS Nomor 67 Tahun 2021 mengatur bahwa langkah ini setidaknya mencakup:

a. Sistem dan prosedur rekrutmen yang efektif, termasuk pre-employment screening untuk mengetahui rekam jejak calon karyawan.
b. Sistem seleksi yang objektif dan transparan dengan mempertimbangkan risiko, termasuk promosi dan mutasi pegawai.
c. Pemantauan karakter, perilaku, dan gaya hidup karyawan sebagai bagian dari kebijakan pengawasan internal.

3. Komitmen seluruh jajaran

   Pencegahan *fraud* tidak hanya menjadi tanggung jawab individu tertentu, tetapi harus menjadi budaya organisasi yang melibatkan seluruh jajaran. Setiap tingkatan dalam organisasi, mulai dari manajemen puncak hingga staf operasional, harus memiliki komitmen yang sama dalam menjaga transparansi dan akuntabilitas. Penelitian oleh Sari et al. (2022) menegaskan bahwa kegagalan tim dalam berkolaborasi dapat menyebabkan kebijakan pencegahan *fraud* tidak berjalan efektif.

4. Pakta integritas

   Pakta integritas adalah perjanjian yang mengikat pegawai dan mitra kerja untuk berkomitmen terhadap prinsip kejujuran serta

menolak segala bentuk kecurangan. Peraturan Direksi BPJS Nomor 67 Tahun 2021 menyebutkan bahwa penyusunan dan sosialisasi *anti-fraud statement*, seperti kebijakan zero tolerance terhadap *fraud*, harus diterapkan secara konsisten dalam organisasi.

5. Pelaksanaan prinsip Good Corporate Governance

   Good Corporate Governance (GCG) menjadi dasar bagi pencegahan *fraud* dengan memastikan bahwa setiap keputusan dalam organisasi dibuat secara transparan dan bertanggung jawab. Implementasi GCG juga membantu memperketat sistem pengawasan agar meminimalkan peluang penyimpangan. Saru et al. (2023) menyatakan bahwa formulasi kebijakan pencegahan *fraud* harus berlandaskan prinsip-prinsip GCG dan Good Clinical Governance. Selain itu, Liu et al. (2023) menegaskan bahwa kerja sama aktif dengan pemerintah sangat penting dalam implementasi kebijakan pencegahan *fraud*.

6. Pembentukan tim pencegahan kecurangan

   Organisasi harus memiliki tim khusus yang bertanggung jawab dalam pencegahan dan penanganan *fraud*. Chhabra et al. (2018) menyebutkan bahwa setiap lembaga yang mengelola program kesehatan harus memiliki unit anti-*fraud* dengan staf khusus.

Widodo et al. (2024) juga menekankan bahwa setiap rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus memiliki tim pencegahan *fraud* untuk berkolaborasi lebih lanjut. Peraturan Direksi BPJS Nomor 67 Tahun 2021 menyebutkan pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional (Tim PK-JKN BPJS Kesehatan) sebagai tim yang secara khusus menangani pencegahan *fraud* dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional.

7. Pengembangan pelayanan kendali mutu & biaya

   Pengendalian mutu dan efisiensi biaya menjadi strategi utama dalam mencegah *fraud*, memastikan bahwa layanan yang diberikan sesuai standar serta anggaran digunakan secara efektif. Sistem kendali mutu bertujuan untuk mengawasi proses klaim dan transaksi keuangan secara *real-time* dengan dukungan teknologi informasi.

8. Sosialiasi kepada pegawai

   Salah satu faktor utama keberhasilan pencegahan *fraud* adalah edukasi yang berkelanjutan kepada seluruh pegawai. Sosialisasi ini meliputi pemahaman mengenai potensi *fraud*, modus operandi yang sering terjadi, serta sanksi hukum bagi pelaku kecurangan. ACFE (2024) menyatakan bahwa pelatihan

kesadaran terhadap *fraud* bagi seluruh staf merupakan bagian penting dari program pencegahan yang komprehensif. Peraturan Direksi BPJS Nomor 67 Tahun 2021 juga mengatur bahwa program employee awareness dapat dilakukan melalui seminar, diskusi, pelatihan, publikasi, serta transparansi hasil investigasi terkait *fraud* secara berkesinambungan.

2.3.5 Pendeteksian *Fraud*

Pendeteksian *fraud* dalam sistem jaminan kesehatan merupakan langkah penting untuk mencegah serta menanggulangi berbagai bentuk kecurangan yang dapat merugikan sistem dan peserta. Beberapa mekanisme utama dalam mendeteksi *fraud* mencakup penggunaan teknologi, pemantauan transaksi, serta pengawasan yang ketat. Berikut adalah beberapa aspek utama dalam pendeteksian *fraud*:

1. Dukungan sistem IT

   Information Technology (IT) berperan penting dalam mendeteksi dan mencegah *fraud* dalam program jaminan kesehatan. Sistem IT yang canggih memungkinkan analisis data secara otomatis untuk mengidentifikasi pola mencurigakan dalam klaim dan transaksi kesehatan. Penerapan *Artificial Intelligence* (AI) dan *machine learning* membantu sistem dalam mendeteksi anomali seperti tagihan medis berlebihan, klaim

tidak wajar, serta penyalahgunaan layanan kesehatan. Selain itu, integrasi data antarinstansi juga dapat meminimalkan duplikasi klaim atau penggunaan data fiktif (Azad & William, 2024).

Metode deteksi *fraud* yang bersifat tradisional, seperti audit manual dan sistem berbasis aturan, memiliki keterbatasan dalam menangani kompleksitas kasus *fraud* di sektor kesehatan. Audit manual memerlukan waktu yang lama dan tidak efisien dalam memproses volume klaim yang besar (Azad & William, 2024). Oleh karena itu, metode berbasis teknologi yang menggunakan analisis data dan sistem otomatisasi lebih efektif dalam mendeteksi indikasi *fraud* (Nabrawi & Alanazi, 2023).

2. Monitoring pembayaran iuran peserta

   Pemantauan pembayaran iuran peserta menjadi indikator utama dalam mendeteksi potensi *fraud*, terutama yang berkaitan dengan manipulasi status kepesertaan. Beberapa bentuk kecurangan dalam aspek ini mencakup pemalsuan status kepesertaan untuk memperoleh layanan kesehatan serta rekayasa data pembayaran agar tetap terdaftar sebagai peserta aktif meskipun tidak memenuhi kewajiban pembayaran.

Dengan pemantauan yang baik, sistem dapat mengidentifikasi peserta yang tidak membayar iuran tetapi tetap mengakses layanan kesehatan, serta mengungkap berbagai modus yang digunakan untuk menghindari pembayaran iuran.

3. Pemeriksaan kepatuhan

   Pemeriksaan kepatuhan dilakukan untuk memastikan bahwa semua pihak dalam sistem jaminan kesehatan, termasuk peserta, penyedia layanan kesehatan, dan tenaga medis, menjalankan prosedur sesuai dengan regulasi yang berlaku. Proses ini mencakup evaluasi terhadap klaim data, tingkat kesalahan dalam klaim, indikator kualitas layanan, dan kepuasan pasien. Dengan pendekatan ini, kepercayaan terhadap sistem jaminan kesehatan dapat ditingkatkan, sekaligus mengurangi potensi penyalahgunaan (Chabra et al., 2018).

4. Penguatan pengawasan dan SPI

   Sistem Pengendalian Internal (SPI) yang kuat menjadi elemen kunci dalam mendeteksi dan mencegah *fraud* di sektor jaminan kesehatan. Pengawasan yang diperketat dilakukan melalui mekanisme kontrol internal yang efektif, seperti pelaporan berkala, audit mendalam, serta penerapan sistem transparansi dalam setiap transaksi.

Pengendalian internal yang lemah dapat membuka celah bagi berbagai bentuk kecurangan, baik dalam layanan kesehatan maupun sektor ekonomi lainnya. Oleh karena itu, sistem pengawasan internal yang baik akan membantu meningkatkan efektivitas organisasi dalam mencegah *fraud* (Mackey et al., 2020; Saru et al., 2023).

5. *Real time* data kepesertaan

   Penggunaan data kepesertaan secara *real-time* menjadi langkah penting dalam mendeteksi *fraud*, khususnya dalam verifikasi status peserta yang berhak menerima layanan kesehatan. Dengan sistem berbasis *real-time*, rumah sakit dan penyedia layanan kesehatan dapat memverifikasi kepesertaan sebelum memberikan layanan, sehingga mencegah penyalahgunaan akses oleh peserta yang tidak memenuhi syarat (Azad & William, 2024).

6. *Updating data*

   Pembaruan data kepesertaan secara berkala menjadi langkah esensial dalam menjaga keakuratan informasi dan mencegah *fraud* akibat data yang tidak valid. Proses ini mencakup verifikasi identitas peserta, status pembayaran iuran, serta riwayat pemanfaatan layanan kesehatan.

Dengan pembaruan data yang rutin, potensi penyimpangan seperti pemalsuan data kepesertaan, manipulasi klaim, dan penyalahgunaan layanan dapat lebih mudah dideteksi. Selain itu, data yang diperbarui secara berkala memastikan bahwa informasi yang digunakan dalam pengambilan keputusan tetap akurat dan relevan (Saru et al., 2023).

7. Whistleblowing system

   Sistem whistleblowing menjadi instrumen penting dalam mengungkap *fraud* yang sulit terdeteksi melalui mekanisme lain. Sistem ini memungkinkan peserta, tenaga medis, maupun pegawai BPJS Kesehatan untuk melaporkan dugaan kecurangan secara anonim, serta memberikan perlindungan terhadap pelapor dari potensi intimidasi atau tekanan dari pihak terkait.

   Menurut Chhabra et al. (2018) di banyak negara, penggunaan hotline anti-*fraud* dan sistem pemantauan berbasis red flags telah menjadi standar dalam mendeteksi penyimpangan klaim berdasarkan pola yang mencurigakan. Dengan adanya whistleblowing system, transparansi dalam sistem jaminan kesehatan dapat ditingkatkan, sehingga risiko *fraud* dapat diminimalkan.

2.4 Penelitian Terdahulu

Penulis mengulas sejumlah penelitian terdahulu yang berkaitan dengan topik ini dalam subbab tersebut. Berbagai studi yang relevan, baik secara langsung maupun tidak langsung, turut disoroti. Hal ini memungkinkan penulis untuk melakukan perbandingan antara penelitian yang sedang dibahas dengan hasil-hasil penelitian sebelumnya.

Menurut Nabrawi & Alanazi (2023) membahas masalah penting terkait penipuan dalam klaim asuransi kesehatan. Penipuan ini dapat menguras sumber daya keuangan dan meningkatkan biaya perawatan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan model pembelajaran mesin yang dapat mendeteksi klaim asuransi kesehatan yang curang dengan lebih efektif. Dalam studi ini, penulis menggunakan berbagai teknik pembelajaran mesin, termasuk model random forest, regresi logistik, dan jaringan saraf buatan (ANN). Hasil penelitian menunjukkan bahwa model random forest memiliki akurasi tertinggi, mencapai 98,12%, yang mendukung temuan dari studi sebelumnya. Selain itu, penulis menemukan bahwa faktor-faktor seperti jenis polis, pendidikan, dan usia pengklaim merupakan kontribusi utama terhadap penipuan asuransi kesehatan. Dataset yang digunakan dalam penelitian ini diambil dari tiga penyedia layanan kesehatan di Arab Saudi, dan mencakup data anonim yang telah diverifikasi. Penelitian ini menekankan

pentingnya identifikasi potensi penipuan sebelum atau selama insiden penipuan terjadi, untuk meningkatkan pengawasan dan kontrol sistem.

Menurut Sari et al. (2022) membahas implementasi kebijakan pencegahan *fraud* dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Rumah Sakit Nasional Diponegoro. Penelitian bertujuan untuk menganalisis efektivitas tim pencegahan *fraud* dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 16 Tahun 2019. Metode yang digunakan adalah pendekatan kualitatif dengan studi kasus, di mana data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan 12 informan, termasuk anggota tim pencegahan *fraud*, dokter, dan petugas klaim. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi kebijakan pencegahan *fraud* belum optimal, disebabkan oleh kurangnya koordinasi tim, tidak adanya standar dan sasaran kebijakan yang jelas, serta belum tersusunnya prosedur operasional standar (SOP). Penelitian ini merekomendasikan perlunya pengembangan pedoman dan evaluasi kinerja tim untuk meningkatkan efektivitas pencegahan *fraud* di rumah sakit tersebut.

Jurnal penelitian Fadliana et al. (2023) juga memiliki penelitian serupa yang membahas tentang upaya pencegahan kecurangan dalam pelayanan kesehatan, khususnya terkait klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan klaim Covid-19 di Rumah Sakit Kota Prabumulih. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengevaluasi dan menganalisis efektivitas sistem pencegahan

kecurangan yang diterapkan selama pandemi Covid-19, serta mengidentifikasi bentuk-bentuk kecurangan yang mungkin terjadi. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan deskriptif kualitatif, dengan pengumpulan data melalui wawancara dengan pihak-pihak terkait, termasuk Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan empat rumah sakit di Prabumulih. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi sistem pencegahan kecurangan oleh Dinas Kesehatan dan BPJS Kesehatan di Prabumulih sudah cukup baik, namun masih terdapat kebutuhan untuk meningkatkan pelaksanaan sistem tersebut di rumah sakit. Penelitian ini juga mengidentifikasi beberapa bentuk kecurangan baru yang muncul selama pandemi, seperti penagihan biaya pemeriksaan Covid-19 kepada peserta JKN dan pengajuan klaim yang tidak sesuai dengan standar. Rekomendasi dari penelitian ini mencakup perlunya kolaborasi yang lebih baik antara Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan manajemen rumah sakit untuk memperkuat sistem pencegahan kecurangan dan meningkatkan kesadaran akan pentingnya pencegahan kecurangan dalam pelayanan kesehatan.

Menurut Solehuddin (2023) dalam penelitiannya juga membahas terkait urgensi kriminalisasi perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pentingnya tindakan kriminalisasi terhadap kecurangan dalam program jaminan kesehatan serta merumuskan konsep ideal untuk

penanganan kecurangan tersebut. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian hukum normatif, yang mencakup analisis terhadap aturan hukum, prinsip-prinsip hukum, dan doktrin hukum yang relevan. Pendekatan yang diambil meliputi pendekatan perundang-undangan dan pendekatan konseptual. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penanganan kecurangan dalam program jaminan kesehatan bertujuan untuk memberikan acuan bagi berbagai pihak, termasuk peserta, BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, dan penyedia layanan kesehatan, dalam melakukan upaya pencegahan dan penanganan kecurangan secara sistematis, terstruktur, dan komprehensif. Penelitian ini menekankan bahwa selama ini penanganan kecurangan hanya mengandalkan sanksi administratif, sehingga sangat penting untuk melakukan kriminalisasi terhadap perbuatan kecurangan dalam program jaminan kesehatan agar pelaksanaannya dapat berjalan dengan lebih efektif dan efisien.

Hartati (2016) membahas topik mengenai pencegahan kecurangan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Menggala. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis dan mengevaluasi sistem pencegahan kecurangan yang diterapkan di rumah sakit tersebut, serta mengidentifikasi potensi kecurangan yang dapat terjadi dalam pelaksanaan JKN. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kualitatif dengan analisis deskriptif, yang

meliputi pengumpulan data melalui studi literatur, wawancara dengan pihak terkait di RSUD Menggala, dan analisis dokumen kebijakan yang relevan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa RSUD Menggala telah membentuk Tim Pencegahan Penipuan yang bertugas untuk melakukan pencegahan, deteksi, dan penindakan terhadap kecurangan dalam pelaksanaan JKN. Penelitian ini mengidentifikasi beberapa potensi kecurangan yang dapat dilakukan oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, dan penyedia layanan kesehatan. Meskipun telah ada upaya pencegahan, tantangan dalam implementasi sistem pencegahan masih ada, seperti kurangnya sosialisasi mengenai kebijakan dan perlunya peningkatan kapasitas sumber daya manusia.

Penelitian ini memiliki karakteristik yang berbeda dari penelitian-penelitian sebelumnya, seperti penelitian oleh Sari et al. (2022), Hartati (2016), dan penelitian Fadliana et al. (2023) yang seluruhnya berfokus pada konteks rumah sakit sebagai objek penelitian. Penelitian Fadliana et al. (2023) dilakukan di rumah sakit wilayah Prabumulih dengan menyoroti praktik *fraud* selama masa pandemi Covid-19, sementara Sari et al. (2022) meneliti implementasi kebijakan pencegahan *fraud* di RS Nasional Diponegoro yang belum optimal akibat lemahnya koordinasi tim. Hartati (2016) pun melakukan penelitian pada sistem pelaporan *fraud* administratif di RSUD Menggala. Sebaliknya, penelitian ini mengkaji langsung strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* dari sisi penyelenggara JKN, yakni BPJS Kesehatan

Cabang Kota Yogyakarta, sehingga memberikan sudut pandang baru yang belum banyak disentuh oleh penelitian sebelumnya, khususnya dalam mengevaluasi efektivitas regulasi dan praktik pencegahan dan pendeteksian *fraud* di tingkat institusi pengelola.

Pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus, serta bantuan *Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software* (CAQDAS) Nvivo 12 memungkinkan analisis yang lebih terstruktur terhadap wawancara dan dokumen terkait. Pendekatan ini berbeda dengan studi sebelumnya seperti penelitian Nabrawi & Alanazi (2023) yang fokus pada deteksi *fraud* menggunakan teknik *machine learning*, atau penelitian Solehuddin (2023) yang lebih menyoroti kriminalisasi terhadap pelaku *fraud* dengan kajian hukum normatif.

Dengan demikian, kebaruan penelitian ini terletak pada pemilihan objek penelitian yang langsung menyasar lembaga pelaksana JKN, yaitu BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta. Penelitian ini mengangkat studi kasus secara mendalam mengenai implementasi strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* dari sudut pandang berbagai fungsi internal BPJS Kesehatan. Selain itu, penelitian ini memberikan kontribusi penting dalam menjembatani antara regulasi yang ada dengan praktik implementasi di lapangan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi

signifikan bagi pengembangan kebijakan dan prosedur pencegahan serta pendeteksian *fraud* di sektor kesehatan di Indonesia.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Pengenalan Bab

Pada bab ini, penulis menjelaskan secara menyeluruh metode penelitian yang digunakan untuk mengkaji bagaimana BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta mengimplementasikan strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud*. Penjelasan dalam bab ini mencakup jenis penelitian yang digunakan, instrumen penelitian, fokus penelitian, sistematika penulisan, sumber dan jenis data, pemilihan informan, serta objek penelitian. Selain itu, dijelaskan pula metode pengumpulan data, teknik analisis data, serta pengujian keabsahan data. Seluruh elemen ini digunakan sebagai landasan untuk mendukung proses pengumpulan data yang valid dan menjawab rumusan masalah penelitian secara sistematis dan tepat sasaran.

3.2 Jenis Penelitian

Penelitian yang penulis lakukan bertujuan untuk memahami secara mendalam sebuah fenomena melalui metode penelitian studi kasus dalam konteks pendekatan kualitatif. Metode studi kasus memberikan peneliti kesempatan untuk memahami konteks, proses, dan makna di balik fenomena yang diteliti, sehingga menghasilkan gambaran yang mendalam dan terperinci (Nasution, 2024). Sejalan dengan hal tersebut, Crowe et al. (2011) menjelaskan bahwa studi kasus bermanfaat untuk mengeksplorasi secara mendalam dan

memahami fenomena kesehatan dan sosial yang kompleks, multidimensional, namun unik dalam konteks kehidupan nyata. Sementara itu, Yin (2018) mendefinisikan studi kasus sebagai metode empiris yang menyelidiki suatu fenomena kontemporer (‘kasus’) secara mendalam dan dalam konteks dunia nyata, terutama ketika batas antara fenomena dan konteksnya mungkin tidak terlihat jelas.

Melalui pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus, penulis melakukan interaksi langsung dengan narasumber untuk memperoleh informasi yang mencerminkan kondisi aktual di lapangan. Objek penelitian adalah BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta, dengan fokus pada penerapan strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Penelitian ini juga membandingkan kebijakan yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 dan Peraturan Direksi BPJS Nomor 67 Tahun 2021. Selain itu, penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi sejauh mana strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* telah diterapkan, mengungkap kendala yang dihadapi oleh BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta, serta memberikan evaluasi dan rekomendasi untuk perbaikan di masa mendatang.

3.3 Objek Penelitian

Penelitian ini dilakukan di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta dengan tujuan untuk menganalisis pengawasan dan penanganan kasus kecurangan

yang terjadi dalam program JKN. Data penelitian diperoleh melalui wawancara langsung dengan sejumlah narasumber yang memiliki peran strategis dalam menangani isu tersebut.

Narasumber yang diwawancarai meliputi Kepala Bagian Penjaminan Manfaat dan Utilisasi, Staff Claim Advisor, Staf Verifikator, Sekretaris Tim AK-JKN, serta Bagian Manajemen Risiko BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta. Setiap narasumber memberikan informasi yang mendalam terkait tugas dan tanggung jawab mereka dalam mendeteksi, mencegah, serta menangani risiko kecurangan di lingkungan BPJS Kesehatan.

3.4 Instrumen Penelitian

Penelitian kualitatif menempatkan peneliti sebagai instrumen kunci atau *key instrument* dalam pengumpulan data (Eisner, 1991). Dengan kata lain, peneliti secara aktif terlibat dalam proses pengumpulan informasi yang relevan, baik secara mandiri maupun dengan bantuan informan. Selaku human instrument, penulis berkontribusi sebagai instrument kunci dan pengambilan sampel (Sugiyono, 2012).

Dalam pendekatan kualitatif, alat yang digunakan mencakup tape recorder, perangkat audiovisual, serta peran peneliti yang sering kali dianggap sebagai "*the researcher is often the only instrumen*" (Sulistyawati, 2023). Oleh karena itu, dalam penelitian ini, alat bantu seperti *tape recorder* dan kamera

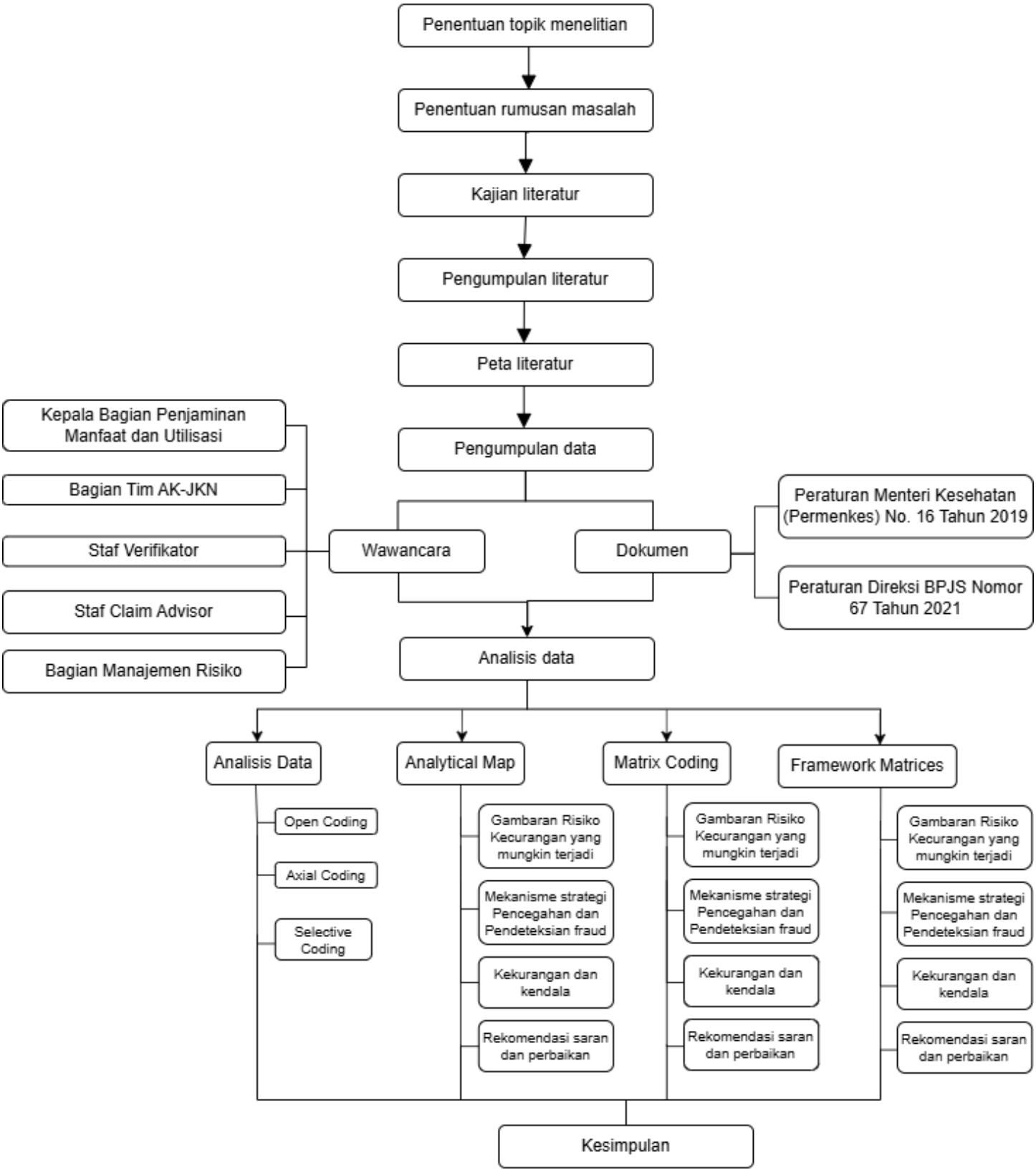
digunakan oleh peneliti untuk merekam peristiwa selama proses wawancara, dengan tetap memperhatikan persetujuan dari informan sebelumnya.

3.5 Sistematika Penulisan

Metode penelitian kualitatif terdiri dari serangkaian tahapan dan prosedur yang dilakukan secara sistematis sejak awal hingga akhir penelitian. Menurut Creswell (1994), proses penelitian terdiri dari beberapa tahapan meliputi identifikasi masalah, tinjauan literatur, perumusan tujuan, pengumpulan dan analisis data, pelaporan hasil, serta evaluasi.

Struktur penelitian dapat bervariasi tergantung pada topik yang diteliti. Adapun sistematika penelitian yang digunakan dalam studi ini disajikan sebagai berikut:

Gambar 3. 1 Sistematika Penelitian



Sumber: Data diolah penulis

3.5.1 Penentuan Topik Penelitian

Tahap ini merupakan awal dari keseluruhan proses penelitian, di mana peneliti memilih topik strategis yang relevan dan aktual, yakni tentang kecurangan atau *fraud* dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Isu ini dipilih karena pentingnya transparansi dan efektivitas dalam pengelolaan dana publik di sektor kesehatan, khususnya di BPJS Kesehatan.

3.5.2 Penentuan Rumusan Masalah

Setelah topik ditetapkan, langkah selanjutnya adalah merumuskan pertanyaan penelitian yang memandu arah kajian, khususnya terkait dengan bentuk risiko *fraud*, strategi pencegahan dan pendeteksian yang diterapkan BPJS, serta kendala yang dihadapi dalam pelaksanaannya. Penulis juga memberikan saran serta upaya perbaikan kepada BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta untuk dapat meningkatkan strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* kedepannya.

3.5.3 Kajian Literatur

Untuk memperkuat landasan teori, peneliti melakukan kajian literatur dan pengumpulan referensi dari berbagai sumber ilmiah, seperti jurnal, buku, dan regulasi terkait, yang kemudian dipetakan dalam bentuk peta literatur guna melihat hubungan antar konsep dan menemukan celah penelitian.

3.5.4 Pengumpulan Data

Tahapan berikutnya adalah pengumpulan data yang dilakukan melalui wawancara mendalam dengan informan kunci dari BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta, seperti Kepala Bidang Penjaminan Manfaat, Staf Verifikator, Staf Claim Advisor, Kepala Bagian Mutu Pelayanan, serta Sekretaris AK-JKN. Selain itu, peneliti juga menggunakan dokumen kebijakan seperti Peraturan Menteri Kesehatan No. 16 Tahun 2019 dan Peraturan Direksi BPJS No. 67 Tahun 2021 sebagai sumber data sekunder.

3.5.5 Analisis Data

Data yang diperoleh dianalisis menggunakan Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software (CAQDAS) Nvivo 12, melalui tiga tahap, yaitu open coding untuk menemukan kategori awal, axial coding untuk menghubungkan antar kategori, dan selective coding untuk menemukan tema sentral.

Hasil analisis dituangkan dalam analytical map yang memetakan gambaran risiko *fraud*, mekanisme strategi pencegahan dan pendeteksian, serta kendala dan saran perbaikan. Selain itu, dilakukan matrix coding untuk melihat pola hubungan antar tema dan framework matrices sebagai alat bantu visualisasi hasil analisis dari berbagai narasumber. Keseluruhan proses ini disusun untuk menghasilkan

pemahaman yang komprehensif mengenai implementasi strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta.

3.5.6 Kesimpulan

Tahap terakhir adalah menarik kesimpulan berdasarkan hasil analisis data. Kesimpulan ini harus menjawab rumusan masalah yang telah ditetapkan. Penulis merangkum temuan-temuan utama terkait penerapan strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta, mengidentifikasi kendala yang dihadapi, dan memberikan rekomendasi berdasarkan temuan tersebut.

3.6 Sumber Data

Ada berbagai metode pengumpulan data dalam penelitian kualitatif, termasuk observasi, analisis teks atau visual (misalnya dari buku atau video), sertawawancara (individu atau kelompok). Namun, metode yang paling umum digunakan, terutama dalam penelitian di bidang kesehatan, adalah wawancara dan diskusi kelompok terfokus (*focus group*) (Britten, 1999) .

Dalam penelitian ini, penulis mengumpulkan data melalui analisis dokumen dan wawancara yang disesuaikan dengan tujuan serta rumusan masalah. Pengumpulan yang data dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi partisipatif, dan analisis dokumen bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang holistik terhadap fenomena yang diteliti (Sulistyawati,

2023). Informasi yang diperoleh secara lisan kemudian diverifikasi dengan dokumen untuk memastikan konsistensi dan keakuratan.

3.6.1 Dokumen

Dokumen terdiri dari teks dan gambar yang telah direkam tanpa adanya intervensi dari peneliti. Atkinson & Coffey (1997) menggambarkan dokumen sebagai "fakta sosial" yang diciptakan, didistribusikan, dan dimanfaatkan dalam suatu sistem sosial yang terstruktur.

Dokumen telah digunakan dalam penelitian sebagai sumber data yang berperan dalam proses pengujian, penafsiran, serta peramalan (Nasution, 2024). Berikut ini adalah dokumen-dokumen yang penulis gunakan untuk penelitian ini:

1. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.
2. Peraturan Direksi BPJS Nomor 67 Tahun 2021 Tentang Pedoman Pengelolan Iuran Jaminan Kesehatan.

3.6.2 Wawancara

Wawancara merupakan salah satu teknik pengumpulan data yang sering digunakan dalam penelitian kualitatif, bertujuan untuk mengungkapkan pengalaman individu dan bagaimana mereka memahami pengalaman

tersebut. Menurut Adhabi & Anozie (2017) wawancara adalah proses di mana peneliti mengajukan berbagai pertanyaan kepada orang yang berpartisipasi dalam wawancara dan mencoba untuk memperoleh informasi dari wawancara tentang suatu topik tertentu.

Menurut Sugiyono (2012) terdapat tiga jenis utama wawancara penelitian meliputi terstruktur, semi-terstruktur, dan tidak terstruktur. Dalam penelitian ini, penulis melakukan wawancara tidak terstruktur untuk mendapatkan jawaban dari rumusan masalah penelitian. Wawancara tidak terstruktur tidak mengikuti teori atau gagasan tertentu dan dilakukan dengan sedikit atau tanpa perencanaan. Wawancara ini bisa dimulai dengan pertanyaan pembuka, lalu percakapan berkembang berdasarkan jawaban awal dari peserta (Gill et al., 2008).

Penulis melakukan wawancara dengan lima orang yang memiliki pengetahuan dan pekerjaan berkaitan dengan strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta. Wawancara dilakukan untuk mendapatkan jawaban dari rumusan masalah penulisan. Adapun beberapa partisipan yang telah melakukan wawancara dengan penulis, yaitu:

1. **Kepala Bagian Penjaminan Manfaat dan Utilisasi**: Untuk mengetahui secara detail mengenai mekanisme pengawasan

klaim, deteksi dini *fraud*, dan tindakan yang diambil jika terjadi *fraud*.

2. **Bagian Tim AK-JKN**: Untuk memperoleh gambaran menyeluruh terkait koordinasi dan pelaksanaan kegiatan pencegahan *fraud* di tingkat cabang.
3. **Staff Verifikator**: Untuk mengetahui proses verifikasi klaim secara langsung, indikator yang mencurigakan, dan sistem yang digunakan untuk mendeteksi *fraud*.
4. **Staff Claim Advisor**: Untuk mengetahui proses analisis teknis dan klarifikasi atas klaim layanan kesehatan, serta bagaimana indikasi *fraud* dikenali dan ditindaklanjuti secara teknis.
5. **Bagian Manajemen Risiko**: Untuk menggali informasi mengenai identifikasi dan pemetaan risiko *fraud*, serta bagaimana strategi pencegahan dimasukkan dalam kerangka manajemen risiko.

Tabel 3. 1 Narasumber Wawancara

Narasumber	Jenis Kelamin	Jabatan	Pendidikan	Kelompok Usia
NV	Wanita	Kepala Bagian Penjaminan Manfaat dan Utilisasi	S2	40-50 tahun
LT	Wanita	Perwakilan Bagian Tim AK-JKN & Bagian Manajemen Risiko	S1	30-40 tahun
DA	Wanita	Staff Claim Advisor	S2	30-40 tahun
RA	Wanita	Staff Verifikator	S1	30-40 tahun

Sumber: Data BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta

3.7 Teknik Pengumpulan Data

Menurut Sugiyono (2012), teknik pengumpulan data dengan triangulasi (gabungan) memungkinkan peneliti untuk memperoleh data yang lebih valid dan mendalam melalui pendekatan yang beragam. Dalam penelitian ini, teknik pengumpulan data yang digunakan meliputi wawancara dan pengumpulan dokumen, yang sangat relevan dalam memahami dan menganalisis strategi

pencegahan *fraud* di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta. Teknik-teknik ini mencakup:

1. Penulis melakukan wawancara dengan berbagai narasumber yang terlibat dalam program Jaminan Kesehatan Nasional di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta. Narasumber tersebut antara lain pejabat internal BPJS, petugas kesehatan, dan auditor yang memiliki wawasan terkait dengan penerapan strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud*. Wawancara ini bertujuan untuk menggali informasi mendalam tentang bagaimana strategi ini diterapkan dan tantangan yang dihadapi dalam implementasinya.
2. Pengumpulan Dokumen Pendukung: Untuk mendukung data primer yang diperoleh dari wawancara, penulis juga mengumpulkan dokumen-dokumen terkait yang relevan. Dokumen tersebut meliputi kebijakan internal BPJS Kesehatan, laporan audit, catatan medis, serta pedoman resmi yang mengatur pencegahan *fraud* dalam program Jaminan Kesehatan Nasional. Analisis terhadap dokumen-dokumen ini bertujuan untuk memperkuat temuan dari wawancara dan memberikan gambaran yang lebih komprehensif tentang penerapan strategi pencegahan *fraud* di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta.

Dengan menggunakan kombinasi wawancara dan pengumpulan dokumen, penulis berharap dapat memperoleh pemahaman yang lebih holistik dan mendalam tentang penerapan strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* dalam program Jaminan Kesehatan Nasional. Penekanan pada makna dan konteks dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi yang signifikan terhadap upaya pencegahan *fraud* di institusi kesehatan.

3.8 Teknik Analisis Data

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan analisis data kualitatif. Setelah mengumpulkan data, peneliti melakukan analisis data untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Peneliti menggunakan software NVivo 12 untuk memudahkan pengolahan data berupa dokumen dan transkrip wawancara. NVivo 12 dapat membantu peneliti untuk melihat hubungan antar data dari berbagai sumber, mencegah hasil wawancara yang subjektif, dan mengurangi bias.

Menurut Miles et al. (2018) menjelaskan bahwa potensi nyata komputer dalam analisis data kualitatif terletak pada kemampuannya untuk membantu tugas-tugas reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan serta verifikasi. NVivo 12 sebagai salah satu perangkat lunak yang dikembangkan untuk analisis data kualitatif, memiliki fitur-fitur yang mendukung proses tersebut. Namun, pembahasan dan kesimpulan penelitian tetap merupakan tanggung jawab peneliti sebagai *human instrument*.

3.8.1 Coding

Menurut Saldana (2021) *nodes* sebagai kata atau frasa pendek yang menangkap esensi dari sebagian data berbasis bahasa atau visual. *Nodes* bertindak sebagai representasi simbolis yang membantu peneliti meringkas dan menginterpretasikan data secara efektif. *Coding* dalam penelitian kualitatif melibatkan pelabelan dan pengkategorian segmen data untuk mengidentifikasi pola dan tema. Proses ini dimulai dengan pengumpulan data melalui metode seperti wawancara, kelompok fokus, atau tinjauan dokumen. Tujuannya adalah untuk mengatur narasi kompleks ke dalam kategori yang dapat dikelola yang memfasilitasi analisis dan pemahaman yang lebih dalam tentang pengalaman dan perilaku manusia (Zamawe, 2015).

Dalam tahap *coding* dengan NVivo, penulis mengolah dan mengorganisasikan data hasil wawancara dengan narasumber dari BPJS Kesehatan Yogyakarta serta dokumen kebijakan seperti Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) dan Peraturan Direksi (Perdir). Data ini kemudian dikategorikan ke dalam *nodes*, yaitu representasi tematik yang berfungsi untuk menyimpan, mengelompokkan, dan menghubungkan informasi dari berbagai sumber.

Setiap *nodes* yang dibuat mencerminkan tema utama yang berkaitan dengan penelitian dan disesuaikan dengan rumusan masalah.

Dengan adanya *nodes*, penulis dapat mengelola data wawancara secara sistematis serta mengidentifikasi konsep dan pola yang muncul dalam penelitian. Selain itu, *nodes* membantu dalam menghubungkan berbagai pernyataan narasumber dengan dokumen kebijakan yang relevan, sehingga memungkinkan analisis yang lebih mendalam dan berbasis bukti.

Selain mengelompokkan data dalam *nodes*, penulis juga membangun hubungan (*relationship*) antar *nodes* yang memiliki keterkaitan. Misalnya, dalam rumusan masalah kedua dan ketiga, yang membahas tentang kekurangan, kendala, serta saran perbaikan dalam penerapan strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* di BPJS Kesehatan Yogyakarta, penulis menghubungkan *nodes* yang menggambarkan kendala yang dihadapi dengan *nodes* yang berisi strategi perbaikannya. Dengan menggunakan fitur *relationship* dalam NVivo, penulis dapat memetakan hubungan sebab-akibat antara kendala yang ditemukan dan langkah-langkah perbaikan yang diusulkan.

3.8.2 Matrix Coding Queries

NVivo menyediakan fitur matrix *coding* queries yang memungkinkan peneliti untuk membandingkan data kualitatif secara sistematis baik di dalam maupun antar kategori. Fitur ini sangat berguna dalam penelitian kualitatif karena membantu mengidentifikasi pola, hubungan, serta

perbedaan dalam data yang telah dikumpulkan (Feng & Behar-Horenstein, 2019).

Secara teknis, Matrix *Coding* Query dilakukan dengan menyusun tabel matriks yang terdiri dari baris dan kolom, di mana masing-masing diisi dengan kode atau tema yang telah ditentukan sebelumnya. Baris dalam matriks dapat mewakili kategori tertentu, seperti kelompok responden berdasarkan karakteristik demografis (misalnya usia, jenis kelamin, jabatan), sementara kolom dapat berisi kode tematik yang muncul dalam transkrip wawancara atau dokumen penelitian. Setelah matriks terbentuk, NVivo secara otomatis akan menghitung jumlah referensi yang sesuai dengan setiap kombinasi baris dan kolom, memberikan gambaran yang lebih jelas mengenai keterkaitan antar elemen dalam data.

Dalam penelitian ini, *Matrix Coding Query* digunakan untuk menganalisis strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* dalam sistem BPJS Kesehatan di Yogyakarta. Dengan membandingkan berbagai kode yang diperoleh dari wawancara, dokumen kebijakan, serta data lain yang relevan, peneliti dapat memperoleh pemahaman yang lebih mendalam tentang bagaimana mekanisme pencegahan dan pendeteksian *fraud* diterapkan dalam sistem jaminan kesehatan tersebut.

Selain itu, teknik ini juga berperan penting dalam menjawab rumusan masalah kedua, yaitu mengidentifikasi kekurangan dan kendala dalam sistem pencegahan dan pendeteksian *fraud* di BPJS Kesehatan Yogyakarta. Dengan menggunakan *matrix coding*, peneliti dapat melihat pola kesulitan yang dialami oleh berbagai pihak, seperti tenaga medis, peserta BPJS, dan pihak penyelenggara, berdasarkan wawancara yang telah dilakukan. Analisis ini memberikan wawasan yang lebih jelas tentang hambatan yang dihadapi serta peluang untuk perbaikan di masa mendatang.

3.8.3 Analytical Maps

NVivo menyediakan berbagai alat visualisasi, termasuk *analytical maps*, yang memiliki peran penting dalam penelitian kualitatif. Menurut Dhakal (2022), alat ini membantu mengeksplorasi ide-ide serta menyajikan hubungan antar data dengan lebih jelas. Dalam konteks penelitian kualitatif, *analytical maps* sangat berguna ketika diterapkan dengan pendekatan Miles dan Huberman, khususnya pada penyajian data yang membantu peneliti untuk memahami pola dan hubungan antar data melalui matriks, grafik, atau tabel.

Dalam penelitian ini, *analytical maps* digunakan setelah tahap *coding* di NVivo untuk membantu peneliti menggambarkan pola, hubungan, dan tema yang muncul dalam data. Peta analitis ini dibuat

dengan menghubungkan *nodes* melalui garis-garis yang menggambarkan hubungan antar konsep. Setiap *nodes* dalam peta mewakili kategori atau tema yang ditemukan dalam data, sementara garis yang menghubungkannya menunjukkan keterkaitan antara satu konsep dengan konsep lainnya (Miles et al., 2018). Dengan cara ini, peneliti dapat lebih mudah melihat struktur tematik yang terbentuk dari hasil wawancara atau dokumen yang dianalisis.

Miles et al. (2018) juga menjelaskan bahwa penggunaan *analytical maps* dapat membantu peneliti dalam mengidentifikasi pola dan hubungan yang tidak langsung terlihat dalam analisis manual. Dalam konteks penelitian ini, *analytical maps* yang dibuat digunakan untuk memahami mekanisme penerapan strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* di BPJS Kesehatan Yogyakarta. Dengan adanya visualisasi ini, peneliti dapat melihat bagaimana berbagai faktor saling berinteraksi dalam proses pencegahan dan pendeteksian *fraud*, serta mengidentifikasi elemen-elemen kunci yang berkontribusi dalam strategi tersebut.

3.8.4 Framework Matrices

Framework matrices adalah alat analisis kualitatif yang digunakan untuk membandingkan, menyusun, dan meringkas data penelitian dari berbagai sumber, seperti wawancara, dokumen, dan observasi. Analisis

kualitatif dengan *framework matrices* sendiri melibatkan penyusunan serangkaian matriks tematik, di mana setiap partisipan dialokasikan pada satu baris, sementara setiap sub-tema dicatat dalam kolom tertentu (Kiernan & Hill, 2018; Ritchie et al., 2003).

Matriks ini terdiri dari grid atau tabel yang memiliki baris untuk setiap kasus (misalnya, individu yang diwawancarai) dan kolom untuk setiap tema atau kode yang telah ditentukan. Setiap sel dalam matriks merepresentasikan titik temu antara suatu kasus dan tema tertentu, di mana peneliti dapat memasukkan ringkasan informasi yang relevan dengan kombinasi tersebut. Dengan cara ini, *framework matrices* memungkinkan penulis untuk secara sistematis mengorganisir, mengidentifikasi pola, serta mengeksplorasi keterkaitan antara berbagai tema yang muncul dalam penelitian.

Dalam penelitian ini, *framework matrices* digunakan untuk menganalisis hasil *coding* data wawancara dengan narasumber dari BPJS Kesehatan Yogyakarta. Penggunaan *framework matrices* membantu peneliti dalam membandingkan respons partisipan dengan berbagai tema yang telah ditentukan, sehingga mempermudah proses analisis data. Selain itu, peneliti juga membuat case *nodes* di NVivo 12 untuk menyimpan transkrip wawancara, sehingga dapat membedakan

jawaban partisipan dengan pertanyaan yang diajukan oleh pewawancara.

3.9 Teknik Pengujian Keabsahan Data

Dalam penelitian kualitatif, setiap penulis dapat memiliki perspektif yang berbeda dalam memahami data atau fenomena yang diteliti. Oleh karena itu, triangulasi digunakan untuk meningkatkan validitas dan reliabilitas dalam proses pengumpulan serta analisis data. Menurut Sulistyawati (2023), Triangulasi dalam penelitian kualitatif merupakan elemen krusial yang perlu diperhatikan untuk memastikan keandalan dan validitas data. Secara prinsip, triangulasi bertujuan untuk memperoleh data dari berbagai perspektif yang berbeda guna memperkaya dan memperkuat temuan penelitian.

Denzin (1978) dan Patton (1999) mengidentifikasi empat jenis triangulasi, yaitu: pertama, triangulasi sumber data, yang melibatkan penggunaan data dari berbagai waktu, tempat, dan individu yang berbeda. Kedua, triangulasi peneliti, yang melibatkan beberapa peneliti dalam pengumpulan atau analisis data untuk meningkatkan keandalan temuan. Ketiga, triangulasi teori, yang menggunakan berbagai perspektif teori dalam penelitian untuk memahami fenomena yang lebih luas. Terakhir, triangulasi teknik, yang menggabungkan berbagai metodologi untuk mendekati topik yang sama dari berbagai sudut pandang, guna memberikan pemahaman yang lebih komprehensif.

Penulis menggunakan triangulasi sumber data dan triangulasi teknik. Dengan triangulasi sumber data, penulis dapat mengumpulkan data dari beberapa pegawai BPJS Kesehatan Yogyakarta yang terlibat dalam program JKN serta memiliki keterlibatan dalam strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud*. Selain itu, penulis juga dapat menggunakan berbagai dokumen resmi, seperti regulasi BPJS yang diatur dalam Permenkes No. 16 Tahun 2019 maupun Perdir BPJS No. 67 Tahun 2021. Sedangkan triangulasi teknik dilakukan dengan wawancara secara mendalam dengan pegawai BPJS Kesehatan Yogyakarta lalu hasil datanya akan dibandingkan dengan dokumen yang ada.

Setelah penelitian selesai dilakukan, penulis juga akan melakukan *member checking*. Dalam penelitian kualitatif, *member checking* digunakan untuk memastikan keakuratan temuan dengan mengembalikan laporan akhir, deskripsi, atau tema tertentu kepada partisipan. Langkah ini bertujuan untuk menilai apakah partisipan merasa bahwa temuan tersebut sesuai dengan pengalaman mereka (Nasution, 2024). Penulis mengembalikan data atau hasil penelitian kepada pihak yang memberikan informasi (narasumber), dalam hal ini BPJS Kesehatan Yogyakarta, untuk memverifikasi akurasi dan kesesuaian dengan pengalaman mereka. Jika ditemukan ketidaksesuaian dalam data, narasumber diberi kesempatan untuk melakukan koreksi. Data yang telah

dikoreksi tersebut selanjutnya akan digunakan oleh penulis sebagai bahan penelitian.

BAB IV

ANALISIS DATA DAN PEMBAHASAN

4.1 Pengenalan Bab

Pada bab ini, penulis menyajikan hasil penelitian mengenai penerapan strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta. Bagian awal bab ini akan menjelaskan profil singkat BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta sebagai latar konteks penelitian. Selanjutnya, penulis memaparkan temuan berdasarkan hasil wawancara dengan informan serta analisis dokumen terkait. Temuan ini diuraikan untuk menjawab pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan, khususnya mengenai bentuk-bentuk risiko *fraud* yang dihadapi, serta strategi yang diterapkan untuk mencegah dan mendeteksinya. Di akhir bab, penulis menyampaikan kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan strategi tersebut serta memberikan saran untuk mendukung optimalisasi penerapan strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* di tingkat cabang.

4.2 Profil BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta

4.2.1 Sejarah BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan merupakan bagian dari transformasi sistem jaminan kesehatan nasional yang telah berkembang sejak era kemerdekaan Indonesia. Awalnya, layanan jaminan kesehatan di Indonesia dimulai

pada tahun 1968 melalui pembentukan Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK), yang fokus memberikan layanan bagi pegawai negeri dan pensiunan beserta keluarganya. Seiring waktu, badan ini mengalami beberapa perubahan, mulai dari menjadi Perum Husada Bhakti (PHB) pada tahun 1984, kemudian berubah menjadi PT Askes (Persero) pada tahun 1992. PT Askes (Persero) juga dipercaya untuk melaksanakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan umum bekerja sama dengan pemerintah daerah.

Transformasi besar terjadi pada 1 Januari 2014, ketika PT Askes (Persero) resmi beralih menjadi BPJS Kesehatan sesuai amanat Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Sejak saat itu, BPJS Kesehatan menjadi penyelenggara utama program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), termasuk di Kota Yogyakarta. BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta dibentuk sebagai salah satu unit pelaksana operasional di daerah guna memastikan implementasi Program JKN berjalan dengan optimal di bawah koordinasi Divisi Regional VI yang meliputi wilayah Jawa Tengah dan Daerah Istimewa Yogyakarta. Sejak beroperasi, kantor cabang ini menjadi ujung tombak pelayanan dan pengawasan terhadap fasilitas kesehatan, peserta JKN, serta pemangku kepentingan lain di tingkat regional.

Hingga kini, BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta bekerja sama dengan puluhan fasilitas kesehatan tingkat pertama dan lanjutan, serta berkontribusi besar dalam pencapaian Universal Health Coverage (UHC) di Kota Yogyakarta, dengan cakupan kepesertaan JKN yang hampir mencapai 97% dari jumlah penduduk kota. Kolaborasi dengan pemerintah daerah dan berbagai pemangku kepentingan terus dilakukan untuk memastikan masyarakat Kota Yogyakarta mendapatkan layanan kesehatan yang adil, merata, dan profesional.

4.2.2 Visi dan Misi

1. Visi

Menjadi badan penyelenggara yang dinamis, akuntabel, dan tepercaya untuk mewujudkan jaminan kesehatan yang berkualitas, berkelanjutan, berkeadilan, dan inklusif.

2. Misi

a. Meningkatkan kualitas layanan kepada peserta melalui layanan terintegrasi berbasis teknologi informasi.
b. Menjaga keberlanjutan Program JKN-KIS dengan menyeimbangkan antara dana jaminan sosial dan biaya manfaat yang terkendali.
c. Memberikan jaminan kesehatan yang berkeadilan dan inklusif mencakup seluruh penduduk Indonesia.

d. Memperkuat engagement dengan meningkatkan sinergi dan kolaborasi pemangku kepentingan dalam mengimplementasikan program JKN-KIS.
e. Meningkatkan kapabiltas Badan dalam menyelenggarakan Program JKN-KIS secara efisien dan efektif yang akuntabel, berkehati-hatian dengan prinsip tata kelola yang baik, SDM yang produktif, mendorong transformasi digital serta inovasi yang berkelanjutan.

4.2.3 Tugas dan Fungsi Utama

1. Tugas Utama

a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta.
b. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja.
c. Menerima bantuan iuran dari pemerintah.
d. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta.
e. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial.
f. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial.
g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

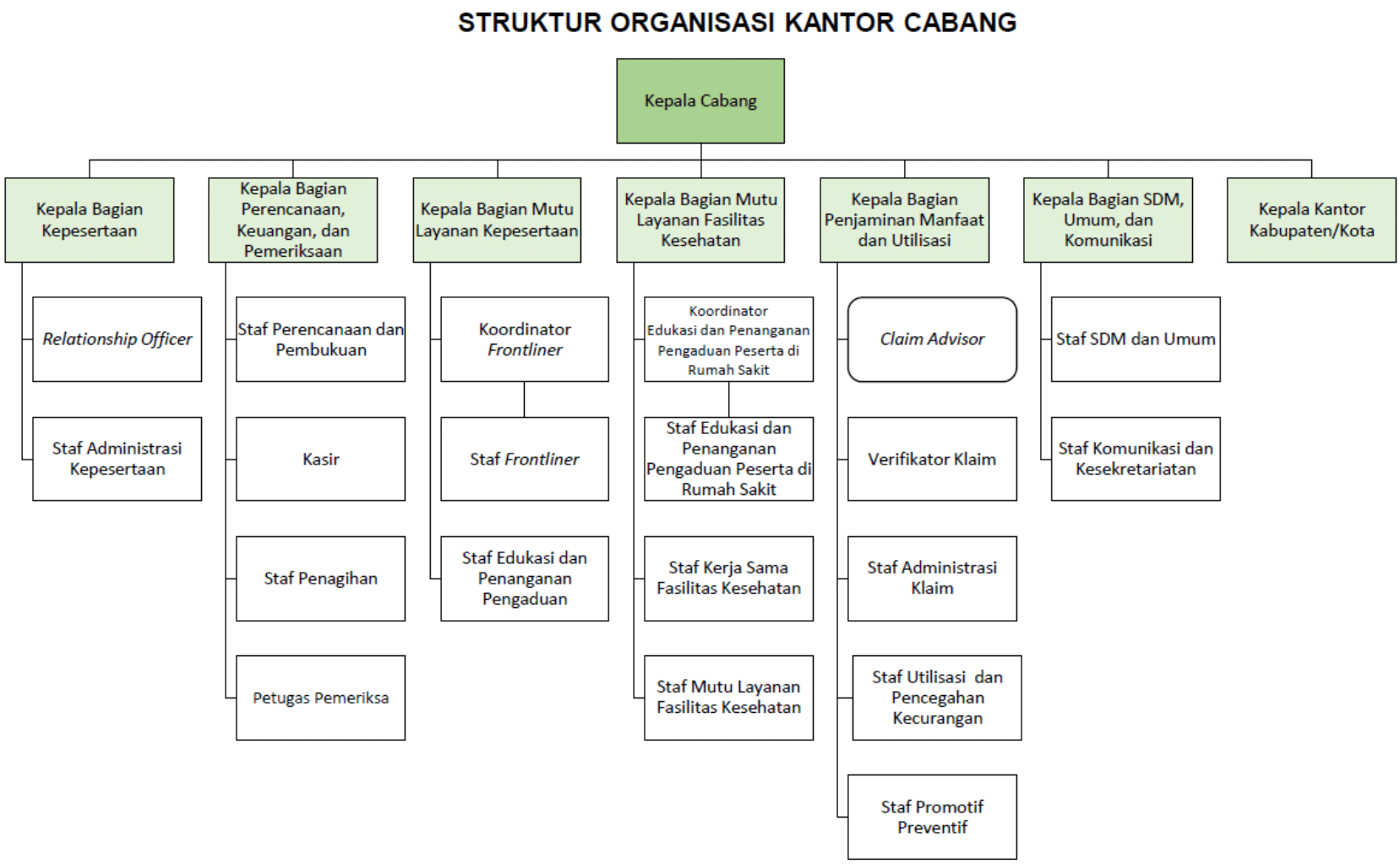
2. Fungsi Utama

BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional bahwa Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

4.2.4 Struktur Organisasi

Struktur organisasi BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta terdiri dari beberapa unit kerja yang mendukung pelaksanaan tugas dan fungsi tersebut, antara lain:

Gambar 4. 1 Struktur Organisasi BPJS Kesehatan KC Yogyakarta



Sumber: Narasumber (LT)

Berikut penjelasan struktur organisasi BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta berdasarkan bagan diatas:

1. Kepala Cabang

   Merupakan pimpinan tertinggi yang bertanggung jawab atas seluruh operasional dan kinerja kantor cabang. Kepala cabang mengoordinasikan semua bagian/unit di bawahnya, mengambil keputusan strategis, serta memastikan seluruh kebijakan dan program berjalan sesuai dengan ketentuan.

2. Kepala Bagian Kepesertaan

   Bertugas mengelola administrasi kepesertaan, termasuk pendaftaran peserta, layanan informasi, dan edukasi kepada peserta JKN. Didukung oleh Relationship Officer dan staf administrasi kepesertaan.

3. Kepala Bagian Perencanaan, Keuangan, dan Pemeriksaan

   Bertanggung jawab atas perencanaan keuangan, pembukuan, penagihan iuran, serta pelaksanaan pemeriksaan internal. Unit ini memastikan pengelolaan dana berjalan transparan dan akuntabel.

4. Kepala Bagian Mutu Layanan Kepesertaan

   Mengelola kualitas layanan peserta melalui koordinasi frontline dan staf edukasi serta penanganan pengaduan. Bagian ini berfokus pada peningkatan mutu pelayanan dan kepuasan peserta.

5. Kepala Bagian Mutu Layanan Fasilitas Kesehatan

Bertugas menjamin mutu layanan di fasilitas kesehatan mitra BPJS. Meliputi edukasi dan penanganan pengaduan peserta di rumah sakit, kerja sama fasilitas kesehatan, serta pemantauan mutu layanan.

6. Kepala Bagian Penjaminan Manfaat dan Utilisasi

   Mengelola proses klaim, verifikasi klaim, administrasi klaim, serta pemantauan utilisasi dan pencegahan kecurangan (*fraud*). Terdapat juga staf promotif preventif untuk mendukung upaya pencegahan penyakit dan edukasi peserta.

7. Kepala Bagian SDM, Umum, dan Komunikasi

   Bertugas mengelola sumber daya manusia, administrasi umum, serta komunikasi dan kesekretariatan. Bagian ini mendukung kelancaran operasional kantor cabang secara menyeluruh.

8. Kepala Kantor Kabupaten/Kota

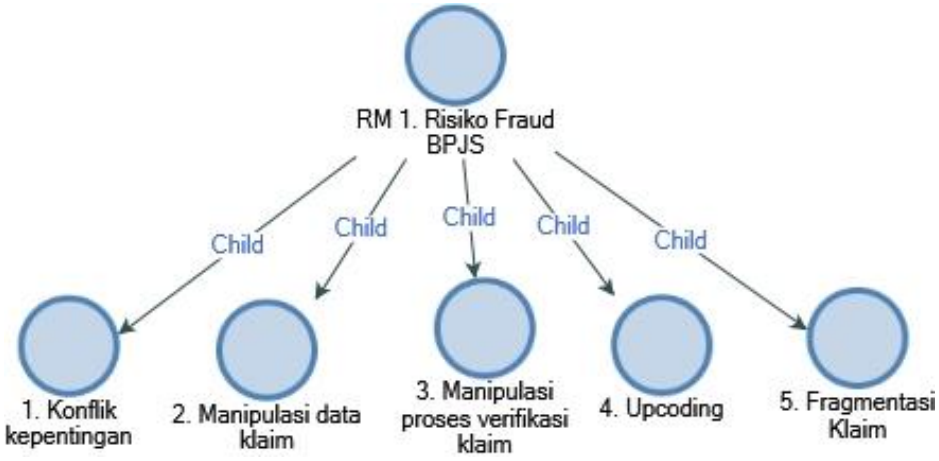
   Mengelola dan mengoordinasikan layanan BPJS di tingkat kabupaten/kota di wilayah kerja DIY, serta melaporkan perkembangan dan kebutuhan ke kantor cabang utama

4.3 Analisis Risiko Kecurangan dalam Program JKN di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta

Dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta, terdapat sejumlah potensi risiko

kecurangan (*fraud*) yang dapat terjadi. Masing-masing risiko dianalisis berdasarkan wawancara mendalam dengan informan dari pihak internal BPJS. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan, berikut ini adalah beberapa bentuk risiko kecurangan yang teridentifikasi:

Gambar 4. 2 Peta Analitis Risiko Kecurangan dalam Program JKN di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta



Sumber: Aplikasi Nvivo 12

4.3.1 Konflik Kepentingan

Konflik kepentingan menjadi salah satu risiko kecurangan yang cukup rawan terjadi dalam pelaksanaan Program JKN. Risiko ini muncul ketika seseorang memiliki dua peran atau kepentingan yang saling bertentangan sehingga dapat memengaruhi objektivitas dalam proses pengambilan keputusan.

Berdasarkan hasil wawancara, konflik kepentingan sering kali ditemui baik di internal faskes. NV (2025), salah satu informan dari pihak BPJS, mengungkapkan bahwa faskes sering kali memiliki kepentingan internal terkait peningkatan pendapatan. Hal ini dapat menjadi hambatan dalam implementasi pencegahan kecurangan.

> *"Kalau dari faskes itu tantangannya gini Mbak… Faskes itu kan masih ada kepentingan internal ya. Kalau di faskes itu kan masih ada unsur bagaimana caranya meningkatkan pendapatan, nah itu yang nantinya menyebabkan benturan kepentingan dalam melakukan pencegahan kecurangan."* ujar NV (2025).

Konflik kepentingan juga dapat terjadi dalam bentuk ganda peran antara tenaga medis atau pegawai BPJS Kesehatan dengan faskes mitra. LT (2025b) menjelaskan bahwa terdapat kemungkinan seorang dokter yang bekerja sebagai pegawai BPJS Kesehatan juga berpraktik di faskes mitra, atau bahkan seorang pegawai BPJS Kesehatan yang berperan sebagai verifikator namun juga mengajukan klaim. Hal ini tentu sangat rentan terhadap praktik manipulasi data atau penyalahgunaan wewenang.

> *"Misalkan Mbak DA itu dokter tapi juga praktek di luar itu juga berbenturan kepentingannya. Lalu misal Mbak*

> *DA ini karyawan BPJS sebagai verifikator tapi melakukan pengajuan klaim, nah itu kan juga berbenturan kepentingannya. Jadi kita ada ketentuannya bahwa pegawai BPJS Kesehatan itu tidak boleh praktek, tidak boleh bekerja sama dengan faskes yang bekerjasama dengan BPJS."* ujar LT (2025b).

Untuk memitigasi hal tersebut, BPJS Kesehatan telah membuat regulasi yang melarang pegawainya bekerja sama atau berpraktik di faskes yang menjadi mitra BPJS. Salah satu bentuk pencegahan yang diterapkan adalah pakta integritas dan setiap pegawai yang terbukti melanggar aturan tersebut diharuskan untuk mengundurkan diri (RA, 2025). Pernyataan ini juga didukung oleh LT (2025b) bahwa dalam praktiknya, BPJS Kesehatan juga telah membangun sistem pengawasan berbasis data untuk menghindari benturan kepentingan, salah satunya dengan memantau data praktik tenaga medis berdasarkan Surat Izin Praktik (SIP). Namun, menurut DA (2025) , masih terdapat toleransi apabila seorang dokter atau pegawai BPJS Kesehatan tetap berpraktik, asalkan di faskes yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

4.3.2 Manipulasi Data Klaim

Salah satu bentuk risiko *fraud* yang cukup signifikan dalam pelaksanaan Program JKN adalah manipulasi data klaim. Manipulasi data klaim dapat terjadi dalam berbagai bentuk, seperti pengubahan kode diagnosis, penambahan billing, atau penyesuaian data pada dokumen klaim yang diajukan oleh faskes.

Berdasarkan hasil wawancara dengan NV (2025), terungkap bahwa pendeteksian terhadap tindakan manipulatif dalam klaim kesehatan dilakukan melalui kombinasi antara kompetensi verifikator dan bantuan sistem aplikasi verifikasi. BPJS Kesehatan telah memiliki aplikasi yang berfungsi untuk membantu proses verifikasi klaim. Dengan sistem ini, klaim yang masuk akan difilter secara otomatis dan diverifikasi ulang oleh petugas. Hal tersebut juga didukung oleh DA (2025) bahwa penggunaan sistem digital dan basis data elektronik juga dinilai mampu meminimalisasi risiko manipulasi karena semua data di BPJS Kesehatan kini telah berbentuk *soft file*. Selain itu, data awal yang diterima oleh BPJS Kesehatan dianggap sebagai acuan utama karena sebelumnya faskes telah menandatangani surat pertanggungjawaban mutlak atas kebenaran data tersebut.

Jika ditemukan indikasi manipulasi, misalnya perubahan kode diagnosis atau penambahan billing setelah klaim diajukan, tim

verifikator akan melakukan konfirmasi dan *crosscheck* dengan dokumen asli dan resume medis dokter.

> *"Ketika ada manipulasi data misalnya klaim tersebut dilakukan konfirmasi ke faskes, terus faskes ada menambahkan sesuatu, kan kita crosscheck juga di data lama yang sudah diajukan apakah sudah sesuai atau ada penambahan billing, kalau misalkan tidak ada maka kita mengacunya ke data lama."* Ujar DA (2025).

Salah satu bentuk umum manipulasi adalah pengubahan kode diagnosis yang tidak sesuai dengan kondisi medis pasien. Menanggapi hal ini, DA (2025) menekankan pentingnya dokumen pendukung sebagai landasan verifikasi.

> *"Kita lakukan konfirmasi dan pengecekan berkas, jadi kalau kita konfirmasi dan ada perubahan kode diagnosa yang tadi, kita tetap mengacu pada dokumen asli, apakah memang di dokumen asli itu ada yang mendukung perubahan tersebut atau ga. Tapi kalau misalkan tidak ditemukan perubahan pada dokumen asli kita tetap melakukan konfirmasi itu. Pada dasarnya apapun yang diajukan rumah sakit itu harus ada berkas pendukung, kalau tidak ada berkas pendukung maka*

kita tidak akan bisa sepakat melakukan verifikasi." Ujar DA (2025).

Selain itu, RA (2025) menambahkan bahwa BPJS dapat meminta dan melihat rekam medis pasien secara langsung di rumah sakit sebagai bentuk verifikasi lanjutan, sesuai ketentuan kerahasiaan data medis.

Secara keseluruhan, risiko manipulasi data klaim diantisipasi melalui kombinasi aplikasi verifikasi, kompetensi verifikator, pemeriksaan dokumen pendukung, serta mekanisme audit internal dan eksternal. BPJS Kesehatan juga menerapkan sistem *whistleblowing* dan pakta integritas untuk memperkuat budaya integritas dan mencegah terjadinya manipulasi data klaim oleh pihak internal. Dengan pendekatan berlapis dan kolaborasi aktif antara BPJS dan faskes, diharapkan potensi *fraud* berupa manipulasi data klaim dapat diminimalkan dan kualitas layanan JKN tetap terjaga.

4.3.3 Manipulasi Proses Verifikasi Klaim

Proses verifikasi klaim menjadi salah satu tahapan penting dalam mencegah terjadinya *fraud* dalam sistem jaminan kesehatan. Proses verifikasi klaim diatur secara ketat melalui Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit, di mana rumah sakit diwajibkan melakukan verifikasi internal sebelum pengajuan klaim dan

menyerahkan surat pertanggungjawaban mutlak dari pimpinan faskes bahwa klaim yang diajukan telah benar dan bersedia mengembalikan dana apabila kemudian ditemukan ketidaksesuaian saat proses audit (NV, 2025). Selain itu, aplikasi bantu verifikasi berperan penting dalam proses ini.

> *"Aplikasinya itu sudah mampu membaca koding-koding mana yang sesuai dan ga sesuai, ada filter-filternya juga,"* ungkap NV (2025).

Dalam praktiknya, potensi manipulasi tetap dapat terjadi pada berbagai tahapan proses verifikasi klaim oleh faskes. DA (2025) menjelaskan bahwa pada tingkat faskes, masih ditemukan kasus di mana peserta mencoba mengakses pelayanan yang sebenarnya tidak dijaminkan. Salah satu modus yang disebutkan adalah pasien langsung masuk ke IGD tanpa kondisi darurat, atau pemecahan serial klaim yang seharusnya dibuat satu kali dalam sebulan namun diajukan beberapa kali. Bahkan, ditemukan pula tindakan rawat inap yang sebenarnya tidak diperlukan atau pasien tidak segera dipulangkan meskipun kondisinya telah membaik.

Sistem deteksi terhadap manipulasi klaim dilakukan melalui proses verifikasi pasca klaim (VPK) yang rutin dilakukan setiap bulan. Dalam proses ini, klaim yang telah dibayarkan akan dikaji ulang. Bila

ditemukan ketidaksesuaian, akan dilakukan konfirmasi kepada faskes dan klaim yang tidak sesuai akan ditindaklanjuti dengan koreksi klaim (DA, 2025). Namun demikian, karena sistem verifikasi menggunakan metode *sampling*, masih ada kemungkinan beberapa klaim bermasalah lolos dari pemeriksaan awal.

BPJS Kesehatan menerapkan berbagai langkah preventif dan deteksi dini, seperti penggunaan aplikasi verifikasi dengan filter otomatis, audit internal oleh Satuan Pengawas Internal (SPI), serta sistem whistleblowing dan pakta integritas yang wajib ditandatangani pegawai setiap tahun (LT, 2025b). Jika ditemukan indikasi manipulasi dalam proses verifikasi, kasus dapat dinaikkan ke Tim Kendali Mutu dan Pembiayaan (TKMKB) yang terdiri dari dokter spesialis untuk mendapatkan keputusan yang objektif.

4.3.4 *Upcoding*

Upcoding terjadi ketika fasilitas kesehatan mengajukan kode diagnosis atau tindakan medis yang lebih tinggi dari kondisi sebenarnya pasien, sehingga nilai klaim yang diajukan menjadi lebih besar dari yang seharusnya dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Menurut DA (2025), risiko *upcoding* umumnya terdeteksi melalui proses konfirmasi diagnosis dan prosedur yang dilakukan pihak BPJS terhadap rumah sakit.

> *"Kalau misalkan di rumah sakit itu, kita sering konfirmasi diagnosa sama prosedur yang dilakukan, itu juga bisa jadi ada potensi upcoding, jika tindakan dilakukan itu tidak sesuai dengan yang diajukan ke kita,"* ungkap DA (2025).

Pernyataan ini menegaskan bahwa terdapat kasus di mana tindakan medis yang sebenarnya dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam klaim yang diajukan. Hal ini dapat menimbulkan kerugian bagi sistem pembiayaan JKN apabila tidak segera terdeteksi.

DA (2025) juga menjelaskan adanya berbagai modus yang berpotensi berkaitan dengan *upcoding*. Misalnya, pasien yang seharusnya menjalani rawat jalan namun diklaim sebagai rawat inap, atau pasien yang rawat inap di tingkat pertama yang seharusnya sudah bisa pulang namun tetap dipertahankan di faskes untuk memperbesar nilai klaim.

Secara keseluruhan, pernyataan narasumber menegaskan bahwa *upcoding* merupakan risiko *fraud* yang cukup signifikan dan memerlukan pengawasan berlapis, termasuk konfirmasi medis serta verifikasi administratif agar tidak terjadi kelebihan pembayaran yang merugikan sistem JKN.

4.3.5 Fragmentasi Klaim

Salah satu potensi risiko *fraud* yang teridentifikasi dalam Program JKN di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta adalah fragmentasi klaim, yaitu pemecahan satu episode pelayanan menjadi beberapa klaim terpisah dengan tujuan meningkatkan total pembayaran. Meskipun tidak secara eksplisit diakui sebagai bentuk *fraud* dalam wawancara, indikasi praktik ini muncul dari penjelasan narasumber mengenai pola pengajuan klaim yang tidak sesuai periode layanan sebenarnya. Sebagaimana disampaikan oleh DA (2025),

> *"Terus juga ada pemecahan serial itu juga bisa, seharusnya dibuat sekali sebulan tapi dibuat beberapa kali,"* ungkap DA (2025).

Pernyataan tersebut mencerminkan adanya kemungkinan pemecahan klaim secara tidak semestinya oleh penyedia layanan, yang seharusnya diajukan dalam satu periode, namun dipecah menjadi beberapa kali untuk mendapatkan akumulasi pembayaran yang lebih besar. Fragmentasi klaim ini berbeda dengan *upcoding*, karena bukan mengubah jenis atau tingkat layanan, melainkan memanipulasi frekuensi klaim berdasarkan pemecahan administratif yang tidak mencerminkan layanan medis sebenarnya.

Risiko ini menunjukkan pentingnya sistem verifikasi yang ketat dan audit berlapis untuk mengidentifikasi pola pengajuan klaim yang mencurigakan. Selain itu, perlu adanya peningkatan pemahaman teknis bagi verifikator dan faskes tentang batasan administratif pengajuan klaim agar tidak terjadi penyimpangan yang merugikan keuangan program JKN.

4.4 Mekanisme Penerapan Strategi Pencegahan dan Pendeteksian *Fraud* oleh BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta

Pada bagian ini, penulis akan menguraikan secara rinci bagaimana BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta menerapkan strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Penjelasan ini mencakup langkah-langkah teknis serta berbagai instrumen kebijakan yang digunakan sebagai bentuk komitmen dalam meminimalkan risiko *fraud*. Selain itu, pembahasan juga akan mencakup mekanisme operasional yang dilaksanakan mulai dari proses awal pencegahan hingga sistem deteksi dini terhadap indikasi *fraud* yang mungkin terjadi. Data yang dikumpulkan dan diproses melalui aplikasi NVivo 12 ditunjukkan dalam peta analisis berikut:

Tabel 4. 1 Matrix Coding Mekanisme Penerapan Strategi Pencegahan dan Pendeteksian

	A : 3. Permenkes 16 Tahun 2019	B : Pencegahan *Fraud* BPJS	C : Identfikasi risiko	D : Komitmen seluruh jajaran	E : Pakta integritas	F : Pelaksanaan princip GCG	G : Pembentukan tim pencegahan kecurangan	H : Pengembangan pelayanan kendali mutu & biaya	I : Sosialisasi kepada pegawai
1. Pencegahan *Fraud* BPJS Cabang Kota Yogyakarta	No	No	No	No	No	No	No	No	No
a. Identifikasi risiko	No	No	Yes	No	No	Yes	No	No	No
b. Komitmen seluruh jajaran	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes	No	Yes
c. Pakta integritas	No	No	No	Yes	Yes	No	No	No	No
d. Pelaksanaan prinsip GCG	No	No	Yes	No	No	Yes	No	No	No
e. Pembentukan tim pencegahan kecurangan	No	No	No	Yes	No	No	Yes	No	No
f. Pengembangan pelayanan kendali mutu & biaya	No	No	No	No	No	No	No	Yes	No
g. Sosialisasi kepada pegawai	No	No	No	Yes	No	No	No	No	Yes
h. Surat Pertanggungjawaban Mutlak (SPM) dari faskes	No	No	No	Yes	No	No	No	No	No
i. Verifikasi biometrik	No	No	No	No	No	No	No	No	No
2. Pendeteksian *Fraud* BPJS Cabang Kota Yogyakarta	No	No	No	No	No	No	No	No	No
a. Audit rutin	No	No	Yes	Yes	Yes	No	No	No	No
b. Dukungan Sistem IT	No	No	No	Yes	No	No	No	No	No
c. Monitoring pembayaran iuran peserta	No	No	No	No	No	No	No	No	No
d. Pemeriksaan kepatuhan	No	No	Yes	Yes	No	Yes	No	No	No
e. Penguatan pengawasan dan SPI	No	No	No	No	No	No	No	No	No
f. *Real time* data kepesertaan	No	No	No	No	No	No	No	No	No
g. *Updating data*	No	No	No	No	No	No	No	No	No
h. Whistleblowing system	No	No	No	No	No	No	No	No	Yes

Sumber: Aplikasi Nvivo 12

	J : Sosialisasi kepada Peserta	K : Pendeteksian *Fraud* BPJS	L : Dukungan Sistem IT	M : Monitoring dan evaluasi rutin	N : Monitoring pembayaran iuran peserta	O : Pemeriksaan kepatuhan	P : Penguatan pengawasan dan SPI	Q : *Real time* data kepesertaan	R : *Updating data*	S : Whistleblowing system
1. Pencegahan *Fraud* BPJS Cabang Kota Yogyakarta	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
a. Identifikasi risiko	No	No	No	Yes	No	Yes	No	No	No	No
b. Komitmen seluruh jajaran	No	No	Yes	Yes	No	Yes	No	No	No	No
c. Pakta integritas	No	No	No	Yes	No	No	No	No	No	No
d. Pelaksanaan prinsip GCG	No	No	No	No	No	Yes	No	No	No	No
e. Pembentukan tim pencegahan kecurangan	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
f. Pengembangan pelayanan kendali mutu & biaya	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
g. Sosialisasi kepada pegawai	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Yes
h. Surat Pertanggungjawaban Mutlak (SPM) dari faskes	No	No	Yes	Yes	No	No	No	No	No	No
i. Verifikasi biometrik	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
2. Pendeteksian *Fraud* BPJS Cabang Kota Yogyakarta	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
a. Audit rutin	No	No	Yes	Yes	No	Yes	Yes	No	No	Yes
b. Dukungan Sistem IT	No	No	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	No
c. Monitoring pembayaran iuran peserta	No	No	Yes	No	Yes	No	No	Yes	Yes	No
d. Pemeriksaan kepatuhan	No	No	No	Yes	No	Yes	No	No	No	No
e. Penguatan pengawasan dan SPI	No	No	Yes	Yes	No	No	Yes	No	No	No
f. *Real time* data kepesertaan	No	No	Yes	No	Yes	No	No	Yes	Yes	No
g. *Updating data*	No	No	Yes	No	Yes	No	No	Yes	Yes	No
h. Whistleblowing system	No	No	No	Yes	No	No	No	No	No	Yes

Sumber: Aplikasi Nvivo 12

	A : 4. Perdir BPJS Nomor 67 Tahun 2021	B : Pencegahan *Fraud* BPJS	C : Anti *Fraud* Awareness	D : Penyusunan dan sosialisasi anti *fraud* statement	E : Program customer awareness	F : Program employee awareness	G : Identfikasi risiko
1. Pencegahan *Fraud* BPJS Cabang Kota Yogyakarta	No	No	No	No	No	No	No
a. Identifikasi risiko	No	No	No	No	No	No	Yes
b. Komitmen seluruh jajaran	No	No	Yes	Yes	No	Yes	No
c. Pakta integritas	No	No	No	No	No	No	No
d. Pelaksanaan prinsip GCG	No	No	No	No	No	No	No
e. Pembentukan tim pencegahan kecurangan	No	No	No	No	No	No	No
f. Pengembangan pelayanan kendali mutu & biaya	No	No	No	No	No	No	No
g. Sosialisasi kepada pegawai	No	No	Yes	Yes	No	Yes	No
h. Surat Pertanggungjawaban Mutlak (SPM) dari faskes	No	No	No	No	No	No	No
i. Verifikasi biometrik	No	No	No	No	No	No	No
2. Pendeteksian *Fraud* BPJS Cabang Kota Yogyakarta	No	No	No	No	No	No	No
a. Audit rutin	No	No	No	No	No	No	No
b. Dukungan Sistem IT	No	No	No	No	No	No	No
c. Monitoring pembayaran iuran peserta	No	No	No	No	No	No	No
d. Pemeriksaan kepatuhan	No	No	No	No	No	No	No
e. Penguatan pengawasan dan SPI	No	No	No	No	No	No	No
f. *Real time* data kepesertaan	No	No	No	No	No	No	No
g. *Updating data*	No	No	No	No	No	No	No
h. Whistleblowing system	No	No	Yes	Yes	No	Yes	No

Sumber: Aplikasi Nvivo 12

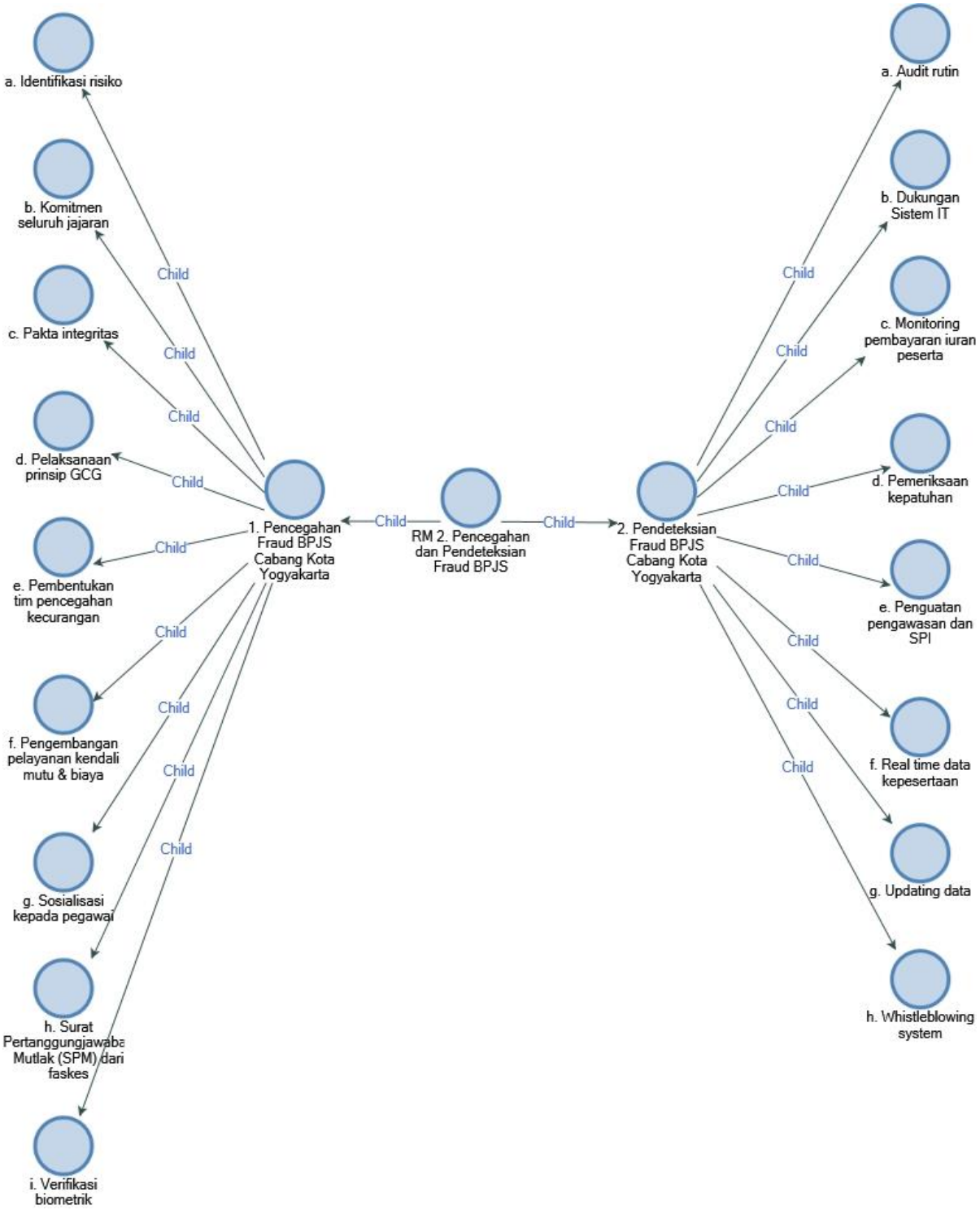
	H : Dokumentasi hasil identifikasi	I : Melakukan pengkinian informasi	J : Proses identifikasi, analisis, dan menilai setiap aktivitas pengelolaan Iuran	K : Know your employee	L : Kebijakan mengenali karyawan	M : Sistem dan prosedur rekruitmen yang efektif.	N : sistem seleksi dengan kualifikasi yang tepat
1. Pencegahan *Fraud* BPJS Cabang Kota Yogyakarta	No	No	No	No	No	No	No
a. Identifikasi risiko	Yes	Yes	Yes	No	No	No	No
b. Komitmen seluruh jajaran	No	No	No	No	No	No	No
c. Pakta integritas	No	No	No	No	No	No	No
d. Pelaksanaan prinsip GCG	No	No	No	No	No	No	No
e. Pembentukan tim pencegahan kecurangan	No	No	No	No	No	No	No
f. Pengembangan pelayanan kendali mutu & biaya	No	No	No	No	No	No	No
g. Sosialisasi kepada pegawai	No	No	No	No	No	No	No
h. Surat Pertanggungjawaban Mutlak (SPM) dari faskes	No	No	No	No	No	No	No
i. Verifikasi biometrik	No	No	No	No	No	No	No
2. Pendeteksian *Fraud* BPJS Cabang Kota Yogyakarta	No	No	No	No	No	No	No
a. Audit rutin	No	No	No	No	No	No	No
b. Dukungan Sistem IT	No	No	No	No	No	No	No
c. Monitoring pembayaran iuran peserta	No	No	No	No	No	No	No
d. Pemeriksaan kepatuhan	No	No	No	No	No	No	No
e. Penguatan pengawasan dan SPI	No	No	No	No	No	No	No
f. *Real time* data kepesertaan	No	No	No	No	No	No	No
g. *Updating data*	No	No	No	No	No	No	No
h. Whistleblowing system	No	No	No	No	No	No	No

Sumber: Aplikasi Nvivo 12

	O : Pendeteksian *Fraud* BPJS	P : Kebijakan dan mekanisme audit	Q : Surveillance system	R : Whistleblowing system	S : Menyusun ketentuan internal	T : Menyusun sistem pelaporan *Fraud*	U : Perlindungan kepada Whistleblower
1. Pencegahan *Fraud* BPJS Cabang Kota Yogyakarta	No	No	No	No	No	No	No
a. Identifikasi risiko	No	Yes	No	No	No	No	No
b. Komitmen seluruh jajaran	No	Yes	No	No	No	No	No
c. Pakta integritas	No	Yes	No	No	No	No	No
d. Pelaksanaan prinsip GCG	No	No	No	No	No	No	No
e. Pembentukan tim pencegahan kecurangan	No	No	No	No	No	No	No
f. Pengembangan pelayanan kendali mutu & biaya	No	No	No	No	No	No	No
g. Sosialisasi kepada pegawai	No	No	No	Yes	Yes	Yes	Yes
h. Surat Pertanggungjawaban Mutlak (SPM) dari faskes	No	Yes	No	No	No	No	No
i. Verifikasi biometrik	No	No	No	No	No	No	No
2. Pendeteksian *Fraud* BPJS Cabang Kota Yogyakarta	No	No	No	No	No	No	No
a. Audit rutin	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
b. Dukungan Sistem IT	No	Yes	Yes	No	No	No	No
c. Monitoring pembayaran iuran peserta	No	No	No	No	No	No	No
d. Pemeriksaan kepatuhan	No	Yes	No	No	No	No	No
e. Penguatan pengawasan dan SPI	No	Yes	Yes	No	No	No	No
f. *Real time* data kepesertaan	No	No	No	No	No	No	No
g. *Updating data*	No	No	No	No	No	No	No
h. Whistleblowing system	No	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes

Sumber: Aplikasi Nvivo 12

Gambar 4. 3 Peta Analitis Mekanisme Penerapan Strategi Pencegahan dan Pendeteksian *Fraud* oleh BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta



Sumber: Aplikasi Nvivo 12

4.4.1 Strategi Pencegahan *Fraud*

Dalam upaya menjaga integritas Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta menerapkan berbagai strategi pencegahan kecurangan (*fraud*) yang mengacu pada ketentuan Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 dan Perdir BPJS No. 67 Tahun 2021.

1. Identifikasi Risiko

Strategi identifikasi risiko yang dijalankan BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta telah sejalan dengan ketentuan dalam Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*). Sebagaimana dijelaskan oleh LT (2025a) bahwa proses identifikasi risiko ini dilakukan secara sistematis sejak awal tahun melalui kegiatan rapat tahunan bersama pimpinan cabang.

> *"Setiap awal tahun kita selalu rapat untuk mengidentifikasi resiko apa saja yang mungkin sekiranya akan terjadi di Kantor Cabang BPJS ini, termasuk risiko kecurangan itu. Kita biasanya mengidentifikasi, apa dampaknya, apa penyebabnya, stakeholder nya siapa, terus goal kita itu apa. Setiap bulan itu kita ada laporan progress-*

nya, apakah resiko ini sudah semakin mengecil atau belum."

tutur LT (2025a).

Proses ini secara khusus menjawab rumusan masalah pertama tentang risiko manipulasi klaim dan konflik kepentingan, dengan memetakan celah seperti interaksi pegawai BPJS Kesehatan dengan faskes, ketidaksesuaian diagnosa, atau pelanggaran prosedur verifikasi. Hasil dari identifikasi ini kemudian dijadikan dasar dalam penyusunan langkah-langkah pencegahan dan pengendalian risiko. Proses identifikasi ini tidak hanya bersifat statis, tetapi juga dinamis, di mana pemantauan dan pelaporan perkembangan risiko dilakukan setiap bulan, baik secara manual maupun melalui sistem aplikasi yang terintegrasi hingga ke kantor pusat.

Setiap tahun, BPJS menetapkan sekitar 7–10 risiko yang dinilai memiliki dampak paling besar, termasuk risiko kecurangan. Penetapan ini mengacu pada data dari kantor pusat serta hasil identifikasi risiko di tingkat cabang. LT (2025a) menambahkan juga bahwa proses identifikasi risiko juga melibatkan evaluasi atas data dan pengalaman tahun sebelumnya, sehingga strategi pencegahan dapat disesuaikan dengan kondisi aktual di lapangan.

2. Komitmen Seluruh Jajaran

Salah satu pilar utama dalam strategi pencegahan *fraud* pada pelaksanaan Program JKN adalah komitmen dari seluruh jajaran, baik internal BPJS Kesehatan maupun para pemangku kepentingan eksternal. Komitmen ini diwujudkan dalam bentuk nyata melalui berbagai kegiatan dan mekanisme formal yang menunjukkan keseriusan dalam membangun budaya pencegahan *fraud* secara menyeluruh.

Menurut NV (2025), langkah awal yang menunjukkan komitmen ini adalah pelaksanaan penandatanganan pakta integritas yang dilakukan serentak setiap awal tahun.

> *"Ini bentuk komitmen kami, Mbak, di keseluruhan pegawai. Dan harus dikumpulkan pada hari itu juga. Rame pokoknya hari itu,"* ujar NV (2025).

Strategi ini juga diperkuat dari sisi teknis dan administratif, terutama dalam kerja sama dengan rumah sakit melalui mekanisme *credentialing* dan penandatanganan Perjanjian Kerja Sama (PKS). Di dalam PKS tersebut, dicantumkan secara eksplisit komitmen dari rumah sakit untuk tidak melakukan kecurangan serta menjalankan proses pelayanan dan pengajuan klaim secara akuntabel (NV, 2025). Rumah sakit diwajibkan melakukan

verifikasi internal atas klaim yang diajukan sebelum dikirimkan ke BPJS Kesehatan. Verifikasi ini disertai dengan surat pertanggungjawaban mutlak dari pimpinan rumah sakit. Komitmen ini juga mencakup kesiapan fasilitas kesehatan untuk mengembalikan dana jika ditemukan ketidaksesuaian melalui audit internal maupun eksternal. Hal ini sesuai dengan regulasi Permenkes 16 Tahun 2019.

Komitmen pencegahan *fraud* juga melibatkan kolaborasi lintas sektor, khususnya pemerintah daerah. LT (2025b) menjelaskan bahwa keterlibatan pemerintah daerah dalam pencegahan *fraud* diwujudkan melalui Surat Keputusan (SK) Tim Pencegahan Kecurangan JKN di tingkat kabupaten/kota yang ditandatangani langsung oleh kepala daerah.

"Jadi walikota itu menunjuk dari dinas kesehatan siapa saja yang berperan aktif di tim PK-JKN lalu mereka tanda tangan. Jadi pemerintah itu ya kooperatif, berkomitmen, dan mau bersama sama mencegah kecurangan," ujar LT (2025b).

Dengan adanya komitmen menyeluruh yang terstruktur dan terdokumentasi, strategi ini secara langsung dapat mengurangi risiko konflik kepentingan dan manipulasi proses verifikasi klaim, karena seluruh jajaran dipastikan terikat secara moral dan

administratif untuk menjunjung integritas dan akuntabilitas dalam menjalankan fungsinya.

3. Pakta Integritas

Strategi pencegahan *fraud* di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta sangat menekankan pentingnya pakta integritas sebagai salah satu instrumen utama dalam membangun budaya pencegahan *fraud* di lingkungan internal. Setiap awal tahun, seluruh karyawan BPJS Kesehatan diwajibkan menandatangani pakta integritas bermeterai yang menjadi bentuk komitmen bersama untuk mencegah dan menolak segala bentuk kecurangan.

> *"Jadi setiap 2 Januari 2024 itu nanti ada pembacaan direksi, arahan direksi untuk awal tahun, dilanjutkan dengan penandatangan pakta integritas dan pencegahan kecurangan. Pakta integritas nya bermeterai. Ini bentuk komitmen kami mbak di keseluruhan pegawai. Dan harus dikumpulkan pada hari itu juga. Rame pokoknya hari itu."* jelas NV (2025).

Pernyataan tersebut juga didukung oleh LT (2025b) bahwa kegiatan penandatanganan pakta integritas memang rutin dilakukan setiap tahun dan menjadi bagian dari komitmen internal yang berjalan berdampingan dengan sistem pelaporan kecurangan atau *Whistleblowing System* (WBS).

Risiko *fraud* akibat lemahnya integritas dan benturan kepentingan di lingkungan BPJS Kesehatan, seperti yang dibahas dalam rumusan masalah pertama, dapat diminimalkan melalui penandatanganan pakta integritas. Pakta integritas ini berfungsi sebagai pengingat bagi pegawai agar tidak terlibat dalam manipulasi klaim atau penyalahgunaan wewenang.

RA (2025) menjelaskan, *"Ya itu salah satu bentuk preventifnya ya pakta integritas itu, jadi integritas itu masuk ke dalam instansi kami. Kalau misal terjadi yang seperti itu, kita sebagai pegawai ya mundur. Ga bisa kalau pegawai BPJS sambil praktek di faskes yang bekerja sama dengan BPJS."*

Oleh karena itu, pakta integritas tidak hanya menjadi simbol komitmen, tetapi juga menjadi landasan etika dan aturan perilaku yang wajib dipatuhi oleh seluruh pegawai BPJS Kesehatan.

4. Pelaksanaan Prinsip *Good Corporate Governance* (GCG)

Penerapan prinsip *Good Corporate Governance* (GCG) menjadi bagian penting dalam strategi pencegahan kecurangan di lingkungan BPJS Kesehatan. NV (2025) mengungkapkan bahwa selain penandatanganan pakta integritas, pelaksanaan kebijakan pencegahan kecurangan juga dijalankan dengan menerapkan prinsip-prinsip GCG. Prinsip GCG dijalankan tidak hanya sebagai

formalitas, tetapi juga melalui pengawasan dan audit internal terhadap kepatuhan dan manajemen risiko.

LT (2025a) menambahkan bahwa pengelolaan risiko menjadi bagian dari penerapan GCG dan dilaksanakan secara sistematis.

"Setiap awal tahun kita selalu rapat untuk mengidentifikasi risiko apa saja yang mungkin sekiranya akan terjadi di Kantor Cabang BPJS ini, termasuk risiko kecurangan itu," jelas LT (2025a).

Dalam proses identifikasi ini, institusi tidak hanya memetakan jenis risiko, tetapi juga menganalisis penyebab, dampak, pihak terkait, serta menetapkan tujuan mitigasinya. Evaluasi atas risiko tersebut dilakukan secara berkala, bahkan dilaporkan setiap bulan.

Implementasi prinsip *Good Corporate Governance (GCG)* yang diatur dalam Permenkes No. 16 Tahun 2019 dapat memperkuat integritas, transparansi, dan akuntabilitas dalam proses pelayanan, pengelolaan klaim, serta hubungan antarpegawai dan mitra kerja. Strategi ini secara khusus berperan dalam mengurangi risiko manipulasi data maupun klaim yang dijelaskan pada rumusan masalah pertama, karena GCG mendorong adanya pengawasan yang independen, pembagian kewenangan yang jelas,

serta pengambilan keputusan yang berdasarkan etika dan aturan organisasi.

5. Pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan

Salah satu strategi utama dalam pencegahan kecurangan di lingkungan BPJS Kesehatan adalah dengan pembentukan tim pencegahan kecurangan yang terstruktur dan melibatkan berbagai pemangku kepentingan, baik dari internal maupun eksternal. NV (2025) menjelaskan bahwa di lingkungan internal BPJS Kesehatan, tim pencegahan ini disebut dengan AK-JKN (Anti Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional). Tim ini berada langsung di bawah kepala cabang dan dipimpin oleh kepala cabang sebagai ketua, dengan pengarah dari kedeputian wilayah. Struktur tim ini mencakup sekretaris dari bagian umum dan anggota dari berbagai kepala bagian serta verifikator.

Tim internal ini dibentuk dengan prinsip lintas fungsi, di mana setiap bagian kantor cabang memiliki perwakilan.

LT (2025b) menambahkan, *"Jadi kepala cabang sebagai ketua, kemudian Kabag SDM sebagai sekretaris. Anggotanya ada Kabag PMU, Kabag Yanfaskes... lintas fungsi, jadi setiap bagian itu ada perwakilannya masing-masing,"*

Tim ini juga memiliki peran aktif dalam melakukan sosialisasi internal terkait pencegahan kecurangan kepada seluruh jajaran kantor cabang.

Sementara itu, dari sisi eksternal, upaya pencegahan *fraud* dalam program JKN turut melibatkan pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan JKN (PK-JKN) di tingkat kabupaten/kota. Tim ini dibentuk oleh pemerintah daerah melalui Surat Keputusan (SK) pimpinan daerah, dan melibatkan lintas sektor seperti Dinas Kesehatan, asosiasi fasilitas kesehatan, organisasi profesi, serta BPJS Kesehatan sebagai bagian dari koordinasi teknis (LT, 2025b).

Selain tim-tim tersebut, pengawasan juga dilakukan oleh lembaga lain seperti SPI (Satuan Pengawas Internal) di kantor pusat serta lembaga eksternal seperti BPK, BPKP, OJK, KAP, dan KPK.

LT (2025b) menegaskan perbedaan fungsi ini dengan menyatakan, *"Kalau AK itu internal kantor kami, kalau PK itu eksternal ada Dinkes, ada asosiasi profesi dan lain-lain. Nah kalau SPI itu berdiri sendiri... pengawasannya dari BPK, BPKP, OJK, KAP, dan KPK."*

DA (2025) juga menambahkan bahwa tidak hanya BPJS Kesehatan, tetapi masing-masing faskes dan Dinas Kesehatan juga memiliki tim pencegahan kecurangan tersendiri.

Pembentukan tim pencegahan kecurangan sebagaimana diatur dalam Permenkes No. 16 Tahun 2019 juga berperan signifikan dalam mengurangi berbagai risiko kecurangan yang dibahas pada rumusan masalah pertama, karena tim ini memiliki fungsi koordinatif, evaluatif, dan pengawasan yang lebih terstruktur dalam mengidentifikasi serta menindaklanjuti potensi *fraud* secara lintas sektor.

6. Pengembangan Pelayanan Kendali Mutu & Biaya

Strategi pencegahan *fraud* di BPJS Kesehatan tidak hanya dilakukan melalui pendekatan administratif atau struktural, tetapi juga dengan melibatkan pihak-pihak profesional medis dalam pengambilan keputusan. Salah satu bentuk nyata dari strategi ini adalah pengembangan pelayanan melalui Tim Kendali Mutu dan Pembiayaan (TKMKB). Tim ini berperan sebagai mediator dan sumber pertimbangan keilmuan dalam menyelesaikan perbedaan pandangan antara BPJS dan fasilitas kesehatan mitra, khususnya dalam kasus temuan yang berpotensi mengarah pada *fraud*.

"*Kalau tidak ada kata sepakat dengan eksternal... kita biasanya juga akan menaikkan ke TKMKB ya, Tim Kendali Mutu dan Pembiayaan,*" jelas RA (2025).

TKMKB ini terdiri dari dokter-dokter spesialis dari berbagai bidang yang memiliki kompetensi tinggi dan dianggap sebagai otoritas di rumah sakit. Peran mereka adalah memberikan pandangan objektif dan ilmiah berdasarkan keahlian mereka.

RA (2025) menambahkan bahwa tim TKMKB sangat bervariasi dan fleksibel tergantung pada kasus yang dihadapi.

"Kalau misalkan kasusnya mengenai internal, kita ya tanya ke konsultan dokter internal," tuturnya.

Melalui keberadaan TKMKB ini, keputusan yang diambil BPJS Kesehatan menjadi lebih transparan dan berbasis pada keilmuan medis. Strategi ini sejalan dengan ketentuan Permenkes No. 16 Tahun 2019, yang secara eksplisit mencantumkan komitmen seluruh jajaran sebagai komponen penting dalam pencegahan kecurangan. Selain itu, strategi ini berperan penting untuk menekan risiko-risiko seperti manipulasi data klaim, manipulasi proses verifikasi klaim, dan *upcoding*. Melalui mekanisme kendali mutu dan biaya, BPJS Kesehatan dapat memastikan bahwa pelayanan yang diberikan sesuai dengan indikasi medis dan standar yang ditetapkan, sehingga mengurangi celah terjadinya pengajuan klaim yang tidak sesuai secara sistematis.

7. Sosialisasi kepada Pegawai

Salah satu strategi utama dalam pencegahan *fraud* di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta adalah melalui sosialisasi yang rutin dan terstruktur kepada seluruh pegawai. Sosialisasi ini tidak hanya bersifat internal, tetapi juga dilakukan secara eksternal dengan mengundang rumah sakit, dinas kesehatan, dan tim kendali mutu biaya untuk membahas isu kecurangan secara bersama-sama.

Frekuensi sosialisasi dilakukan minimal dua kali dalam setahun, yaitu pada awal dan pertengahan tahun, serta dapat ditambahkan jika ada pertemuan lanjutan terkait dugaan kecurangan. NV (2025) menyatakan,

> *"Biasanya tim AK JKN KC melakukan sosialisasi tentang fraud itu di awal tahun, kadang nanti diingatkan lagi per semester kita pertemuan lagi."* jelas NV (2025).

Sosialisasi yang dilakukan mencakup pemahaman terhadap sistem pelaporan kecurangan melalui WBS, serta pemaparan regulasi terkait, salah satunya adalah Permenkes Nomor 16 Tahun 2019. Tim AK-JKN dari kantor cabang biasanya bekerja sama dengan kedeputian pusat HPPK (Hukum, Penanganan, dan Pencegahan Kecurangan) dalam pelatihan dan sosialisasi ini. NV (2025) menyampaikan bahwa kegiatan tersebut tidak hanya

melibatkan BPJS, tetapi juga melibatkan lembaga eksternal seperti KPK dan kepolisian.

Keefektifan sosialisasi internal juga diakui oleh LT (2025b) yang menegaskan bahwa:

> *"Kalau internal sejauh ini nggak ada isu ya… setiap unsur di tim AK-JKN itu memahami soal kecurangan, fungsi, tugas, dan langkah-langkahnya."* ujar LT (2025b).

Namun, NV (2025) menambahkan bahwa masalah *fraud* lebih sering terjadi di fasilitas kesehatan karena adanya benturan kepentingan, sehingga sosialisasi juga diarahkan untuk memberikan peringatan dan edukasi agar pihak rumah sakit berhati-hati dalam mengajukan klaim.

Metode pelaksanaan sosialisasi kepada fasilitas kesehatan dilakukan secara hybrid, baik melalui pertemuan langsung maupun virtual menggunakan platform Zoom. NV (2025) mengungkapkan,

> *“Biasanya kita meminta faskes untuk melaksanakan sosialisasi internal mandiri ke jajarannya masing-masing. Selain kita mengundang, biasanya ngundang direktur, terus jajaran lain.”*

Meskipun demikian, pelaksanaan sosialisasi internal di faskes tersebut tidak sepenuhnya dalam pengawasan BPJS, sehingga

pelaksanaan dan efektivitasnya sangat bergantung pada komitmen pimpinan fasilitas kesehatan.

Pemberian sosialisasi kepada pegawai sebagaimana tercantum dalam Permenkes No. 16 Tahun 2019 turut berperan penting dalam membentuk pemahaman yang seragam mengenai potensi risiko *fraud*, prosedur kerja yang benar, serta konsekuensi hukum atas pelanggaran. Sosialisasi ini secara khusus dapat mengurangi risiko seperti konflik kepentingan dan manipulasi proses verifikasi klaim, karena pegawai menjadi lebih sadar terhadap peran dan tanggung jawabnya, serta terdorong untuk bersikap profesional dan patuh terhadap prinsip *Good Governance*.

8. Surat Pertanggungjawaban Mutlak (SPM) dari Faskes

Salah satu strategi yang diimplementasikan oleh BPJS Kesehatan dalam mencegah terjadinya *fraud* dalam pengajuan klaim dari fasilitas kesehatan (faskes) adalah dengan menerapkan mekanisme Surat Pertanggungjawaban Mutlak (SPM). Surat ini menjadi salah satu alat penting dalam memastikan bahwa klaim yang diajukan oleh rumah sakit atau faskes telah melalui proses verifikasi internal yang cermat dan bertanggung jawab penuh oleh pimpinan faskes.

Menurut NV (2025), proses ini dimulai saat penandatanganan Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara BPJS dan rumah sakit. Dalam

PKS tersebut tercantum komitmen dari pihak rumah sakit untuk melakukan verifikasi internal terlebih dahulu terhadap berkas klaim yang akan diajukan. Setelah verifikasi dilakukan, pimpinan rumah sakit diwajibkan menandatangani surat pertanggungjawaban mutlak yang menyatakan bahwa klaim yang diajukan telah benar dan sesuai dengan ketentuan.

> *"Ada yang namanya surat pertanggungjawaban mutlak dari pimpinan rumah sakit yang menyatakan bahwa klaim yang diajukan sudah benar. Kalau misalkan saat diaudit ada temuan, rumah sakit harus sudah bersedia untuk mengembalikan,"* jelas NV (2025).

Pentingnya SPM juga ditegaskan oleh DA (2025) yang menjelaskan bahwa surat tersebut menjadi dasar penting bagi BPJS dalam mengevaluasi keabsahan klaim.

> *"Kita ada yang namanya surat pertanggungjawaban mutlak. Tanda tangan dari faskes dari tim PK-JKN nya mereka sendiri. Jadi faskes itu sebelum mengajukan itu sudah memastikan bahwa klaim yang diajukan itu sudah sesuai. Nah, itu juga yang menjadikan dasar buat kita bahwa kalau terjadi ketidaksesuaian berkas, kita pakai*

SPM, surat pertanggungjawaban mutlak itu." jelas DA (2025).

Dengan adanya SPM, BPJS memiliki landasan kuat untuk melakukan audit dan meminta koreksi klaim jika ditemukan klaim yang tidak sesuai. Selain itu, risiko manipulasi data klaim, manipulasi proses verifikasi, dan praktik *upcoding* bisa ditekan karena faskes bertanggung jawab penuh atas kebenaran dan keabsahan klaim yang diajukan.

9. Verifikasi Biometrik

Penerapan verifikasi biometrik, khususnya penggunaan *fingerprint*, menjadi salah satu strategi pencegahan *fraud* yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan. Verifikasi ini bertujuan untuk memastikan bahwa setiap peserta yang mendapatkan pelayanan benar-benar hadir secara fisik dan sesuai dengan identitas aslinya. Strategi ini secara langsung dapat mengurangi risiko kecurangan yang dipaparkan pada rumusan masalah pertama, karena sistem biometrik akan memverifikasi kehadiran peserta berdasarkan data fisik yang tidak dapat dipalsukan.

Menurut DA (2025), penerapan *fingerprint* telah membantu menekan kasus peminjaman kartu peserta oleh pihak lain yang tidak berhak.

> *"Kebetulan di BPJS sekarang udah ada fingerprint ya, jadinya semua peserta yang mendapatkan pelayanan itu akan menggunakan fingerprint. Jadi sudah dipastikan pasiennya sudah pasti datang ke tempat, itu juga mengurangi penyalahgunaan identitas pasien,"* jelas DA (2025).

Dengan kebijakan ini, risiko peminjaman kartu identitas atau penggunaan identitas palsu dapat ditekan secara signifikan, karena sistem akan langsung mendeteksi apabila sidik jari yang terekam tidak sesuai dengan data peserta yang terdaftar. Apabila hasil verifikasi *fingerprint* tidak cocok, maka pihak faskes dapat segera menghubungi BPJS untuk melakukan klarifikasi.

Hal senada juga disampaikan oleh RA (2025) yang menambahkan bahwa saat ini seluruh kartu BPJS Kesehatan telah terintegrasi dengan NIK, sehingga peserta cukup menggunakan KTP dan *fingerprint* untuk mengakses layanan. RA (2025) juga mentampaikan bahwa ke depan, sistem verifikasi biometrik akan dikembangkan lebih canggih lagi, tidak hanya menggunakan *fingerprint* tetapi juga deteksi wajah (Face ID). Inovasi ini diharapkan akan semakin memperkuat sistem keamanan dan mencegah segala bentuk penyalahgunaan identitas peserta.

Namun demikian, DA (2025) mengakui bahwa penerapan *fingerprint* saat ini baru optimal di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL), sedangkan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) masih terdapat kendala sehingga belum semua peserta melakukan *fingerprint*. Meski demikian, upaya konfirmasi dan verifikasi tetap dilakukan oleh fasilitas kesehatan jika ditemukan indikasi penyalahgunaan.

4.4.2 Strategi Pendeteksian *Fraud*

Dalam rangka menjaga integritas dan akuntabilitas penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta menerapkan berbagai strategi pendeteksian *fraud* yang terstruktur dan berlapis. Mekanisme deteksi ini dirancang untuk mengidentifikasi, menindaklanjuti, dan meminimalkan potensi kecurangan yang dapat terjadi baik di tingkat internal organisasi maupun di fasilitas kesehatan mitra.

1. Audit Rutin

Strategi pendeteksian *fraud* melalui audit rutin menjadi salah satu strategi dalam mencegah risiko kecurangan yang dijelaskan pada rumusan masalah pertama, seperti manipulasi data klaim, verifikasi, praktik *upcoding*, serta fragmentasi klaim, karena semua klaim akan diperiksa ulang secara administratif dan substantif.

Sesuai regulasi Permenkes No. 16 Tahun 2019 dan Perdir BPJS No. 67 Tahun 2021, proses audit ini dilakukan secara sistematis oleh berbagai lapisan pengawasan internal dan eksternal.

NV (2025) menjelaskan bahwa setiap pengajuan klaim dari rumah sakit wajib diverifikasi secara internal oleh faskes terlebih dahulu, disertai surat pertanggungjawaban mutlak dari pimpinan rumah sakit. Jika kemudian dalam proses audit ditemukan ketidaksesuaian, rumah sakit harus bersedia mengembalikan dana klaim yang telah dibayarkan.

> *"Kalau misalkan saat diaudit ada temuan, rumah sakit harus sudah bersedia untuk mengembalikan. Misalkan audit begitu ya, baik internal maupun eksternal, ternyata ada temuan, maka harus bersedia mengembalikan. Itu juga ada dalam PKS,"* jelas NV (2025).

Audit rutin di BPJS Kesehatan dilaksanakan melalui beberapa tahap, antara lain verifikasi pasca klaim (VPK) yang dilakukan setiap bulan, di mana klaim yang sudah dibayarkan bulan sebelumnya akan dicek ulang secara *sampling*, bahkan hingga 85% dari total klaim.

NV menuturkan, *"Setelah pembayaran itu mbak kita melakukan verifikasi pasca klaim dan audit administrasi klaim."*

Selain itu, aplikasi verifikasi berbasis AI juga digunakan untuk mendeteksi pola tidak wajar dalam klaim rumah sakit, termasuk kode diagnosis yang sering digunakan, sehingga potensi *fraud* dapat diidentifikasi lebih dini.

Selain audit administratif klaim, BPJS juga secara rutin melakukan audit kepatuhan internal yang mencakup compliance terhadap regulasi, validitas data kepesertaan, serta rekonsiliasi iuran (NV, 2025). Pemeriksaan kepatuhan juga dilakukan terhadap peserta dan pemberi kerja melalui mekanisme Wasrik (Pengawasan Pemeriksaan Kepatuhan), yang dilakukan setiap bulan atau tiga bulanan untuk memastikan validitas data dan kepatuhan pelaporan.

Satuan Pengawas Internal (SPI) berperan sebagai pengawas utama audit internal BPJS, dengan jadwal audit tahunan yang biasanya dilakukan pada Agustus hingga akhir tahun untuk mengantisipasi penyimpangan.

"Iya ada SPI, internal kita itu juga ada pengawasnya sendiri. Jadi tiap tahun kita juga akan di audit oleh internal kita sendiri." Ujar RA (2025).

Selain audit internal, pengawasan juga dilakukan oleh eksternal seperti BPK, BPKP, OJK, KAP, dan KPK, sehingga pengendalian berjalan secara independen dan berlapis.

2. Dukungan Sistem IT

Strategi pendeteksian *fraud* di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta sangat bergantung pada dukungan sistem IT. Regulasi Permenkes No. 16 Tahun 2019 menegaskan pentingnya sistem IT terintegrasi untuk untuk monitoring, evaluasi, pembaruan data, pelaporan, dan audit klaim. Selain itu, dukungan sistem IT ini secara langsung berkontribusi dalam meminimalkan berbagai risiko yang telah dijelaskan pada rumusan masalah pertama.

NV (2025) menyampaikan bahwa aplikasi verifikasi menjadi alat utama dalam proses pengajuan dan pemeriksaan klaim. Sebelum klaim diajukan ke BPJS, rumah sakit wajib melakukan verifikasi internal dan melampirkan surat pertanggungjawaban mutlak dari pimpinan sebagai jaminan bahwa data klaim sudah benar.

Aplikasi verifikasi tersebut dilengkapi dengan fitur filter otomatis dan kecerdasan buatan (AI) yang mampu membaca pola klaim, mendeteksi kode yang tidak sesuai, serta menandai anomali yang berpotensi *fraud*.

> *"Aplikasinya itu sudah mampu membaca koding-koding mana yang sesuai dan ga sesuai, ada filter-filternya juga,"* ujar NV (2025).

Selain itu, integrasi antar aplikasi juga menjadi bagian dari strategi digital BPJS Kesehatan. Misalnya, rumah sakit menggunakan aplikasi tertentu untuk mengajukan klaim, sementara BPJS menggunakan aplikasi yang berbeda untuk melakukan verifikasi. Akses terhadap sistem ini dibatasi hanya untuk pihak rumah sakit dan BPJS saja, tidak untuk peserta umum. Namun demikian, peserta BPJS tetap dapat berperan dalam proses pengawasan melalui aplikasi mobile JKN. Dalam aplikasi tersebut terdapat menu pengaduan yang memungkinkan peserta melaporkan keluhan yang mungkin berkaitan dengan kecurangan, yang kemudian akan masuk ke SIPP (Satuan Informasi Penanganan Pengaduan). NV (2025) menjelaskan bahwa sistem ini berbasis web dan terintegrasi dengan mobile JKN. Keluhan dari peserta

yang masuk melalui aplikasi akan terbaca di sistem SIPP dan kemudian ditindaklanjuti oleh tim yang berwenang.

Strategi deteksi *fraud* tidak berhenti setelah klaim dibayarkan. BPJS juga melakukan verifikasi pascaklaim secara rutin setiap bulan untuk memastikan keabsahan layanan yang telah dibayar. NV (2025) menuturkan bahwa bahwa sistem verifikasi kini telah dibantu oleh kecerdasan buatan (AI), yang dapat mendeteksi pola pengajuan klaim yang mencurigakan dari suatu rumah sakit, seperti kode layanan yang sering diajukan secara berulang.

Dari sisi penyediaan data, sistem IT BPJS juga berfungsi untuk memperbarui data kepesertaan secara rutin.

> *"Sebelum pembayaran kapitasi, kita selalu melakukan update data kepesertaan... secara real time,"* ujar NV (2025).

Melalui aplikasi yang tersedia di fasilitas kesehatan, petugas dapat mengakses informasi peserta secara langsung saat pelayanan dilakukan, yang meminimalkan potensi penyalahgunaan identitas peserta atau manipulasi data pelayanan.

Dukungan sistem IT juga memperkuat pengawasan keuangan, sebagaimana dijelaskan LT (2025a) bahwa seluruh dana iuran

dikelola secara terpusat dan berbasis sistem, sehingga tidak ada celah untuk penyalahgunaan dana di tingkat cabang.

3. Monitoring Pembayaran Iuran Peserta

Strategi pendeteksian *fraud* melalui monitoring pembayaran iuran peserta di BPJS Kesehatan dilakukan sesuai regulasi dari Permenkes 16 Tahun 2019. Strategi ini melibatkan berbagai unit dan memanfaatkan teknologi informasi untuk memastikan kepatuhan pembayaran serta mencegah potensi kecurangan. NV (2025) menjelaskan bahwa monitoring ini dilakukan setiap bulan oleh bagian keuangan PKP.

> *"Monitoring pembayaran iuran peserta itu selalu ada setiap bulan. Peserta kan ada yang mau bayar, ada yang enggak, dan ada yang nunda. Nah, yang nunda itu nanti akan dilakukan penagihan secara kolekting, secara online oleh teman-teman kolekting,"* jelas NV (2025).

Proses penagihan ini dilakukan untuk memastikan kepatuhan peserta dalam memenuhi kewajiban pembayaran, yang menjadi dasar kelayakan mereka dalam memperoleh manfaat layanan kesehatan. Strategi ini secara tidak langsung juga dapat membantu mengurangi risiko manipulasi data klaim dan manipulasi proses verifikasi klaim.

Selain monitoring pembayaran peserta mandiri, rekonsiliasi iuran juga dilakukan secara berkala antara bidang keuangan BPJS dan pemerintah daerah (pemda) untuk memastikan pembayaran iuran peserta daerah telah dilakukan. Proses ini penting untuk memastikan tidak ada tunggakan dari peserta yang dibiayai pemerintah daerah, sehingga risiko *fraud* akibat manipulasi status kepesertaan atau pelaporan pembayaran dapat diminimalkan (NV, 2025).

4. Pemeriksaan Kepatuhan

Pemeriksaan kepatuhan merupakan strategi pendeteksian *fraud* yang secara tegas diatur dalam Permenkes Nomor 16 Tahun 2019. Strategi ini secara langsung dapat mengurangi risiko kecurangan seperti yang dipaparkan dalam rumusan masalah pertama, karena setiap proses yang dijalankan akan diawasi dan dinilai kesesuaiannya dengan ketentuan yang berlaku. Pemeriksaan kepatuhan ini tidak hanya terbatas pada audit internal, tetapi juga mencakup pengawasan terhadap peserta, pemberi kerja, dan fasilitas kesehatan.

NV (2025) menjelaskan bahwa pemeriksaan kepatuhan pada peserta dan pemberi kerja dilakukan secara rutin melalui mekanisme Wasrik (Pengawasan Pemeriksaan Kepatuhan), yang

dilaksanakan setiap bulan atau tiga bulanan oleh bagian kepesertaan. Pemeriksaan ini biasanya dilakukan dengan mengunjungi badan usaha untuk mencocokkan data seperti gaji yang dilaporkan dan jumlah karyawan yang terdaftar, guna memastikan validitas data yang diterima oleh penyelenggara program.

Pemeriksaan kepatuhan internal juga menjadi fokus penting dalam strategi ini. Menurut NV (2025), hal tersebut mencakup penilaian terhadap sejauh mana unit kerja telah mematuhi regulasi internal organisasi.

> *"Kepatuhan internal bisa tentang compliance kita terhadap regulasi internal, itu udah sesuai apa belum. Terus yang terkait pelayanan kesehatan juga ada,"* ujar NV (2025).

Proses verifikasi pelayanan yang dilakukan pun tak luput dari audit oleh auditor internal, sebagai bagian dari penguatan sistem pengendalian internal. Selain pemeriksaan langsung, pemutakhiran data kepesertaan secara rutin juga dianggap sebagai bagian dari upaya menjaga kepatuhan. Bagian kepesertaan secara berkala melakukan rekonsiliasi iuran dan validitas data peserta untuk

memastikan bahwa informasi yang digunakan dalam pengambilan keputusan adalah akurat dan terkini.

Adapun di tingkat fasilitas kesehatan, dilakukan penilaian kepatuhan setiap bulan. Penilaian ini biasanya dilakukan dalam pertemuan langsung dengan pihak faskes dan menggunakan indikator tertentu sebagai acuan (NV, 2025). Dengan adanya pemeriksaan kepatuhan secara menyeluruh dan berjenjang, baik terhadap peserta, pemberi kerja, hingga fasilitas kesehatan, diharapkan potensi *fraud* dapat diminimalkan sejak dini dan sistem dapat berjalan lebih transparan serta akuntabel.

5. Penguatan Pengawasan dan SPI

Penguatan pengawasan dan pelibatan Satuan Pengawasan Internal (SPI) menjadi strategi penting dalam mendeteksi terjadinya *fraud* dalam program JKN. Strategi ini secara langsung dapat mengurangi risiko kecurangan karena audit dilakukan secara independen dan menyeluruh terhadap seluruh proses klaim dan pelayanan. NV (2025) menyampaikan bahwa proses monitoring dan evaluasi terhadap hasil kerja petugas dilakukan secara rutin oleh SPI.

"Monitoring dan evaluasi rutin hasil kerja petugas BPJS Kesehatan itu audit rutin dari SPI biasanya," jelas NV (2025),

menandakan bahwa pengawasan internal bersifat sistematis dan berkelanjutan.

Hal senada diungkapkan oleh RA (2025), yang menjelaskan bahwa SPI di BPJS Kesehatan memiliki fungsi pengawasan yang sangat spesifik dan dilakukan secara mandiri setiap tahun.

> *"Tiap tahun kita juga akan diaudit oleh internal kita sendiri. Nanti ditanyain 'kenapa ini bisa lolos', 'ini nggak sesuai', 'ini itu ada aturannya',"* ujar RA (2025).

Jika ditemukan hal-hal yang menyimpang, maka auditor akan langsung meminta klarifikasi dan penegasan kepada pihak fasilitas kesehatan, baik tingkat pertama maupun lanjutan. Menurut RA (2025),

> *"fungsi dari audit internal itu untuk memback-up segala sesuatu yang tidak sesuai,"* jelas RA (2025).

Audit rutin dari SPI ini menjadi lapisan kedua dalam pengawasan setelah proses verifikasi dan *sampling*, sehingga potensi penyimpangan atau kecurangan yang terlewat pada tahap awal dapat dideteksi dan ditindaklanjuti.

Selain audit internal, pengawasan juga diperkuat dengan sistem pembayaran yang terpusat dan transparan.

> *"Dana iuran itu langsung ke pusat Mbak ga disini. Kita tidak punya dana khusus untuk cabang karena semua dana itu dikelola di kantor pusat. Karena semua by sistem, jadi kita mengajukan sekian baru nanti kantor pusat mengalokasikan anggaran. Jadi tidak ada celah untuk dana itu digunakan, dan kita juga tidak ada cadangan uang karena semua terpusat"* ujar LT (2025b).

Selain itu, pembayaran iuran peserta menggunakan sistem *closed payment* melalui *virtual account* (VA), sehingga nominal pembayaran tidak dapat dimanipulasi oleh petugas di cabang. Secara keseluruhan, strategi pelibatan SPI ini telah sesuai dengan regulasi Permenkes No. 16 Tahun 2019. Namun, dalam pelaksanaannya, LT (2025b) menjelaskan bahwa sistem pengawasan internal melalui SPI memang berada di bawah kendali langsung kantor pusat, bukan di tingkat cabang. Hal ini menyebabkan pengawasan di tingkat cabang tidak bisa dilakukan secara langsung dan cepat, sehingga potensi keterlambatan dalam penanganan kasus atau tindak lanjut hasil audit di lapangan tetap menjadi tantangan.

6. *Real time* Data Kepesertaan

Pemanfaatan data kepesertaan secara *real time* merupakan salah satu strategi dalam pendeteksian *fraud* yang telah dijelaskan dalam Permenkes 16 Tahun 2019. Dengan sistem *real time*, peluang terjadinya risiko kecurangan dapat ditekan secara signifikan, sehingga memperkuat integritas proses administrasi dan layanan JKN. NV (2025) menjelaskan bahwa pembaruan data kepesertaan dilakukan secara berkala setiap bulan sebelum proses pembayaran kapitasi ke fasilitas kesehatan.

> *"Sebelum pembayaran kapitasi, kita selalu melakukan update data kepesertaan karena kan nanti data sebagai dasar untuk pembayaran kapitasi ke tempat itu,"* jelas NV (2025).

Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa pembayaran hanya diberikan untuk peserta yang benar-benar aktif dan terdaftar secara sah dalam sistem.

Sistem pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) maupun fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) telah dilengkapi dengan aplikasi yang dapat mengakses data kepesertaan secara langsung saat pasien datang untuk mendapatkan pelayanan.

NV (2025) menyampaikan, *"di faskes kita, baik FKTP maupun FKRTL ada yang namanya aplikasi untuk mengetahui pelayanan ya. Jadi itu nanti dimasukkan nomor kartu peserta akan muncul nama pesertanya, alamatnya, segala macam jadi secara real time pada saat dia akan mendapatkan pelayanan kesehatan."*

Melalui sistem ini, validasi identitas peserta dilakukan secara langsung, sehingga potensi penyalahgunaan identitas, klaim ganda, atau pelayanan terhadap peserta fiktif dapat dicegah sejak awal.

7. *Updating data*

Strategi pendeteksian *fraud* melalui *updating data* atau pemutakhiran data kepesertaan secara berkala menjadi salah satu strategi Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 dalam upaya menjaga akurasi, validitas, dan integritas sistem JKN. NV (2025) menegaskan pentingnya proses ini dengan menyatakan,

"Sebulan sekali sih. Sebelum pembayaran kapitasi, kita selalu melakukan update data kepesertaan karena kan nanti data sebagai dasar untuk pembayaran kapitasi ke tempat itu."

Dengan pembaruan data secara berkala, kemungkinan terjadinya kecurangan seperti klaim terhadap peserta yang sudah tidak aktif atau data fiktif dapat diminimalkan.

Selain itu, NV (2025) juga menjelaskan bahwa fasilitas kesehatan telah dibekali dengan aplikasi yang memungkinkan akses data kepesertaan secara *real time*. Dengan sistem tersebut, data peserta dapat langsung diverifikasi saat proses pelayanan berlangsung, sehingga risiko yang dijelaskan di rumusah masalah pertama seperti celah untuk manipulasi data atau penyalahgunaan identitas dapat segera terdeteksi.

8. Whistleblowing System

Salah satu strategi yang dijalankan BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta dalam mendeteksi *fraud* secara dini adalah dengan mengimplementasikan sistem pelaporan kecurangan melalui Whistleblowing System (WBS). WBS merupakan saluran pelaporan rahasia yang dapat diakses oleh siapa saja, baik dari kalangan internal BPJS maupun eksternal seperti masyarakat umum dan fasilitas kesehatan mitra. Melalui kanal ini, pelapor dapat menyampaikan laporan terkait indikasi kecurangan, pelanggaran, atau bahkan ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan.

Menurut penjelasan NV (2025), seluruh staf BPJS Kesehatan telah mengetahui dan memahami mekanisme kerja dari sistem ini, karena telah disosialisasikan secara langsung oleh kantor pusat.

> *"Pasti tahu, karena kan disosialisasikan langsung oleh pusat ya. Alamatnya, nomor telefonnya, jadi teman-teman sudah tahu semua."* jelas NV (2025).

Selain itu, akses terhadap sistem WBS juga secara publik melalui laman resmi wbs.bpjs-kesehatan.go.id, dan informasi ini kerap dicantumkan saat sosialisasi dengan rumah sakit sebagai bentuk antisipasi terhadap potensi penyimpangan dari pihak internal.

Mekanisme penanganan laporan yang masuk melalui WBS dijelaskan cukup terstruktur dan dijaga kerahasiaannya. NV (2025) menyampaikan bahwa laporan dari WBS langsung diterima oleh pusat dan menjadi wewenang tim SPI untuk menindaklanjutinya secara tertutup.

> *"WBS ini nanti langsung terbaca ke pusat. Jadi kita nanti dapat laporan dari pusat. WBS itu masuknya di Satuan Pengawas Auditor Internal kami. Jadi nanti mereka akan bergerak secara diam-diam untuk mencari tahu. Itu pun kita*

belum ada yang tahu karena sifatnya rahasia," jelas NV (2025).

Setelah laporan dianalisis oleh SPI pusat, jika kasus tersebut terkait dengan layanan atau fasilitas kesehatan di daerah, maka laporan akan diteruskan ke Kepala Cabang BPJS Kesehatan setempat. Kepala cabang kemudian akan mengoordinasikannya dengan bagian terkait, seperti bagian verifikasi atau pelayanan kesehatan, tergantung pada isi laporan. Hal ini sesuai dengan Permenkes No. 16 Tahun 2019 mewajibkan BPJS Kesehatan menyediakan sistem pelaporan kecurangan (whistleblowing system) yang mudah diakses, bersifat rahasia, dan melindungi pelapor. Selain itu, Perdir BPJS No. 67 Tahun 2021 juga menegaskan bahwa sistem WBS ini harus dijalankan secara sistematis, terdokumentasi, dan terintegrasi dengan pengawasan internal.

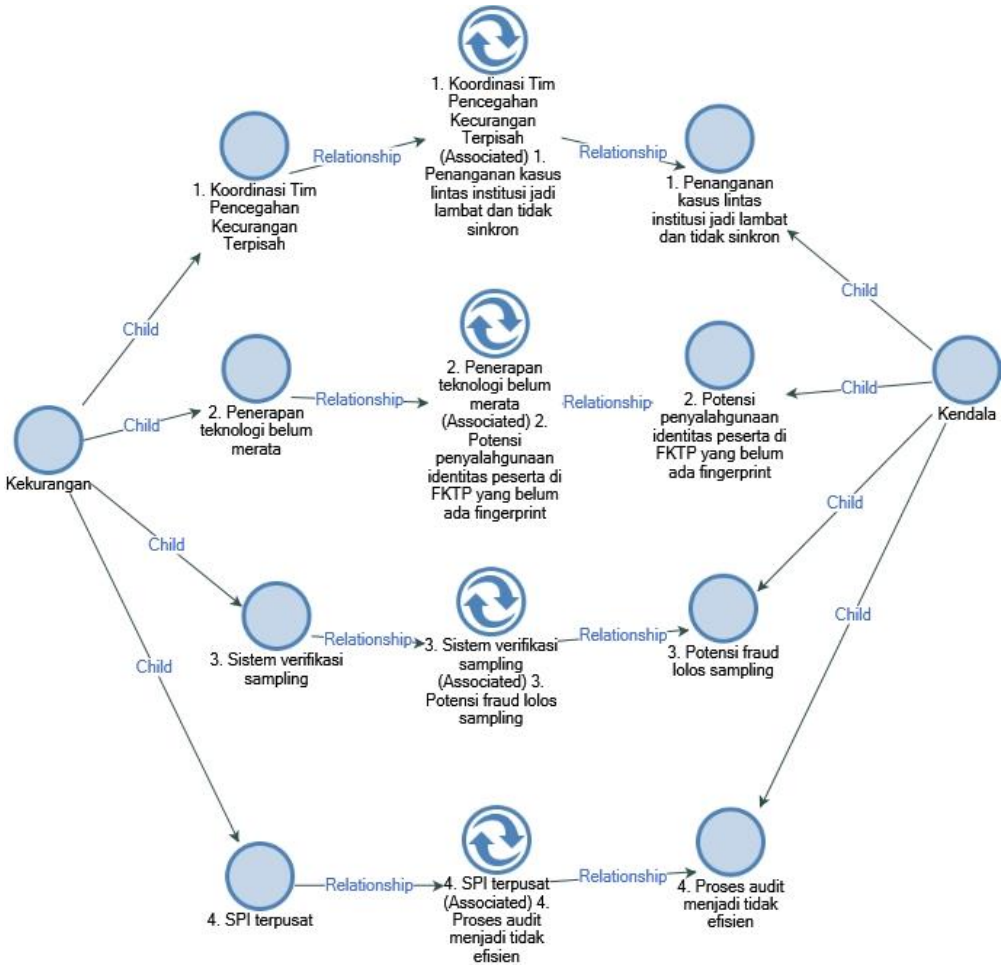
Menariknya, NV (2025) juga menekankan bahwa pelaporan melalui WBS tidak terbatas pada indikasi *fraud*, tetapi juga dapat mencakup keluhan atau ketidakpuasan peserta terhadap pelayanan. Namun, meskipun sistem ini terbuka dan rahasia, NV (2025) mengonfirmasi bahwa pelapor tidak diberi insentif. Lebih lanjut, NV (2025) mengakui bahwa partisipasi masyarakat dalam

mendeteksi kecurangan cukup besar, khususnya melalui kanal WBS. Dengan keterlibatan publik ini, sistem pengawasan menjadi lebih menyeluruh karena tidak hanya mengandalkan auditor internal, tetapi juga masukan dari peserta JKN dan pihak eksternal lainnya.

4.5 Kekurangan dan Kendala dalam Implementasi Strategi Pencegahan dan Pendeteksian *Fraud* pada BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta

Pada sub bab ini akan membahas kekurangan dan kendala penerapan strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* program JKN di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta. Hasil analisis NVivo dapat dilihat pada ilustrasi di bawah ini:

Gambar 4. 4 Peta Analisis Kekurangan dan Kendala Strategi Pencegahan dan Pendeteksian *Fraud* oleh BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta



Sumber: Aplikasi Nvivo 12

4.5.1 Kekurangan

1. **Koordinasi Tim Pencegahan Kecurangan Terpisah**

   Meskipun komitmen pemerintah daerah terhadap upaya pencegahan kecurangan program JKN terlihat cukup tinggi, implementasinya di lapangan masih menghadapi tantangan,

terutama dalam hal koordinasi lintas tim yang terpisah antara BPJS dan fasilitas kesehatan (faskes). Seperti yang dijelaskan pada rumusan masalah kedua bahwa salah satu strategi pencegahan kecurangan adalah pembentukan tim pencegahan kecurangan. Hal ini dijelaskan oleh LT (2025b) bahwa koordinasi lintas instansi sebenarnya telah difasilitasi melalui pembentukan Tim PK-JKN di setiap kota, yang ditetapkan melalui surat keputusan pimpinan daerah dan melibatkan perwakilan dari Dinas Kesehatan serta asosiasi faskes.

Namun, dalam praktiknya, tim pencegahan kecurangan di masing-masing institusi masih berjalan sendiri-sendiri.

> *"Ohh sudah ada, di faskes itu sudah ada tim sendiri. Jadi mereka punya sendiri, BPJS sendiri, Dinkes sendiri. Jadi masing-masing punya tim pencegahan sendiri,"* jelas DA (2025).

Kondisi ini menghambat pertukaran informasi sehingga berisiko menimbulkan celah terjadinya berbagai risiko kecurangan yang dibahas pada rumusan masalah pertama, seperti konflik kepentingan.

Dalam pelaksanaan sosialisasi strategi pencegahan dari BPJS ke faskes, NV (2025) menyoroti tantangan dalam sosialisasi dan

koordinasi. BPJS Kesehatan biasanya menggunakan metode hybrid seperti Zoom dan mengundang perwakilan dari fasilitas kesehatan, terutama direktur atau tim manajemen, yang kemudian diharapkan menyampaikan materi ke jajaran bawah secara mandiri. Namun, NV (2025) mengakui bahwa pihaknya tidak dapat memastikan apakah sosialisasi internal benar-benar dilanjutkan oleh faskes ke jajaran bawah.

> *"Tapi… itu dilakukan atau tidak, kita kurang tahu. Soalnya kalau kita absen sudah dilakukan atau belum, nanti dikira kita punya posisi yang lebih dibandingkan faskes,"* ungkap NV (2025).

Hal ini menunjukkan keterbatasan kontrol dan monitoring atas efektivitas sosialisasi dan implementasi strategi pencegahan *fraud* di tingkat faskes.

Selain itu, DA (2025) menambahkan bahwa perwakilan faskes dalam tim PK-JKN berasal dari asosiasi, seperti ASKLIN untuk tingkat pertama, ARSSI, atau PERSI untuk rumah sakit. Namun, tim anti-kecurangan di faskes tetap berjalan sendiri, terpisah dari tim BPJS maupun Dinas Kesehatan. Hal ini memperkuat fakta bahwa tidak ada tim gabungan antara BPJS maupun Faskes yang

menangani pencegahan dan pendeteksian *fraud* secara kolektif dan terintegrasi.

Lebih jauh lagi, NV (2025) juga menyoroti adanya benturan kepentingan di tingkat fasilitas kesehatan sebagai kendala dalam pencegahan *fraud*.

> *"Iya malah biasanya di faskes itu yang terjadi karena ada benturan kepentingan. Makanya itu mbak, karena unsur mereka ingin menaikkan pendapatan, jadi makanya melakukan cara-cara yang salah,"* jelas NV (2025).

Hal ini menggambarkan bahwa meskipun strategi formal telah disusun, pelaksanaan nyata di lapangan kerap terganjal oleh kepentingan internal masing-masing institusi.

2. Penerapan Teknologi Belum Merata

Salah satu kekurangan dalam implementasi strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta adalah belum meratanya penerapan teknologi *fingerprint* di seluruh fasilitas kesehatan. Seperti dijelaskan dalam rumusan masalah kedua, strategi pencegahan melalui verifikasi

biometrik yang diterapkan BPJS Kesehatan belum merata di seluruh faskes. Hal ini sesuai dengan pernyataan DA (2025) yang menyebutkan bahwa meskipun sistem *fingerprint* sudah digunakan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) untuk verifikasi kehadiran pasien, teknologi tersebut belum tersedia di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).

> *"Kalau misalkan fingerprint ini kan nomor 2 ya di FKRTL, kalau di FKTP blm ada fingerprint, jadi bisa juga itu pasien tidak hadir,"* ujar DA (2025).

Kondisi ini menyebabkan potensi penyalahgunaan identitas peserta atau pemanfaatan layanan oleh pasien yang tidak berhak masih dapat terjadi di FKTP, karena absensi dan verifikasi kehadiran pasien belum berbasis biometrik. Keterbatasan penerapan teknologi ini terutama berkaitan dengan risiko manipulasi data klaim dan *upcoding*, karena tanpa verifikasi elektronik, faskes dapat memasukkan data klaim layanan yang tidak benar atau membesar-besarkan jenis layanan yang diberikan tanpa ada bukti kehadiran peserta yang dapat diverifikasi secara objektif.

DA (2025) menambahkan bahwa sebelum adanya *fingerprint*, praktik peminjaman kartu identitas masih sering terjadi, namun kini

di rumah sakit risiko tersebut dapat diminimalkan. Akan tetapi, di FKTP, deteksi atas kehadiran pasien masih sangat bergantung pada konfirmasi manual dari pihak faskes.

3. Sistem Verifikasi *Sampling*

Salah satu kekurangan dalam implementasi strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta adalah penggunaan sistem verifikasi *sampling* dalam proses verifikasi klaim. Sistem ini memang efektif dalam menghemat waktu dan sumber daya dalam strategi mekanisme audit yang dijelaskan pada rumusan masalah kedua. Akan tetapi, jika dijalankan secara *sampling*, menyisakan celah di mana tidak semua klaim dapat diverifikasi secara menyeluruh.

NV (2025) mengungkapkan bahwa proses verifikasi klaim dilakukan setiap bulan dengan metode *sampling* yang mencakup hampir 85% dari klaim yang telah dibayarkan,

> *"Kita cek ulang semacam sampling tapi sampling nya itu hampir 85% yang kita bayarkan. Karena kan semakin banyak kasus, ga mungkin satu per satu."* ujar NV (2025).

Hal ini menandakan bahwa masih ada sebagian klaim yang tidak terverifikasi secara langsung karena keterbatasan sumber daya dan volume klaim yang sangat tinggi. Namun, sistem

sampling ini masih menyisakan celah. Karena tidak semua klaim terverifikasi secara menyeluruh, maka potensi terjadinya *fraud* yang tidak terdeteksi tetap ada. Untuk mengatasi keterbatasan tersebut, BPJS Kesehatan menerapkan *Verifikasi Pasca Klaim* (VPK) sebagai upaya lanjutan.

Keterbatasan sistem *sampling* ini menjadi tantangan tersendiri, terutama ketika jumlah klaim yang harus diverifikasi sangat besar dan sumber daya manusia yang tersedia terbatas. Akibatnya, berbagai potensi *fraud* yang dijelaskan dalam rumusan masalah pertama tidak dapat terdeteksi secara dini. Walaupun BPJS Kesehatan telah menerapkan sistem berlapis dengan adanya VPK sebagai upaya koreksi dan deteksi lanjutan, sistem *sampling* tetap menyisakan risiko adanya klaim bermasalah yang lolos dari pengawasan.

4. SPI Terpusat

Salah satu kelemahan dalam implementasi strategi pengawasan dan pendeteksian *fraud* di BPJS Kesehatan adalah sistem pengawasan internal yang bersifat terpusat. Hal ini dapat menimbulkan keterbatasan dalam deteksi dan penanganan *fraud* di tingkat daerah.

LT (2025b) menjelaskan bahwa sistem pengawasan internal melalui SPI memang berada di bawah kendali langsung kantor pusat, bukan di tingkat cabang.

> *"Nah kalau Satuan Pengawas Internal atau SPI itu ada sendiri bagiannya di kantor pusat,"* jelas LT (2025b).

Selain itu, laporan whistleblowing system (WBS) yang masuk juga langsung diteruskan ke pusat untuk ditindaklanjuti oleh SPI pusat, bukan oleh tim pengawas di tingkat cabang. Kondisi ini berpotensi memperbesar risiko terjadinya manipulasi proses verifikasi klaim karena lemahnya pengawasan langsung di tingkat lokal.

Dengan audit internal yang hanya dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal (SPI) pusat, proses tindak lanjut atas temuan atau laporan kecurangan menjadi kurang responsif terhadap dinamika dan kebutuhan lokal. Tim di kantor cabang tidak memiliki kewenangan penuh untuk melakukan investigasi atau penindakan langsung, sehingga potensi keterlambatan dalam menangani kasus *fraud* pun meningkat. Hal ini juga menyulitkan koordinasi antara tim pencegahan kecurangan di cabang dengan SPI pusat, terutama dalam hal komunikasi, verifikasi data, dan tindak lanjut atas kasus-kasus yang memerlukan penanganan cepat.

Struktur SPI yang terpusat membuat proses pengawasan menjadi kurang adaptif terhadap konteks dan permasalahan spesifik di setiap cabang. Padahal, karakteristik kasus *fraud* dan tantangan implementasi strategi pencegahan bisa sangat bervariasi antar cabang. Oleh karena itu, strategi pendeteksian *fraud* melalui penguatan fungsi pengawasan dan peran SPI perlu diarahkan pada desentralisasi pengawasan atau pemberian kewenangan lebih besar bagi unit pengawasan di tingkat cabang agar mampu merespons potensi *fraud* secara lebih cepat dan kontekstual.

4.5.2 Kendala

1. Penanganan Kasus Lintas Institusi Jadi Lambat

Salah satu kendala dalam implementasi strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* adalah lambatnya penanganan kasus yang melibatkan banyak institusi, terutama ketika terjadi konflik kepentingan antara BPJS Kesehatan dan fasilitas kesehatan mitra. Konflik kepentingan inipun erat kaitannya dengan kekurangan berupa koordinasi tim pencegahan kecurangan yang terpisah. NV (2025) menyoroti bahwa di tingkat fasilitas kesehatan (faskes) sering terjadi konflik kepentingan karena adanya dorongan untuk meningkatkan pendapatan, sehingga upaya pencegahan kecurangan kerap tidak berjalan optimal.

Seperti yang dijelaskan pada rumusan masalah pertama bahwa konflik kepentingan ini menjadi salah satu risiko yang membuat koordinasi menjadi rumit, karena masing-masing pihak cenderung mempertahankan posisinya. Ketika ditemukan potensi *fraud* dan tidak tercapai kesepakatan antara BPJS dan pihak eksternal (faskes), kasus harus dinaikkan ke Tim Kendali Mutu dan Pembiayaan (RA, 2025). Meskipun langkah ini bertujuan menjaga objektivitas, prosesnya memerlukan waktu dan membuat penanganan kasus menjadi lambat, terutama karena banyak pihak yang harus dilibatkan untuk mencapai kesepakatan.

Keterpisahan tim pencegahan kecurangan juga diakui oleh DA (2025), yang menyebutkan bahwa setiap institusi-BPJS, faskes, dan Dinas Kesehatan-memiliki tim pencegahan sendiri-sendiri.

> *"Ohh sudah ada, di faskes itu sudah ada tim sendiri. Jadi mereka punya sendiri, BPJS sendiri, Dinkes sendiri. Jadi masing-masing punya tim pencegahan sendiri,"* ungkap DA (2025).

Hal ini menimbulkan tantangan tersendiri dalam menyelaraskan langkah-langkah pencegahan. Pertukaran informasi dan tindak lanjut kasus *fraud* tidak berjalan secara terintegrasi dan

seringkali terhambat oleh perbedaan kepentingan, mekanisme internal, dan proses birokrasi di masing-masing institusi.

2. Potensi Penyalahgunaan Identitas Peserta di FKTP yang Belum Ada *Fingerprint*

Dalam implementasi strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* oleh BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta, salah satu kendala yang masih dihadapi adalah potensi penyalahgunaan identitas peserta di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang belum menerapkan verifikasi biometrik berupa *fingerprint*.

> *"Kalau misalkan fingerprint ini kan nomor 2 ya di FKRTL, kalau di FKTP belum ada fingerprint, jadi bisa juga itu pasien tidak hadir."* jelas DA (2025).

Ketidakmerataan sistem verifikasi biometrik di seluruh faskes membuka peluang peserta untuk mengakses layanan kesehatan tanpa kehadiran fisik, seperti dengan meminjam identitas atau menggunakan kartu orang lain, sehingga layanan diberikan kepada pihak yang tidak berhak.

Kondisi ini mencerminkan bahwa verifikasi biometrik yang seharusnya menjadi bagian penting dari strategi pencegahan *fraud* sebagaimana dirumuskan dalam rumusan masalah kedua, belum sepenuhnya diimplementasikan secara merata. Dengan demikian,

ketimpangan teknologi antara FKRTL dan FKTP menjadi tantangan dalam memastikan efektivitas deteksi dan pencegahan *fraud* secara menyeluruh di Program JKN.

3. Potensi *Fraud* Lolos *Sampling*

Dalam proses verifikasi klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta, salah satu kendala yang dihadapi adalah potensi lolosnya *fraud* akibat keterbatasan sistem *sampling* yang digunakan.

"Kita cek ulang semacam *sampling* tapi *sampling* nya itu hampir 85% yang kita bayarkan. Karena kan semakin banyak kasus, ga mungkin satu per satu," jelas NV (2025).

Meskipun proporsi 85% terbilang tinggi, tetap ada 15% klaim yang tidak terverifikasi secara langsung, sehingga membuka celah bagi kecurangan untuk lolos dari proses pemeriksaan awal.

RA (2025) menambahkan bahwa metode *sampling* memang memiliki kelemahan karena berpotensi klaim yang lolos dan tidak ikut sampling.

Untuk menanggulangi kelemahan ini, dilakukan Verifikasi Pasca Klaim (VPK) sebagai bentuk strategi deteksi lanjutan. Namun, potensi *fraud* tetap ada, terutama pada tahap awal verifikasi di mana proses *sampling* digunakan. Hal ini menjadi

bagian dari risiko manipulasi proses verifikasi klaim sebagaimana diuraikan dalam rumusan masalah pertama penelitian ini. Meskipun pada rumusan masalah kedua dijelaskan mengenai upaya pendeteksian melalui audit lanjutan, seperti VPK, proses ini bersifat reaktif dan belum tentu dapat segera mencegah kerugian negara akibat *fraud* yang sudah terjadi. Oleh karena itu, sistem verifikasi berbasis *sampling* memerlukan evaluasi berkelanjutan agar mampu mendeteksi kecurangan secara lebih menyeluruh dan akurat.

4. Proses Audit Menjadi Tidak Efisien

Dalam implementasi strategi pendeteksian *fraud* oleh BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta, terdapat kendala dalam efektivitas proses audit yang disebabkan oleh struktur pengawasan internal yang masih bersifat terpusat. Hal ini memengaruhi efisiensi waktu penanganan kasus *fraud* di tingkat cabang. Meskipun indikasi *fraud* dapat terdeteksi melalui hasil verifikasi, laporan peserta, atau sistem whistleblowing, langkah lanjutan yang dilakukan tetap memerlukan koordinasi berlapis.

NV (2025) menjelaskan bahwa setelah terdeteksi adanya potensi kecurangan, proses penanganannya dimulai dari pembahasan oleh Tim AK JKN cabang, dilanjutkan dengan

pembuktian awal melalui *sampling* verifikasi dan kunjungan lapangan untuk pemeriksaan rekam medis. Setelah cukup bukti dikumpulkan, barulah ditentukan jenis kecurangan, kerugian, dan sanksinya. Namun, bila laporan berasal dari WBS (Whistleblowing System), seperti yang dijelaskan di rumusan masalah kedua, data masuk terlebih dahulu ke pusat melalui Satuan Pengawas Internal (SPI), yang kemudian mengoordinasikan informasi tersebut ke cabang.

> *"WBS ini nanti langsung terbaca ke pusat. Jadi kita nanti dapat laporan dari pusat. WBS itu masuknya di Satuan Pengawas Auditor Internal nya kami. Jadi nanti mereka akan bergerak secara diam diam untuk mencari tahu. Itu pun kita belum ada yang tahu karena sifatnya rahasia,"* jelas NV (2025).

Struktur SPI yang terpusat ini menyebabkan proses audit dan investigasi atas dugaan *fraud*, termasuk risiko *fraud* yang dibahas di rumusan masalah pertama, seperti risiko konflik kepentingan, menjadi kurang responsif dan lambat di tingkat cabang.

LT (2025b) juga menegaskan bahwa *"Satuan Pengawas Internal atau SPI itu ada sendiri bagiannya di kantor pusat,"* sehingga tanggung jawab investigasi berada di luar wewenang

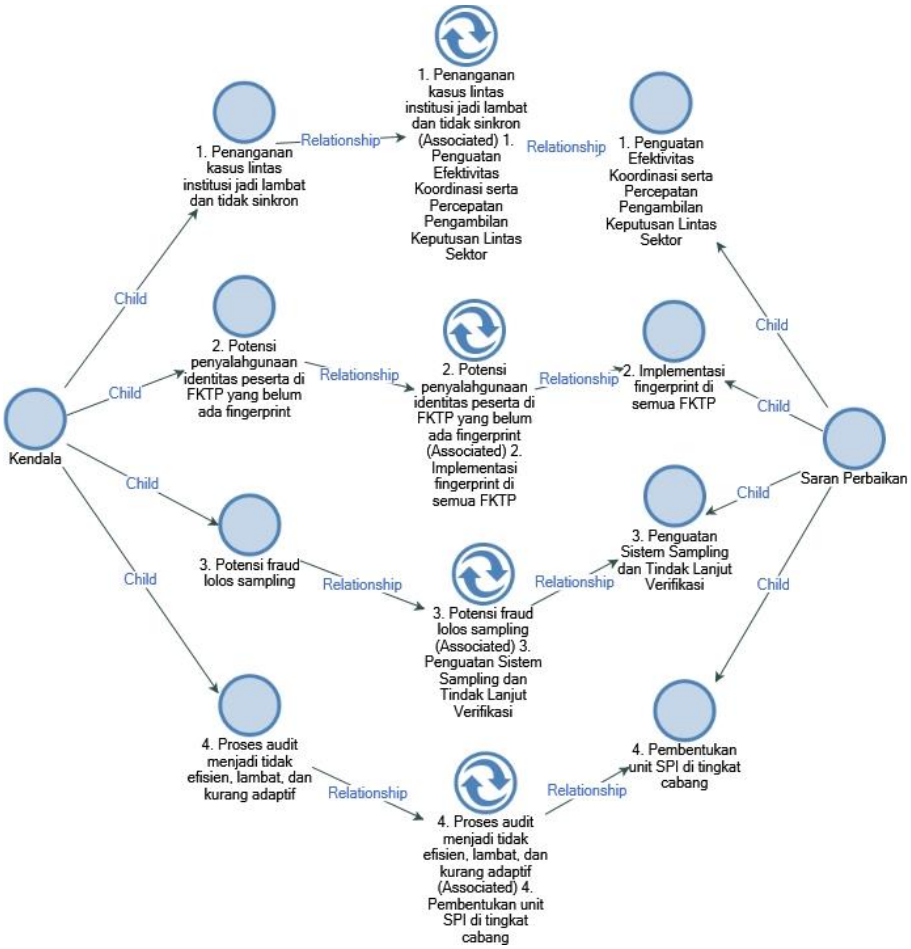
cabang. Padahal, banyak kasus *fraud* seperti yang dibahas pada rumusan masalah pertama terkait risiko *fraud* yakni konflik kepentingan, sering kali hanya dapat diidentifikasi secara efektif melalui pendekatan lokal yang memahami kondisi spesifik masing-masing wilayah.

Dengan audit yang hanya dilakukan tahunan oleh SPI pusat, seperti yang disebutkan RA (RA, 2025) bahwa dilakukan sekitar bulan Agustus hingga akhir tahun, penanganan potensi *fraud* dapat terlambat dan kurang adaptif terhadap dinamika lokal. Hal ini mengindikasikan perlunya evaluasi terhadap struktur pengawasan yang terlalu terpusat dan mendorong pemberdayaan pengawasan internal di tingkat cabang agar proses audit dan investigasi bisa dilakukan lebih efisien dan responsif terhadap risiko *fraud* yang terjadi di daerah.

4.6 Upaya Perbaikan dalam Meningkatkan Efektivitas Strategi Pencegahan dan Pendeteksian *Fraud*

Sub bab ini membahas upaya perbaikan untuk meningkatkan efektivitas strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta. Hasil analisis NVivo dapat dilihat pada gambar di bawah ini:

Gambar 4. 5 Peta Analisis Kendala dan Upaya Perbaikan dalam Meningkatkan Efektivitas Strategi Pencegahan dan Pendeteksian *Fraud*



Sumber: Aplikasi Nvivo 12

1. **Penguatan Efektivitas Koordinasi serta Percepatan Pengambilan Keputusan Lintas Sektor**

   Berdasarkan uraian dari rumusan masalah pertama hingga ketiga, dapat dijelaskan bahwa potensi risiko *fraud* dalam Program JKN

yang teridentifikasi dalam penelitian ini mencakup risiko sistemik, salah satunya terkait kemungkinan terjadinya konflik kepentingan. Risiko ini bersifat potensial, namun penting untuk diantisipasi guna menjaga integritas dan akuntabilitas pengelolaan program JKN.

Salah satu tantangan dalam strategi pencegahan *fraud* adalah belum optimalnya koordinasi lintas institusi dalam merespons indikasi kecurangan yang melibatkan lebih dari satu pihak. Meskipun saat ini telah tersedia forum bersama melalui kolaborasi Tim Anti Kecurangan JKN (AK JKN) dan Tim Pencegahan Kecurangan JKN (PK JKN) di tingkat kabupaten/kota, penguatan terhadap efektivitas koordinasi dan percepatan pengambilan keputusan masih diperlukan.

Saran yang diberikan adalah untuk mengoptimalkan peran kedua tim tersebut dalam menyamakan persepsi lintas lembaga, memperjelas alur pelaporan, serta mempercepat tindak lanjut atas dugaan *fraud*. Penguatan ini dapat dilakukan melalui mekanisme pengawasan silang, pelibatan aktif seluruh unsur lintas sektor, dan evaluasi berkala terhadap proses penanganan kecurangan.

Dengan memperkuat koordinasi yang sudah terbangun, maka potensi hambatan seperti keterlambatan investigasi, kurangnya transparansi, atau konflik kepentingan dapat diminimalkan. Proses

investigasi dan verifikasi akan berjalan lebih objektif dan akuntabel karena pengawasan tidak hanya dilakukan secara internal, melainkan secara kolektif oleh lintas institusi yang terlibat dalam sistem pengawasan Program JKN.

2. Implementasi *Fingerprint* di Semua FKTP

Salah satu kekurangan dalam implementasi strategi pencegahan *fraud* di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta adalah belum meratanya penerapan teknologi *fingerprint* di seluruh fasilitas kesehatan, khususnya di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Kondisi ini menyebabkan strategi verifikasi biometrik, yang sebenarnya sangat efektif dalam memastikan kehadiran fisik peserta dan mencegah penyalahgunaan identitas, belum dapat berjalan optimal.

Maka dari itu, saran implementasi *fingerprint* di semua FKTP menjadi sangat krusial untuk menjawab kekurangan dan kendala tersebut. Langkah ini tidak hanya akan memperbaiki kelemahan teknis dari sisi verifikasi kehadiran, tetapi juga akan memperkuat strategi pencegahan melalui verifikasi biometrik sebagaimana tertuang dalam Permenkes No. 16 Tahun 2019 dan telah mulai diterapkan di FKRTL.

Dengan penerapan *fingerprint* secara menyeluruh, maka sistem verifikasi akan menjadi lebih akurat, objektif, dan tidak bisa dimanipulasi. Penerapan ini akan sangat membantu dalam mencegah risiko-risiko *fraud* seperti manipulasi data klaim, *upcoding*, hingga akses layanan oleh peserta yang tidak berhak, sebagaimana dibahas dalam rumusan masalah pertama. Selain itu, *fingerprint* juga akan meningkatkan akurasi data kunjungan, sehingga klaim yang diajukan oleh FKTP benar-benar sesuai dengan pelayanan yang diberikan kepada peserta yang sah. Dari sisi deteksi *fraud*, sistem *fingerprint* akan memudahkan proses audit dan pelacakan jika ditemukan klaim yang mencurigakan, karena setiap transaksi pelayanan tercatat secara digital dan dapat diverifikasi ulang dengan data biometrik.

3. **Penguatan Sistem *Sampling* dan Tindak Lanjut Verifikasi**

   Salah satu aspek yang dapat diperkuat dalam strategi pendeteksian *fraud* oleh BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta adalah efektivitas sistem verifikasi berbasis sampling dan tindak lanjutnya. Meskipun metode ini efektif untuk efisiensi waktu dan sumber daya, pendekatan *sampling* menyisakan celah bagi praktik *fraud* untuk lolos dari proses pemeriksaan. Sebagaimana dijelaskan dalam wawancara dengan NV (2025), metode *sampling* yang

digunakan mencakup sekitar 85% dari klaim yang dibayarkan setiap bulan. Namun, sisa 15% klaim yang tidak diverifikasi tetap berisiko mengandung manipulasi, termasuk manipulasi proses verifikasi klaim seperti pemecahan serial, pengajuan klaim ganda, atau pemberian layanan tidak sesuai prosedur. Hal ini selaras dengan kendala yang diidentifikasi dalam penelitian, yakni adanya potensi *fraud* yang tidak terdeteksi karena klaim tersebut tidak terpilih dalam proses *sampling*.

Sistem sampling yang digunakan saat ini memang dirancang untuk efisiensi dan telah dilengkapi dengan mitigasi risiko melalui verifikasi pasca-klaim, audit administrasi klaim, dan audit menyeluruh terhadap klaim tertentu. Namun, agar sistem ini semakin adaptif terhadap potensi *fraud* yang kompleks, saran yang dapat diberikan adalah penguatan penggunaan pendekatan risk-based sampling, yaitu pemilahan klaim berdasarkan indikator risiko seperti riwayat pelanggaran faskes, frekuensi klaim, atau kode diagnosis yang rawan penyimpangan. Pendekatan ini dapat membantu proses sampling menjadi lebih strategis dan akurat dalam mengidentifikasi potensi *fraud*.

Dengan demikian, sistem verifikasi akan semakin selektif dan mampu mengarahkan proses audit dan verifikasi pasca-klaim ke

titik-titik yang memiliki tingkat risiko lebih tinggi. Penguatan ini juga akan memperkuat pendeteksian manipulasi yang sebelumnya tidak terdeteksi, seperti klaim ganda, pemberian layanan yang tidak sesuai, atau kesalahan administratif yang berulang.

4. Pembentukan Unit SPI di Tingkat Cabang

Kantor Cabang BPJS Kesehatan saat ini telah memiliki wewenang penuh dalam menjalankan berbagai bentuk audit, seperti Verifikasi Pasca Klaim, Audit Administrasi Klaim (AAK), serta audit medis. Bahkan, penanganan kasus yang berasal dari sistem Whistleblowing System (WBS) juga dapat ditindaklanjuti langsung oleh Kantor Cabang tanpa harus menunggu arahan dari pusat. Hal ini menunjukkan bahwa secara operasional, fungsi pengawasan telah dilaksanakan di tingkat cabang.

Namun demikian, keberadaan unit Satuan Pengawas Internal (SPI) secara struktural di tingkat cabang tetap diperlukan sebagai bagian dari upaya penguatan sistem pengendalian internal yang terintegrasi dan berlapis. SPI pusat memiliki cakupan pengawasan nasional dan sifatnya lebih strategis, sementara pengawasan operasional dan pengendalian risiko yang bersifat lokal memerlukan entitas khusus yang melekat di wilayah kerja masing-masing. Hal ini sejalan dengan pendapat dari Etengu & Amony

(2016) yang menyatakan bahwa sistem pengendalian internal yang efektif memerlukan penciptaan struktur pengendalian yang secara jelas mendefinisikan aktivitas pengendalian di setiap tingkat organisasi.

Selain itu, COSO Framework (2017) juga menekankan pentingnya internal control yang diterapkan secara menyeluruh di seluruh level organisasi, termasuk unit cabang, guna mencegah kegagalan sistem pengawasan dan mendorong akuntabilitas lokal. Dengan adanya SPI cabang, audit internal dapat dilakukan secara lebih independen, objektif, dan kontekstual, termasuk dalam memantau potensi penyimpangan klaim dan manipulasi dokumen verifikasi.

SPI cabang dapat berperan dalam investigasi awal, monitoring insidental, serta memberikan rekomendasi penindakan sebelum diteruskan ke SPI pusat jika diperlukan. Keberadaan unit ini akan mendukung efektivitas sistem anti-*fraud* secara menyeluruh, serta memperkuat ketahanan tata kelola pelayanan JKN terhadap risiko moral hazard yang timbul di level daerah. Pengawasan yang bersifat melekat dan sistematis di tingkat cabang menjadi fondasi penting dalam mencegah kerugian negara, mempercepat respons atas indikasi *fraud*, dan menjaga integritas pelayanan publik.

BAB V

KESIMPULAN

5.1 Pengenalan Bab

Pada bagian bab ini, penulis menyajikan kesimpulan dari hasil penelitian, membahas keterbatasan yang dihadapi selama proses penelitian, serta memberikan saran yang dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta maupun pihak-pihak terkait dalam upaya pencegahan dan pendeteksian *fraud* di masa mendatang.

5.2 Kesimpulan Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis yang telah dilakukan, dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Potensi risiko kecurangan (*fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional yang teridentifikasi melalui penelitian ini mencakup bentuk-bentuk seperti indikasi konflik kepentingan, manipulasi data klaim, penyimpangan dalam proses verifikasi klaim, praktik *upcoding*, serta fragmentasi klaim.

   Risiko-risiko tersebut dipahami berdasarkan interpretasi atas narasi informan, serta merujuk pada pola kerentanan sistemik yang umum terjadi dalam program jaminan sosial berbasis klaim. Meskipun tidak ditemukan bukti langsung atas terjadinya kasus spesifik, pemetaan risiko ini tetap penting

sebagai dasar dalam memperkuat sistem pencegahan *fraud* yang transparan, adaptif, dan berintegritas.

Apabila tidak ditangani secara optimal, potensi risiko tersebut dapat mengakibatkan kerugian finansial, menurunkan kualitas layanan, serta mengurangi kepercayaan publik terhadap program JKN.

2. BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta telah menerapkan berbagai strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* dalam pelaksanaan Program JKN yang secara umum telah sesuai dengan ketentuan Permenkes No. 16 Tahun 2019 dan Perdir BPJS No. 67 Tahun 2021. Strategi pencegahan dilakukan melalui sosialisasi kepada pegawai dan fasilitas kesehatan, penandatanganan pakta integritas, pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan, pelaksanaan prinsip tata kelola yang baik (GCG), pengembangan pelayanan kendali mutu & biaya, identifikasi risiko *fraud* secara berkala, penyerahan Surat Pertanggungjawaban Mutlak (SPM) dari faskes, pencegahan kecurangan identitas dengan verifikasi biometrik, serta komitmen di seluruh jajaran.

   Di sisi lain, strategi pendeteksian dijalankan melalui pemanfaatan sistem Whistleblowing System (WBS), pelaksanaan audit secara rutin, penggunaan aplikasi bantu verifikasi digital sebagai bentuk dukungan sistem IT, monitoring pembayaran iuran, pemeriksaan kepatuhan, *real time* data kepesertaan,

updating data, serta pengawasan internal melalui audit oleh Satuan Pengawas Internal (SPI).

3. Dalam implementasi strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta, penelitian ini mengidentifikasi beberapa tantangan yang berpotensi memengaruhi efektivitas pelaksanaan strategi. Tantangan tersebut antara lain mencakup belum optimalnya sinergi pelaksanaan antara unit internal BPJS dengan mitra lintas sektor, meskipun forum koordinasi seperti Tim Anti Kecurangan JKN (AK JKN) dan Tim Pencegahan Kecurangan JKN (PK JKN) telah tersedia. Selain itu, penerapan verifikasi biometrik di tingkat fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) juga belum merata secara nasional, sehingga menimbulkan potensi penyalahgunaan identitas dalam proses layanan. Sistem verifikasi berbasis sampling, meskipun telah dilengkapi dengan audit pascaklaim dan audit administratif, tetap menyisakan kemungkinan lolosnya *fraud* pada klaim yang tidak terambil sebagai sampel. Di sisi lain, terdapat pula kebutuhan untuk memperkuat kapasitas pengawasan dan pemantauan operasional di tingkat cabang agar respons terhadap dugaan *fraud* yang bersifat lokal dapat dilakukan dengan lebih cepat dan sesuai konteks. Apabila tantangan-tantangan ini tidak direspons secara adaptif dan terkoordinasi, maka dapat berpengaruh terhadap kecepatan,

akurasi, serta ketepatan proses deteksi dan tindak lanjut *fraud*, yang merupakan bagian penting dalam menjaga integritas dan keberlanjutan Program JKN.

4. Upaya perbaikan yang dapat dilakukan meliputi penguatan efektivitas koordinasi serta percepatan pengambilan keputusan lintas sektor untuk memperkuat koordinasi dan mengurangi konflik kepentingan, implementasi sistem *fingerprint* di semua FKTP sebagai langkah pencegahan berbasis biometrik, penguatan sistem *sampling* dan tindak lanjut verifikasi klaim, serta pembentukan Unit SPI di tingkat cabang untuk memperkuat pengawasan lokal dan mempercepat respon terhadap indikasi *fraud*.

5.3 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan, antara lain:

1. Keterbatasan akses terhadap data-data sensitif mengenai kasus *fraud* yang sedang atau pernah terjadi, karena informasi tersebut dianggap bersifat privasi.
2. BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta belum memiliki Satuan Pengawas Internal (SPI) di tingkat cabang, sehingga peneliti tidak dapat mewawancarai pihak yang secara khusus menangani audit atau pengawasan internal di level lokal.
3. Tim Anti Kecurangan JKN (AK JKN) di cabang ini terdiri dari pegawai lintas divisi yang merangkap tugas, sehingga jumlah narasumber yang dapat diwawancarai terbatas. Meskipun demikian, informasi yang diperoleh dari

narasumber yang tersedia sudah cukup representatif dan mampu menjawab seluruh pertanyaan penelitian secara menyeluruh.

5.4 Saran Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian dan keterbatasan yang ada, saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

1. BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta perlu terus memperkuat fungsi pengawasan lokal dengan membentuk Unit SPI di tingkat cabang, memperluas cakupan verifikasi klaim dengan pendekatan risiko, serta meningkatkan integrasi dan pemanfaatan teknologi verifikasi biometrik di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP).
2. Penelitian selanjutnya disarankan untuk memperluas cakupan wilayah cabang BPJS Kesehatan yang lain. Selain itu, dapat dilakukan studi dengan pendekatan kuantitatif agar dapat memberikan gambaran yang lebih komprehensif dan memperkaya literatur mengenai strategi pencegahan dan pendeteksian *fraud* pada program Jaminan Kesehatan Nasional.

Dengan demikian, diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi masukan yang bermanfaat bagi BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta dan pihak-pihak terkait dalam upaya menciptakan sistem jaminan kesehatan nasional yang lebih transparan, akuntabel, dan bebas dari praktik kecurangan.

DAFTAR PUSTAKA

ACFE. (2024). *Occupational Fraud 2024: A Report To The Nations*.

Adhabi, E., & Anozie, B. , C. (2017). Literature review for the type of interview in qualitative research. *International Journal of Education*, *9*(3).

Anandya, D., & Easter, L. (2023). *Laporan Hasil Pemantauan Tren Penindakan Kasus Korupsi Tahun 2022*. https://antikorupsi.org/sites/default/files/dokumen/Narasi Laporan Tren Penindakan Korupsi Tahun 2022.pdf.

Arens, A. Alvin., Randal, J. Elder., & Mark, S. B. (2015). *Auditing dan Jasa Assurance Pendekatan Terintegrasi* (15th ed., Vol. 1). Erlangga.

Atkinson, P. A., & Coffey, A. (1997). *Qualitative research: Theory, method and practice*. Sage.

Azad, T., & William, P. (2024). *Fraud* detection in healthcare billing and claims. *International Journal of Science and Research Archive*, *13*(2), 3376–3395. https://doi.org/10.30574/ijsra.2024.13.2.2606

Britten, N. (1999). *Qualitative interviews in healthcare* (2nd ed.). BMJ Books.

Cendrowski, H., Petro, L. W., Martin, J. P., & Wadecki, A. A. (2007). Definition of *Fraud* Deterrence. In *The Handbook of Fraud Deterrence* (pp. 13–14). John Wiley and Sons, Inc.

Chabra, S., Menon, R., Postolovska, I., Smith, O. K., Tandon, A., Ulep, V., & Gilbert, T. (2018). *Preventing, Detecting, and Deterring Fraud in Social Health Insurance Programs : Lessons from Selected Countries*.

COSO. (2017). *enterprise risk management Integrating with Strategy and Performance*. Https://Www.Coso.Org/.

Cressey, D. R. (1953). *Other people's Money: A study of the social psychology of embezzlement*.

Creswell, J. W. (1994). Research Design: Qualitative and Quantitative Approach. *Thousand Oaks: Sage Publications*.

Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC Medical Research Methodology*, *11*(1), 100. https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-100

DA. (2025). *Interview dengan Staff Claim Advisor BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta, diinterview oleh Maitsa Zharfa Hana*.

Denzin, N. K. (1978). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. McGraw-Hill.

Dhakal, K. (2022). NVivo. *Journal of the Medical Library Association*, *110*(2). https://doi.org/10.5195/jmla.2022.1271

Dwi, N. (2024, August 20). "*Fraud*" Menghantui Layanan Kesehatan. *Kompas.Com*.

Eisner, E. W. (1991). *The enlightened eye: Qualitative inquiry and the enhancement of educational practice* (4th ed.).

Etengu, R. O., & Amony, M. (2016). Internal Control System and Financial Performance in Non-Governmental Organisations in Uganda: A Case Study of International Union for Conservation of Nature. *International Journal of Contemporary Applied Sciences* , *3*, 328–341.

Fadliana, F., Wardhana, A. W., & Zainuddin, C. (2023). Implementasi Sistem Pencegahan Kecurangan Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit Kota Prabumulih Pada Masa Pandemi Covid 19. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, *3*(1). https://doi.org/10.53756/jjkn.v3i1.124

Feng, X., & Behar-Horenstein, L. (2019). Maximizing NVivo Utilities to Analyze Open-Ended Responses. *The Qualitative Report*. https://doi.org/10.46743/2160-3715/2019.3692

Gill, P., Stewart, K. F., Treasure, E. T., & Chadwick, B. L. (2008). Methods of data collection in qualitative research: Interviews and focus groups. *British Dental Journal Official Journal of the British Dental Association: BDJ Online*, *204*.

Hartati, T. S. (2016). Prevention of *Fraud*ulent in the Implementation of Health Insurance Program on National Social Security System (SJSN) in Menggala Hospital. *FIAT JUSTISIA*, *10*, 605–820. http://jurnal.fh.unila.ac.id/index.php/fiat

Hendriani, S. (2013). Pengaruh Pendidikan dan Latihan Serta Kompetensi Terhadap Implementasi SPIP Guna Pencegahan *Fraud*. *Jurnal Akuntansi*, *2*, 84–100.

Hidajat, T. (2020). Rural banks *fraud*: a story from Indonesia. *Journal of Financial Crime*, *27*(3), 933–943. https://doi.org/10.1108/JFC-01-2020-0010

Jackson, K., & Bazeley, P. (2019). *Qualitative Data Analysis with NVivo*. SAGE Publications Inc.

Jayanti, Y. (2024). Strategi Daerah Istimewa Yogyakarta Sebagai Tempat Wisata Kesehatan Pelayanan Medis Di Indonesia. *Presidensial: Jurnal Hukum, Administrasi Negara, Dan Kebijakan Publik*, *1*(2), 24–31. https://doi.org/10.62383/presidensial.v1i2.41

Kiernan, M. D., & Hill, M. (2018). Framework analysis: a whole paradigm approach. *Qualitative Research Journal*, *18*(3), 248–261. https://doi.org/10.1108/QRJ-D-17-00008

Liu, J., Wang, Y., & Yu, J. (2023). A study on the path of governance in health insurance *fraud* considering moral hazard. *Frontiers in Public Health*, *11*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1199912

LT. (2025a). *Interview dengan Bagian Manajemen Risiko BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta, diinterview oleh Maitsa Zharfa Hana*.

LT. (2025b). *Interview dengan Sekretaris AK JKN (Anti Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional) BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta, diinterview oleh Maitsa Zharfa Hana*.

Mackey, T. K., Miyachi, K., Fung, D., Qian, S., & Short, J. (2020). Combating Health Care *Fraud* and Abuse: Conceptualization and Prototyping Study of a Blockchain Anti*fraud* Framework. *Journal of Medical Internet Research*, *22*(9), e18623. https://doi.org/10.2196/18623

Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2018). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* (4th Edition). SAGE Publications.

Nabrawi, E., & Alanazi, A. (2023). *Fraud* Detection in Healthcare Insurance Claims Using Machine Learning. *Risks*, *11*(9). https://doi.org/10.3390/risks11090160

Nasution, E. S. (2024). *Metodologi Penelitian : Model Praktis Penelitian Kualitatif* (1st ed.). PT. Literasi Nusantara Abadi Grup.

National Academies of Sciences, E. and M., Health and Medicine Division; Board on Health Care Services, Board on Global Health, & Committee on Improving the Quality of Health Care Globally. (2018). The critical health impacts of corruption. In *Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide*. National Academies Press (US).

NV. (2025). *Interview dengan Kepala Bagian Penjaminan Manfaat Dan Utilisasi BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta, diinterview oleh Maitsa Zharfa Hana*.

Patton, M. Q. (1999). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3rd edition). SAGE.

Peraturan Direksi BPJS Nomor 67 Tahun 2021 Tentang Pedoman Pengelolan Iuran Jaminan Kesehatan, Pub. L. No. 67 (2021).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 (2019).

Putri, A. (2012). Kajian: *Fraud* (Kecurangan) Laporan Keuangan. *JRAK: Jurnal Riset Akuntansi & Komputerisasi Akuntansi*, *3*.

Putri, A. E. (2014). *Paham BPJS : Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*.

RA. (2025). *Interview dengan Staff Verifikator BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta, diinterview oleh Maitsa Zharfa Hana*.

Ritchie, J., Spencer, L., Lewis, J., & Dillon, L. (2003). *Quality in qualitative evaluation : a framework for assessing research evidence*. Cabinet Office.

Saldana, J. (2021). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. SAGE Publication.

Sari, A. P., Jati, S. P., & Shaluhiyah, Z. (2022). Implementation of *Fraud* Prevention Policies in the Execution of the Health Insurance Program at Diponegoro National Hospital, Central Java. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, *10*.

Saru, A. A. A., Arifin, M. A., Darmawansyah, D., Razak, A., Syafar, M., & Rahmatia, R. (2023). Potential *fraud* and its' prevention in the implementation of national health insurance at Dadi Regional Hospita. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, *12*(3), 1040. https://doi.org/10.11591/ijphs.v12i3.22952

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. https://doi.org/10.19184/idj.v4i1.39490

Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.

Sulistyawati. (2023). *Buku Ajar Metode Penelitian Kualitatif*. K-Media.

Tarmizi, S. N. (2024, July 24). Cegah *Fraud*, Kemenkes Bentuk Tim Pencegahan. *Biro Komunikasi Dan Pelayanan Publik, Kementerian Kesehatan RI*.

Tawai, A., Afriadi, Z., & Yusuf, M. (2023). Model Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Dinas Kesehatan Kota Kendari. *NeoRespublica: Jurnal Ilmu Pemerintahan*, *5*.

Timofeyev, Y., & Jakovljevic, M. (2022). Editorial: *Fraud* and Corruption in Healthcare. *Frontiers in Public Health*, *10*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.921254

Trisnantoro, L. (2015, November). Tindak Kecurangan (*Fraud*) Merugikan Program JKN (Negara). *BPJS Kesehatan*.

Tugu Jogja. (2018, July 13). Faskes di Gunungkidul lakukan kecurangan dalam pengajuan klaim perawatan pasien. *Kumparan*.

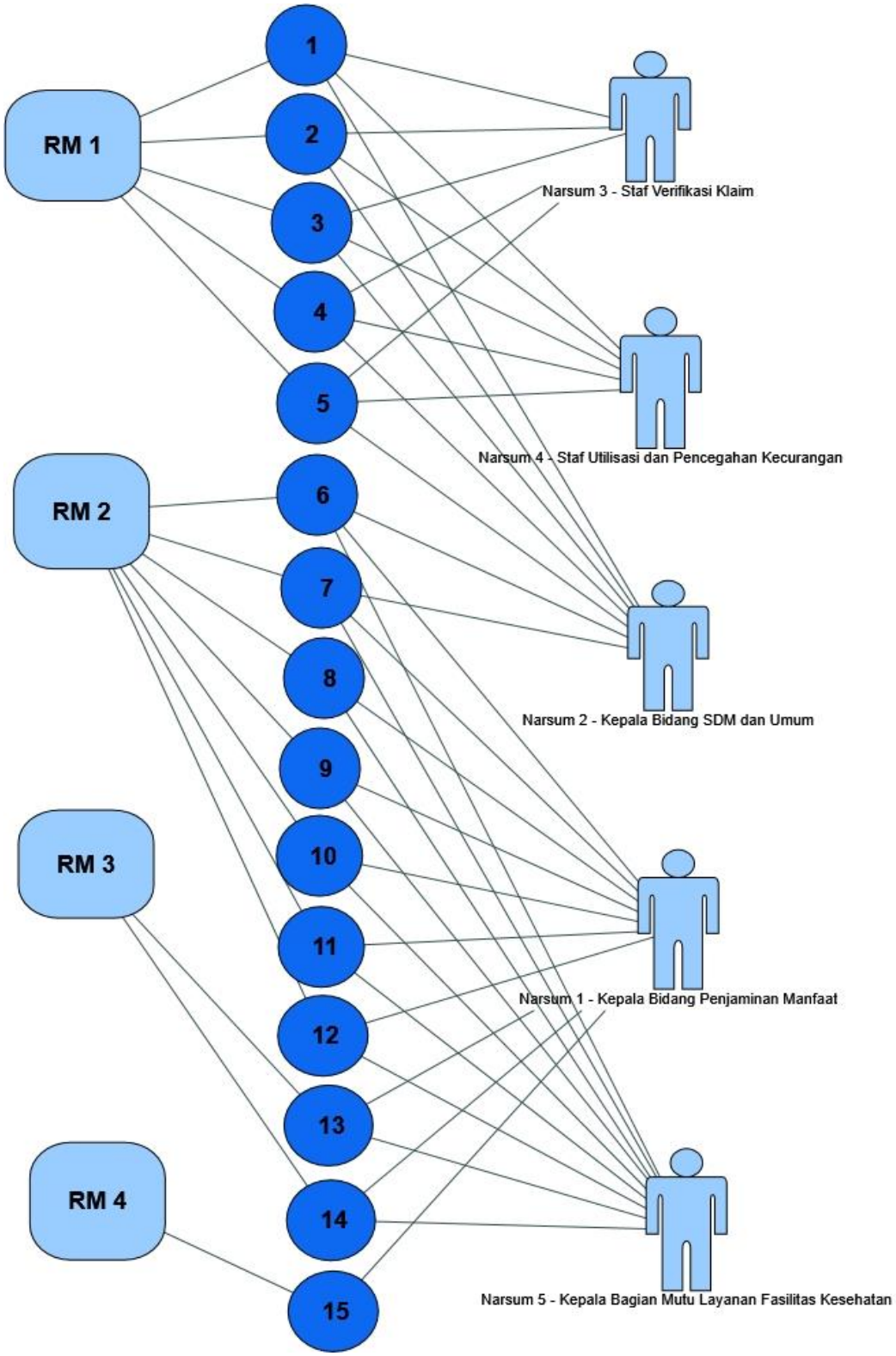
Widodo, P. P., Shidieq, F. H. A., & Putri, L. P. (2024). The Effectiveness and Sustainability of *Fraud* Prevention Policies in Improving the Quality of Hospital Services in Malang. *Jurnal Akuntansi Dan Perpajakan*, *10*(1), 92–101. https://doi.org/10.26905/ap.v10i1.12538

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE Publications, Inc.

Zamawe, F. (2015). The Implication of Using NVivo Software in Qualitative Data Analysis: Evidence-Based Reflections. *Malawi Medical Journal*, *27*(1), 13. https://doi.org/10.4314/mmj.v27i1.4

LAMPIRAN

KERANGKA PERTANYAAN



DAFTAR PERTANYAAN

1. Apa yang menjadi indikasi bahwa terdapat identitas peserta yang diterbitkan tanpa memenuhi ketentuan?
2. Apa saja bentuk klaim tidak sesuai ketentuan yang sering diajukan oleh peserta atau fasilitas kesehatan?
3. Apa tindakan korektif yang diterapkan jika ditemukan klaim palsu yang disetujui oleh pihak BPJS Kesehatan?
4. Bagaimana langkah yang diambil untuk mengidentifikasi dan menangani kasus manipulasi manfaat yang dilakukan oleh pihak internal?
5. Bagaimana penanganan terhadap kasus pengubahan kode diagnosis yang tidak sesuai dengan dokumen asli?
6. Bagaimana strategi pencegahan *fraud* yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta sesuai dengan ketentuan dalam Permenkes No. 16 Tahun 2019?
7. Apa saja tugas dan tanggung jawab tim pencegahan *fraud* yang telah dibentuk?
8. Bagaimana kolaborasi antara BPJS Kesehatan dengan dinas kesehatan dan fasilitas kesehatan dalam mencegah *fraud*?
9. Bagaimana BPJS Kesehatan mendeteksi tindakan *fraud* dalam klaim kesehatan?
10. Bagaimana proses pelaporan kecurangan dilakukan oleh peserta atau pihak terkait lainnya?

11. Bagaimana pelatihan tentang pencegahan *fraud* diberikan kepada staf BPJS Kesehatan?
12. Bagaimana cara menjamin bahwa semua pihak memahami dan mematuhi prosedur pencegahan kecurangan yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan?
13. Bagaimana mekanisme monitoring dan evaluasi terhadap penerapan strategi pencegahan *fraud* dilakukan?
14. Apa tantangan terbesar yang dihadapi dalam penerapan strategi pencegahan *fraud* saat ini?
15. Bagaimana BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta berencana untuk meningkatkan upaya pencegahan *fraud* di masa depan?

LAMPIRAN 1

Surat Keterangan Selesai Penelitian

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Yogyakarta, 28 Mei 2025

Nomor : 1385/VI-08/0525

Hal : Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian

Yth. Dekan Fakultas Bisnis dan Ekonomika

Universitas Islam Indonesia

di

Tempat

Sehubungan dengan surat Dekan Fakultas Bisnis dan Ekonomika Universitas Islam Indonesia nomor 1982/DEK/10/PMD/X/2024 tentang Permohonan Ijin Penelitian, maka kami sampaikan beberapa hal sebagai berikut :

1. Mahasiswi Program Studi Akuntansi Program Magister Universitas Islam Indonesia atas nama Maitsa Zharfa Hana telah melakukan penelitian berupa wawancara di BPJS Kesehatan Kantor Cabang Yogyakarta yang telah dilaksanakan pada tanggal 20 Desember 2024 dan 03 Januari 2025;
2. Penelitian dilakukan melalui wawancara yang dilaksanakan secara langsung;
3. Menindaklanjuti ketentuan pelaksanaan penelitian di BPJS Kesehatan, mohon agar salinan atau asli hasil penelitian dapat diberikan kepada BPJS Kesehatan Cabang Yogyakarta.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kepala

M. Idar Aries Munandar

YW/la/OH.02.03

Kantor Cabang Yogyakarta
Jalan Gedongkuning No.130A, Yogyakarta 55171
Telp. (0274) 372712
Fax. (0274) 450602

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSrE

LAMPIRAN 2

TRANSKRIP WAWANCARA 1

Narasumber 1 : NV

Narasumber 2 : LT

Tanggal Wawancara : 18 April 2025

Jabatan/Posisi Narasumber 1 : Kepala Bagian Penjaminan Manfaat Dan Utilisasi

Jabatan/Posisi Narasumber 2: Sekretaris Tim AK-JKN (Anti Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasion al)

MZ : Selamat pagi, bu. Sebelum memulai wawancara ada beberapa hal yang ingin saya sampaikan nggih Bu.

Jadi, gini Bu, nama Ibu nanti nggak akan kami sebut ya, hanya ditulis pakai inisial aja. Yang nanti tercantum cuma jabatan, jenis kelamin, pendidikan, sama kelompok usia. Harapannya, Ibu bisa jawab pertanyaan kami dengan lengkap dan terbuka.

NV : Baik, mbak

MZ : Sebelumnya dengan Ibu siapa namanya?

NV : Dr. NV

MZ : Dengan jabatan?

NV : Kepala Bagian Penjaminan Manfaat dan Utilisasi

MZ : Pendidikan terakhirnya boleh diinfokan Bu?

NV : Hmm.. saat ini sedang mengambil MARS itu S2 berarti mbak

MZ : Ohh nggih, usianya berarti?

NV : 45 tahun

MZ : Lama bekerjanya sudah berapa lama berarti Bu?

NV : 14 tahun

MZ: Wawancaranya juga santai kok, nggak terstruktur, jadi Ibu nggak usah tegang. Kalau nanti ada jawaban yang kurang jelas, kami mungkin akan kontak lagi untuk memastikan semuanya sesuai dengan realita. Setelah selesai, kami juga bakal lakukan member checking, jadi hasil penelitian nanti dikasih ke BPJS untuk dicek apakah sudah sesuai atau belum.

Oh ya, nanti setelah penelitian selesai, saya juga bakal minta surat keterangan selesai penelitian dari pihak BPJS sebagai dokumen penutup.

MZ : Saya akan mulai wawancaranya dari pertanyaan umum dulu ya Bu. Jadi, sebelumnya apa yang menjadi latar belakang utama dalam penerapan strategi pencegahan *fraud* di BPJS Kesehatan Yogyakarta?

NV : Yang menjadi latar belakang adanya strategi pencegahan itu.. *fraud* atau kecurangan itu di bidang kesehatan itu kan merugikan ya, merugikan biaya pelayanan kesehatan secara umum. Termasuk misalkan di pengelolaan keuangan kita. Apalagi mengelola keuangan milik masyarakat ya karna dana jaminan sosial begitu kan. Jadi kita harus mempertanggungjawabkan uang dalam bentuk iuran yang masuk ke kita untuk kita realisasikan dalam bentuk pelayanan kesehatan bagi yang membutuhkan. Dengan adanya strategi pencegahan ini jangan sampai terjadi adanya inefisiensi biaya bahan kesehatan.

MZ : Lalu terkait dengan kebijakan utama yang diterapkan untuk mencegah terjadinya *fraud* di BPJS Kesehatan tu bagaimana Bu?

NV : Kebijakan utama maksudnya bagaimana itu?

MZ : Yaa.. maksudnya peraturan yang mengatur terkait pencegahan *fraud* itu Bu

NV : Ohh dasar dasarnya kita melakukan pencegahan itu. Dasarnya ya Peraturan Presiden yang diturunkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan, kalau sekarang yang berlaku kan Permenkes 16 Tahun 2019 tentang pencegahan kecurangan itu. Lalu ada regulasi turunan itu di BPJS sendiri

MZ : Regulasi turunan itu seperti apa ya Bu?

NV : Dalam bentuk Perdil ya.. Perdil 13 Tahun 2024. Tapi mohon maaf untuk Perdil itu untuk konsumsi internal jadi untuk Perdil kita belum bisa bahas lebih lanjut. Isinya sama kaya Permenkes tapi hanya turunannya saja.

MZ : Terkait regulasi ini apakah berbeda antar BPJS satu dengan BPJS yang lain atau sama saja?

NV : Kalau BPJS Ketenagakerjaan kurang tahu. Kalau di KC lain sama semua

MZ : Lalu bagaimana strategi pencegahan *fraud* yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan Cabang Yogyakarta sesuai dengan ketentuan dalam Permenkes No. 16 Tahun 2019?

NV : Sesuai dengan ketentuan permenkes? Yaa.. jadi pencegahannya itu yang pertama harus ada budaya anti *fraud* ya. Kalau budaya anti *fraud* itu kalau di kita, di internal itu, yang kita lakukan yang pertama, setiap awal tahun, pasti ada penandatangan pakta integritas untuk seluruh karyawan. Jadi setiap 2 Januari 2024 itu nanti ada pembacaan direksi, arahan direksi untuk awal tahun, dilanjutkan dengan penandatangan pakta integritas dan pencegahan kecurangan. Pakta integritas nya bermeterai. Ini bentuk komitmen kami mbak di keseluruhan pegawai. Dan harus dikumpulkan pada hari itu juga. Rame pokoknya hari itu.

Habis itu yang kedua, nanti kita ada yang namanya tim anti-kecurangan. Tim anti-kecurangan itu nanti tugasnya sosialisasi, kalau dari umum biasanya mengingatkan kembali sosialisasi berkala terkait WBS, Whistleblowing System, lalu terkait kecurangan-kecurangan yang dapat terjadi itu agar terhindari. Kalau dari pelayanan kesehatan ya itu sosialisasi tentang kecurangan itu sendiri, ke rumah sakit, ke peserta, kemudian terkait sistem.

Secara teknisnya itu nanti pada saat mulai, step-stepnya banyak ya di strategi pencegahan kecurangan. Kalau di kesehatan itu mulai dari awal pemilihan faskesnya, jadi kita profiling dulu nih bisnisnya, itu melalui credentialing atau recredentialing.

Habis itu nanti dilanjutkan dengan kerjasama dan penandatanganan dengan PKS, itu kan salah satu bentuk pencegahan, karena nanti di PKS itu ada komitmen-komitmen apa yang tidak boleh atau yang harus dilakukan oleh rumah sakit. Termasuk salah satunya itu tidak melakukan kecurangan segala macam, itu juga sudah dimasukkan dalam PKS.

Habis nanti kalau sudah PKS, ada pelayanan kesehatan, itu ada monitoring kepatuhan dari bagian pelayanan fasilitas kesehatan, kepatuhan rumah sakit, selain itu ada yang namanya pengajuan klaim, bentuknya juga kecurangan itu banyak tools-toolsnya di aplikasi verifikasi kita.

MZ : Tools itu seperti apa ya Bu terkait dengan pengajuan klaim itu?

NV : Tools nya itu ya di aplikasi verifikasi itu. Jadi saat PKS itu, ada komitmen dengan rumah sakit terkait pengajuan klaim ini. Dimana rumah sakit itu nanti sebelum mengajukan klaim itu sudah harus melakukan verifikasi internal terlebih dahulu terkait klaim yang masuk. Kemudian ada yang namanya surat pertanggungjawaban mutlak dari pimpinan rumah sakit yang menyatakan bahwa klaim yang diajukan sudah benar.

Kalau misalkan saat diaudit ada temuan, rumah sakit harus sudah bersedia untuk mengembalikan. Misalkan audit begitu ya, baik internal maupun eksternal, ternyata ada temuan, maka harus bersedia mengembalikan. Itu juga ada dalam PKS.

Jadi saat verif ini banyak mbak rules yang harus dipenuhi oleh PKS, karena file-file yang masuk itu akan terfilter, mana yang sesuai koding dan mana yang ga sesuai koding, mana yang berkasnya lengkap mana yang ga lengkap. Jadi banyak tahapannya kalau proses verifikasi.

MZ : Baik, lalu terkait dengan tim anti *fraud* yang sempat ibu singgung tadi, apakah timnya dibawah itu atau bagaimana?

NV : Oh engga, itu di bawah kepala cabang. Jadi kalau tim anti *fraud* itu, ketuanya kepala cabang, pengarahnya dari kedeputian wilayah. Nanti sekretarisnya bagian umum, terus anggotanya kepala bagian yang lain. Sama verifikator.

MZ : Emm.. terkait dengan tim anti *fraud*, tugas dan tanggung jawab saat dibentuk itu apa saja Bu? Dan dibentuknya sejak kapan?

NV : Sebetulnya sudah dibentuk sejak dikeluarkannya permenkes 36 tahun 2015. Kalau dulu namanya tim pencegahan kecurangan, kemudian sejak tahun 2023 namanya Tim Anti Kecurangan JKN. Itu untuk membedakan dengan tim pencegahan kecurangan dari eksternal. Kalau dulu sama itu mbak, AK JKN KC itu kan punya nya internal BPJS Kesehatan, lalu ada AK JKN Kabupaten/Kota itu yang anggotanya dinas kesehatan dan stakeholder lain sesuai yang ada di permenkes. Nah untuk membedakan

itu, sejak 2023 itu tim pencegahan kecurangan diganti dengan Tim Anti Kecurangan Kantor Cabang.

MZ : Berarti terkait kolaborasi antara BPJS dengan dinas kesehatan dan fasilitas kesehatan dalam mencegah kecurangan selain penandatangan PKS tadi apa saja ya Bu?

NV : Selain penandatangan PKS, kita juga mewajibkan rumah sakit juga punya tim AK JKN rumah sakit

MZ : Oh ada ya bu?

NV : Iya ada, wajib harus punya

MZ : Itu nanti tugasnya seperti apa bu terkait tim AK JKN di rumah sakit?

NV : Itu nanti tugasnya memastikan klaim yang diajukan sudah sesuai apa belum. Kan rumah sakit kan punya SPI sendiri, jadi kami mewajibkan rumah sakit punya tim AK JKN baik di FKRTL maupun FKTP. Selain itu tugasnya kalau kita mau ada audit, kita koordinasi dengan tim AK JKN nya rumah sakit.

MZ : Kalau misalkan.. terkait dengan pendeteksian tindakan *fraud* itu dalam klaim kesehatan tadi bagaimana caranya Bu?

NV : Melalui itu Mbak aplikasi. Pertama pastinya kompetensi verifikator, yang menentukan apakah klaim ini sudah sesuai atau belum.. terus nanti dibantu dengan aplikasi bantu verifikasi. Jadi kita punya aplikasi sendiri untuk membantu verifikasi.

Aplikasinya itu sudah mampu membaca koding koding mana yang sesuai dan ga sesuai, ada filter filternya juga..

MZ : Terkait akses aplikasi tersebut apakah hanya pihak BPJS dan faskes saja yang bisa lihat atau peserta BPJS juga bisa lihat Bu?

NV : Jadi rumah sakit pakai aplikasi kita untuk mengajukan klaim, lalu di kita ada aplikasi untuk memverifikasi klaim. Jadi aplikasi ini hanya kita dan rumah sakit saja.

MZ : Hmm menarik.

NV : Kalau peserta hanya pakai aplikasi mobile JKN saja mba...

MZ : Iya, saya juga pakai Bu, hehe.

NV : Kalau ada peserta BPJS yang merasa kok dia ada dicurangin atau apa begitu ya.. merasa ada keluhan soal pelayanan biasanya dilihatnya disitu

MZ : Kalau di aplikasi mobile JKN ada menu nya bu?

NV : Iya, kalau di aplikasi mobile JKN kan ada menu keluhan to... nah biasanya dari keluhan-keluhan itu bisa kita lihat mana yang mengarah ke kecurangan atau ga. Kaya begitu...

MZ : Baik, jadi kalau teknologi yang digunakan hanya aplikasi verifikator saja ya Bu? Atau ada aplikasi lain?

NV : Iya, betul. Yaa.. aplikasi verifikasi, terus kalau ada tindakan pencegahannya itu kan ya dilihatnya dari situ. Terus nanti ada yang namanya Utilisasi Review. Utilisasi Review itu kan melihat gambaran pelayanan kesehatan yang sudah diberikan oleh faskes. Data data yang sudah mereka bayarkan itu, kita tarik data dan kita lihat apakah ada sesuatu yang aneh ga dari data data tersebut. Itu juga salah satu tindakan pencegahan.

Utilisasi review ini dilakukan kalau setelah pembayaran. Kan tadi tahapan-tahapan untuk mencegahan kecurangan itu kan banyak Mbak. Sebelum kerjasama, sudah di profiling dulu faskesnya lewat credentialing dan recredentialing. Habis itu di tahapan kerja sama, kita melakukan tanda tangan PKS. Setelah kerja sama, harus punya tim anti kecurangan, melakukan verifikasi sebelum pengajuan klaim. Setelah pengajuan klaim, tahapan verifikasi ini yang tadi saya bilang di cek kesesuaian koding, kesesuaian berkas administrasi. Setelah pembayaran, tahapan lainnya adalah dilakukan Utilisasi review, atau dilanjutkan dengan audit administrasi klaim.

MZ : Kalau audit administrasi klaim itu dilakukannya kapan Bu? Berkala atau bagaimana?

NV : Minimal 2 kali dalam satu tahun. Kalau Utilisasi review itu per bulan bisa, per triwulan bisa.

MZ : Kalau misalkan ada pelaporan kecurangan dari peserta atau dari pihak lainnya itu prosesnya seperti apa ya Bu?

NV : Prosesnya biasanya... kalau peserta biasanya gatau ini itu sebenarnya kecurangan atau bukan, jadi hanya bentuk keluhan keluhan doang. Nah nanti kalau sudah ada keluhan itu masuknya ke SIPP. Jadi kami di rumah sakit itu ada yang namanya sistem pelaporan, selain peserta itu bisa melaporkan langsung, peserta juga bisa melaporkan melalui rumah sakit, nanti masuknya ke aplikasi SIPP dan akan ditindaklanjuti oleh teman teman di bagian pelayanan fasilitas kesehatan.

Kalau masalahnya terkait dengan pemberian pelayanan kesehatan secara langsung, nanti koordinasi dengan kami langsung di bagian pelayanan. Nanti akan kita diskusikan dan kofirmasi langsung ke rumah sakit. Kalau sudah jelas permasalahannya apa, itu yang baru kita bisa menentukan apakah rumah sakit ini bentuknya kecurangan atau ketidaktahuan atau memang hanya keluhan peserta yang merasa kurang puas.

MZ : SIPP itu bentuknya sistem atau aplikasi?

NV : Aplikasi, tapi base nya website sih. Jadi kita bisa buka pakai chrome atau mozilla. SIPP itu Satuan Informasi Penanganan Pengaduan. Kita bisa akses, peserta juga bisa akses. Atau paling mudah sih masukin pengaduannya lewat mobile JKN kalau mau langsung.

Biasanya kalau lewat SIPP itu kan lewat rumah sakit ya. Paling umum keluhan itu pasti lewat mobile JKN. Yang disampaikan di mobile JKN itu akan terbaca di SIPP, jadi tersambung.

MZ : Itu nanti kalau pengaduan masuknya ke BPJS atau faskes nya?

NV : Ke kita, BPJS. Paling biasanya kita habis itu tindak lanjutnya konfirmasi ke bagian yang terkait.

MZ : Terkait dengan verifikasi klaim tadi, itu berbeda dengan audit klaim ya?

NV : Beda, jadi kalau verfikasi klaim itu membuktikan berkas administrasinya sudah sesuai apa belum, cara penagihan kodingnya sudah benar atau belum, jadi itu pengajuan klaim lalu kita verfikasi untuk dibayarkan. Nanti kan keluar itu hasil verifikasinya, layak bayar atau tidak layar bayar, nanti bisa kita pending kalau butuh konfirmasi.

Kalau audit administrasi klaim itu, mekanisme untuk mengetahui apakah yang sudah dibayarkan itu, sudah sesuai atau belum sesuai dengan anomali dan tren. Bulan ke satu kedua kita liat trennya terus oh ternyata ada pelonjakan kasus misalkan, nanti kita lihat lagi berkas berkasnya kita audit lagi.

MZ : Kalau audit klaim tadi dibantu aplikasi verifikator juga atau ada aplikasi atau metode lain?

NV : Pakai metode, setelah pembayaran itu mbak kita melakukan verifikasi pasca klaim dan audit administrasi klaim. Kalau verifikasi pasca klaim itu dilakukan setiap bulan, di bulan sebelum sebelumnya kita cek ulang lagi, rangkaian proses verifikasinya ya walaupun sudah dibayarkan. Kemudian sekarang ini bulan Desember, kita ngecek pelayanan yang di bulan November yang sudah kita bayarkan. Kita cek

ulang semacam sampling tapi sampling nya itu hampir 85% yang kita bayarkan. Karena kan semakin banyak kasus, ga mungkin satu per satu.

Per lembar per lembar... sekarang kan sudah ada AI yang bisa membaca pola rumah sakit, misalnya seringnya menagihkan dengan kode apa begitu nah itu sudah terbaca di aplikasi verifikasi kita.

MZ : Tadi sempat tanya ke Mbak LT terkait pelatihan pencegahan *fraud* ya Mbak yang diberikan ke staf BPJS Kesehatan. Itu pelatihannya seperti apa ya Bu?

NV : Biasanya tim AK JKN KC melakukan sosialisasi tentang *fraud* itu di awal tahun, kadang nanti diingatkan lagi per semester kita pertemuan lagi. Kalau diklat khusus itu langsung dari kedeputian HPPK (Hukum Penanganan dan Pencegahan Kecurangan) itu di pusat. Nanti dipilih verifikatornya yang mana yang mengikuti. Itu nanti gabungan mbak, ada KPK, ada kepolisian.

MZ : Itu pembicaranya siapa Bu?

NV : Iya itu pembicaranya dari KPK dan kepolisian. Kemarin kalau ga salah yang mengikuti itu dari CM mbak, antara CM atau verifikator. Karena kan memang *fraud* itu yang mengurus dari pelayanan kesehatannya kan. Jadi biasanya teman teman verifikator yang ikut.

MZ : Jadi yang mengikuti pihak faskes bagian rumah sakitnya juga ikut Bu?

NV : Engga, itu kita kita saja. Kurang tahu kalau bagian rumah sakit ya.

MZ : Jadi lumayan sering ya Bu kalau buat sosialisasi disini?

NV : Ya paling ga ya 2 kali itu dalam setahun. Awal tahun dan pertengahan tahun. Bisa juga dalam pertemuan-pertemuan bersama AK JKN itu kita bahas jika memang kalau ada indikasi indikasi kecurangan.

MZ : Setiap bulan atau per tiga bulan itu Bu? Soalnya kan ini pertemuannya ada yang internal dan eksternal ya Bu.

NV : Kalau yang eksternal itu ya bentuknya diklat itu tadi dari pusat yang HPPK itu. Kalau internal ya sosialisasi dan sebagainya.

MZ : Diklat itu diadakannya satu kali ya Bu?

NV : Setahun sekali itu kalo diklat anti *fraud*. Tapi biasanya kalo kantor pusat ada program biasanya kami kirimkan lagi perwakilannya secara giliran siapa yang tahun ini berangkat gitu. Kalau bimtek kadang beberapa kali sesuai kebutuhan saja sih.

MZ : Kalau langkah-langkah yang diambil setelah terdeteksi adanya indikasi *fraud* dalam program JKN itu bagaimana Bu?

NV : Setelah terdeteksi kecurangan? Berarti kalau sudah terdeteksi itu potensi ya. Potensi kecurangan itu kita dapatkan dari hasil verifikasi misalkan atau dari laporan yang kita gatau siapa begitu ya karna whistleblower.

Pertama, itu nanti kita bahas terlebih dahulu dengan tim AK JKN Kantor Cabang. Terus kita lihat dulu datanya dari misalkan rumah sakit nih, dari laporannya peserta

gitu kan. Kita lihat dulu tren pelayanan kesehatan yang diberikan oleh faskes ini mbak. Setelah itu kita lakukan pembuktian sementara biasanya melalui sampling telfon yang dibahas oleh tim AK JKN. Di telfon itu kita paparkan ada potensi kecurangan seperti ini ini ini. Dan kalau misalkan dari pembuktian sementara ini ternyata terbukti mengarah ke kecurangan, lalu Kepala Cabang dari tim AK JKN akan mengeluarkan STPK, berdasarkan STPK itu nanti teman teman di Kantor Cabang akan bergerak untuk mendapatkan lebih banyak lagi bukti bukti kecurangan. Biasanya turun langsung ke lapangan, memeriksa rekam medis, dan terbukti sudah dapat, kemudian hasilnya di rekap, nanti kita pertemuan lagi dengan tim AK JKN untuk melaporkan hasil. Baru ditetapkan jenis kecurangannya apa, kerugiannya berapa, dan sanksi nya apa. Lalu setelah itu Tim AK JKN akan koordinasi dengan tim PK JKN biasanya dalam bentuk kecurangan.

MZ : Terkait WBS tadi ya Bu, baik dari bank maupun instansi lain kan pasti ada, apakah semua staf itu dipastikan mengetahui cara kerja dari WBS itu sendiri? Melaporkannya ke siapa, nomor apa, begitu?

NV : Pasti tahu, karena kan disosialisasikan langsung oleh pusat ya. Alamatnya, nomor telefonnya, jadi teman teman sudah tahu semua. Di website wbs.bpjs-kesehatan.go.id itu juga bisa diakses oleh seluruh eksternal.

Biasanya kalo kita sosialisasi dengan rumah sakit itu biasanya kita kasih website itu di akhir slide. Jadi siapa tahu ya, ada orang BPJS yang nakal dan ada yang mau melaporkan jadi bisa lewat slide itu.

MZ : WBS nya sama dengan kaya yang di rumah sakit atau beda Bu?

NV : Beda. Kalau ini kan langsung ke BPJS Kesehatan.

MZ : Kalau nanti ada laporan di website WBS itu ini Bu, nanti penindaklanjutannya seperti apa?

NV : WBS ini nanti langsung terbaca ke pusat. Jadi kita nanti dapat laporan dari pusat. WBS itu masuknya di Satuan Pengawas Auditor Internal nya kami. Jadi nanti mereka akan bergerak secara diam diam untuk mencari tahu. Itu pun kita belum ada yang tahu karena sifatnya rahasia.

Biasanya sih langsung ke kepala cabang nya. Nah kalau yang berhubungan dengan faskes baru nanti kepala cabang akan ke bidang terkait misalnya kalau faskes berarti ke saya atau Pak Heri gitu kan, ini ada laporan misalkan seperti itu

MZ: Kalau terkait dengan WBS ini nanti ada insentif yang diberikan kepada orang yang melaporkan ga Bu?

NV: Ga ada mbak. WBS itu bukan hanya sekedar untuk melaporkan kecurangan sih jadi itu bisa ketidakpuasan kita juga bisa gitu

MZ: Di Permenkes ada ini ya Bu analisis resiko ya? Bisa dijelaskan prosesnya seperti apa?

NV: Yang di pasal berapa ya mbak?

MZ: Terkait dengan membangun komitmen di seluruh jajaran dalam pengelolaan risiko kecurangan itu seperti pakta integritas tadi ya Bu?

NV: Iya betul, setiap awal tahun kita melakukan penandatanganan. Terus komitmen di setiap jajaran itu juga tadi pembentukan tim pencegahan kecurangan di BPJS Kesehatan yang sekarang namanya AK JKN itu mbak.

Penerapan kebijakan pencegahan kecurangan juga kita laksanakan ya. Pelaksanaan GCG, Good Corporate Governance. Kita kan biasanya ada evaluasi manajemen resiko dan segala macam. Ada juga kepatuhan internal itu yang di audit juga.

MZ: Itu gimana bu? Kalau kepatuhan internal itu apa aja yang diaudit?

NV: Macem macem, kalau kepatuhan internal ya bisa tentang compliance kita terhadap regulasi internal itu udah sesuai apa belum. Terus kalau yang terkait pelayanan kesehatan juga ada. Jadi apa yang sudah kita lakukan verifikasinya sudah sesuai apa belum itu diaudit juga oleh Auditor internal kita. Pemuktahiran data kepesertaan ini sudah dilakukan secara rutin oleh bagian kepesertaan, ya rekon iuran, rekon validitas data gitu.

MZ: Terkait dengan monitoring pembayaran iuran maksudnya seperti apa ya Bu?

NV: Monitoring pembayaran iuran peserta jadi ini kalau dari bagian keuangan PKP itu kan nanti akan selalu ada monitoring bulanan. Peserta kan ada yang mau bayar ada yang ga dan ada yang nuna. Nah itu nanti yang nunda itu, kita punya yang namanya telepon nanti akan dilakukan tagihan secara kolekting. Tagihan secara online dari

temen temen kolekting. Kemudian yang terkait dengan peserta yang di daerah itu ya itu tadi rekonsiliasi iuran antara bidang keuangan dengan pemda sudah ada pembayaran atau belum.

MZ: Kalau penyediaan data kepersetaan faskes itu berapa bulan sekali ya bu?

NV: Sebulan sekali sih. Sebelum pembayaran kapitasi, kita selalu melakukan update data kepesertaan karena kan nanti data sebagai dasar untuk pembayaran kapitasi ke tempat itu.

Kemudian data kepesertaan secara real time ini maksudnya gini mbak.. di faskes kita, baik FKTP maupun FKRTL ada yang namanya aplikasi untuk mengetahui pelayanan ya. Jadi itu nanti dimasukkan nomor kartu peserta akan muncul nama pesertanya, alamatnya, segala macam jadi secara real time pada saat dia akan mendapatkan pelayanan kesehatan.

MZ: Kalau terkait dengan tindakan pemeriksaan kepatuhan itu termasuk dalam audit kepatuhan internal tadi ya bu? Apa beda lagi?

NV: Kalau pemeriksaan kepatuhan pada peserta ataupun pemberi kerja ini dari kepustakaan jadi nanti setiap bulan atau 3 bulanan gitu dari bagian kepesertaan itu akan melakukan Wasrik (Pengawasan Pemeriksaan Kepatuhan) pemeriksaan. Biasanya pada datang ke BU BU untuk mencocokan misalkan nih gaji yang dilaporkan sekian. Wasrik itu untuk memastikan validitas data dari BU ke kita, gajinya, jumlah karyawannya, seperti itu.

MZ : Kalau terkait dengan monitoring dan evaluasi itu bagaimana Bu?

NV : Monitoring dan evaluasi rutin hasil kerja petugas BPJS Kesehatan itu audit rutin dari SPI biasanya.

MZ: Ternyata banyak ya bu monitoring dan evaluasinya, ga cuma ke BPJS tapi juga ke faskesnya ya bu?

NV: Kalau faskes itu nanti penilaian kepatuhan dari pelayanan fasilitas kesehatan setiap bulannya. Penilaiannya dilakukan dalam pertemuan langsung dan dilihat indikatornya.

MZ: Kalau koordinasi dengan pihak eksternal seperti Dinas Kesehatan itu berapa kali biasanya dalam berapa bulan Bu?

NV: Kalau koordinasi itu ga ada jadwal rutinnya sih.. tapi biasanya kalau kita UR (Utilization Review) gitu ya biasanya MKDP itu kan dibawah Dinas Kesehatan, nah kita undang pihak Dinkes sehingga Dinkes mengetahui gambaran pelayanan yang telah dilakukan oleh puskesmas. Kalo UR kita sebulan sekali, dinkes kita undang 3 bulan sekali.

MZ: Kalo untuk meningkatkan kesadaran / awareness pentingnya pencegahan *fraud* di kalangan petugas kesehatan nya, menurut ibu bagaimana yang harus dilakukan? Selain adanya sosialisasi tadi

NV: Ya.. sosialisasi itu sih mbak.. soalnya kita bukan internalnya faskes ya, kalau kita ya hanya sosialisasi dan mengingatkan saja. Misalnya kalau ada yang mengajukan klaim ada yang ga sesuai dan aneh, itu diperingatkan untuk berhati hati agar tidak terjadi indikasi *fraud*.

MZ: Tadi kan di bagian akhir permenkes itu ada sanksi ya, terkait dengan sanksi tersebut, ada banyak banget tahapan sanksi, bisa dijelaskan secara singkat terkait sanksi tersebut? Bisa dijelaskan juga bagaimana BPJS itu bisa memastikan kalau sanksi yang diberikan sesuai dengan tingkatan pelanggarannya?

NV: Kalau pemberian sanksi sesuai pelanggarannya, setelah kita diskusi dengan tim AK-JKN kita cek dan sinergikan dengan peraturan menteri kesehatan. Menurut permenkes kecurangan ini jatuhnya ke ranah apa dan jenis kecurangan yang mana. Misalnya, iuran biaya diluar ketentuan, itu kan ada di permenkes. Kalau iuran di luar ketentuan itu akan kita rekap berapa nilainya, kita lihat di permenkes itu kan ada ketentuan nilai kerugian nya yang dibawah 500 juta ada juga yang 1 miliar. Nah sanksi nya berdasarkan nilai kerugian itu, ada yang pengembalian kerugian, sanksi denda minimal 25% kalau kerugiannya sudah diatas 500 juta.

Kemudian kita sampaikan ke fasilitas kesehatan lalu kita koordinasi dengan PK-JKN kabupaten/kota yang dinkes itu, lalu nanti faskes akan mengembalikan kerugiannya. Nanti kita akan terima bukti pengembaliannya yang akan digunakan untuk memastikan ke keuangan apakah sudah dikembalikan sesuai jumlah kerugian di rekening pusat, jadi langsung ke pusat uangnya karena ga ada rekening cabang.

Setelah itu, kalau diperlukan sanksi administratif, akan dikenakan, biasanya dalam bentuk teguran tertulis. Hanya saja di permenkes ini, sanksi tertulis itu ranahnya PK-JKN.

MZ: Teguran tertulis itu masih paling ringan ya Bu?

NV: Ya

MZ: Masih tentang monitoring dan pengawasan ya Bu, kalau sejauh mana efektivitas penerapan strategi pencegahan *fraud* di BPJS Kesehatan untuk mengurangi kasus *fraud* kesehatan di Yogyakarta itu bagaimana Bu?

NV: Indikator keberhasilannya.. kalau di Yogyakarta ini, saya belum pernah mendapatkan faskes yang melakukan *fraud*,

MZ: Kalau keterlibatan dinas kesehatan dalam menjalankan strategi pencegahan *fraud* ini?

NV: Ya.. kalau setau saya sih, dinkes ini menerima laporan dari kita kalau ada kecurangan dan nanti akan dikoordinasikan dengan tim AK-JKN kantor cabang.

LT: Dan dinas kesehatan di kantor cabang ini juga semuanya kooperatif.

MZ: Kalau bentuk dukungan dari pemerintah untuk memperkuat upaya pencegahan *fraud* ini bagaimana ya?

LT: Paling itu sih mba.. yang paling dekat kan dinas kesehatan ya, itu dinas kesehatannya koperatif, kalau saat koordinasi dengan misalkan forum forum jajaran

pimpinan daerah semuanya juga kooperatif. Kita juga setiap kota ada SK Tim PK-JKN, itu surat keputusan yang ditandatangani oleh pimpinan daerah itu kan artinya mereka berkomitmen dengan menunjuk siapa siapa saja yang berperan di tim pencegahan kecurangan kabupaten/kota.

Jadi walikota itu menunjuk dari dinas kesehatan siapa saja yang berperan aktif di tim PK-JKN lalu mereka tanda tangan. Jadi pemerintah itu ya kooperatif, berkomitmen, dan mau bersama sama mencegah kecurangan.

MZ: Kalau tantangan terbesar Bu yang dihadapi selama menerapkan strategi pencegahan kecurangan ini?

NV: Tantangan terbesar.. itu artinya dari eksternal ya?

MZ: Dari internal dulu aja bu..

NV: Kalau dari internal sih ga ada ya.. karena kita bersama sama menyelamatkan uang negara jadi ga ada tantangan.. malah kita itu ya pelit karena ini uangnya harus dipakai betul-betul, nanti juga kan akan di audit oleh BPK, KPK, kita harus bener bener ini dalam melakukan verifikasi klaim. Jadi kita semuanya punya integritas untuk bisa melakukan verifikasi klaim dengan sesuai, tidak menerima suap dari rumah sakit.

LT: Nah itu kembali lagi ke komitmen yang ditandatangani tanggal 2 januari itu mbak untuk menghindari gratifikasi, menghindari kong kalikong yang ada di belakang.

MZ: Kalau dari eksternal tadi gimana Bu? Kalau ada satu dua faskes yang kurang kooperatif?

NV: Kalau dari faskes itu tantangannya gini Mbak… Faskes itu kan masih ada kepentingan internal ya. Kalau di faskes itu kan masih ada unsur bagaimana caranya meningkatkan pendapatan, nah itu yang nantinya menyebabkan benturan kepentingan dalam melakukan pencegahan kecurangan.

MZ: Menurut ibu terkait dengan sosialisasi itu, apakah perlu ditambahkan frekuensi nya?

NV: Ga usah sih, karena kontennya itu sama terus, jadi cukup setahun sekali saat penandatanganan kerja sama.

MZ: Kalau sosialisasi itu materinya apa aja ya bu?

NV: Ini.. isinya permenkes 16 tahun 2019

MZ: Kalau sosialisasi di internal, nanti pembicaranya dari siapa ya Bu?

NV: Kadang dari kedeputian HPPK (Hukum Penanganan dan Pencegahan Kecurangan) itu, kalau dari internal ya kepala cabang terus dari bidang bidang yang ada di tim AK-JKN sih… Tergantung misalkan nanti terkait dengan *fraud* oleh BPJS Kesehatan itu kan umum ya dari SDM, tapi kalau prokes nanti dari kami bidang pelayanan

MZ: Kalau sosialisasi yang diberikan sudah efektif ya Bu sejauh ini?

LT: Kembali lagi mbak, kalau internal sejauh ini ga ada isu ya… kalau sosialisasi internal BPJS bisa kami pastikan bahwa setiap unsur di tim AK-JKN itu memahami soal kecurangan, fungsi, tugas, dan langkah-langkahnya…

NV: Iya malah biasanya di faskes itu yang terjadi karena ada benturan kepentingan. Makanya itu mbak, karena unsur mereka ingin menaikkan pendapatan, jadi makanya melakukan cara-cara yang salah. Mengatasi hal itu, kita berikan warning saat verifikasi

MZ: Kalau sosialisasi di faskes itu BPJS nya dateng ke lokasi faskes nya atau dari pihak internal nya sana yang mengadakan sendiri?

NV: Biasanya kita hybrid sih mbak menggunakan zoom. Biasanya kita meminta faskes untuk melaksanakan sosialiasi internal mandiri ke jajarannya masing masing. Selain kita mengundang, biasanya ngundang direktur, terus jajaran lain. Soalnya kalau kita sosialisasi keseluruh faskes itu yang dateng itu perwakilan ya, biasanya berhadir direktur atau tim siapa, baru nanti mereka harus sosialiasi ke tim dibawahnya masing masing.

Tapi… itu dilakukan atau tidak, kita kurang tahu. Soalnya kalau kita absen sudah dilakukan atau belum, nanti dikira kita punya posisi yang lebih dibandingkan faskes, itu kan juga ga baik. Jadi, kita hanya memberikan saran, mereka melakukan atau tidak itu sudah di luar kewenangan kami.

LT: Yang jelas pimpinannya sudah diinfokan ya mbak. Sebenarnya yang paling harus dipegang kan direktur ya, sosialisasi sudah diberikan, permenkes pun mereka bisa baca sendiri, setiap ada mau PKS atau apa atau ada audit klaim dan UR juga setiap bulannya

MZ: Kalau misalkan ada faskes yang belum kooperatif itu tantangannya dimana ya Bu?

NV: Maksudnya belum kooperatif itu gimana?

MZ: Misalnya kalau ada oknum faskes yang kurang kooperatif dengan pihak BPJS seperti telat verfiikasi klaimnya, itu bagaimana Bu?

NV: Kurang kooperatif itu maksudnya seperti verifikasi klaim nya mengarah ke *fraud* gitu ya?

MZ: Mungkin salah satu kasusnya itu, atau ada hal lain?

NV: Kalau dibilang kooperatif sebetulnya sudah kooperatif sih Mbak… kita sudah ada kesepakatan kapan faskes mengajukan klaim, kemudian saat mengajukan klaim mereka sudah melampirkan sptjm nya yang ditandatangani oleh pimpinan, jadi ya sudah sesuai sih…

MZ: Terakhir nih Bu… peran masyarakat dalam membantu mendeteksi indikasi kecurangan di program JKN ini seberapa besar?

NV: Perannya cukup besar sih mbak… biasanya melalui WBS itu pelaporannya

MZ: Apakah ada kerjasama dengan lembaga lain terkait hal tersebut?

NV: Kita cukup dengan dinas kesehatan

MZ: Menurut ibu, seberapa penting edukasi ke tenaga kesehatan terkait dengan pencegahan kecurangan di faskes saat bekerja sama dengan BPJS?

NV: Penting sekali

MZ: Kalau sosialiasi gabungan peserta BPJS dengan pihak faskes itu ada ga sih Bu?

NV: Iya seperti yang saya sampaikan, kan sosialisasi ada internal dan eksternal. Kalau internal itu yang tim AK-JKN ke seluruh jajaran di kantor cabang. Kalau eksternal, dari kita mengundang rumah sakit, dinas kesehatan, tim kendali mutu biaya, untuk sosialisasi terkait kecurangan. Itu setahun sekali sih tergantung kebutuhan.

LT: Kalau ada pertemuan dengan faskes, kita juga sisipkan informasi terkait itu sih mbak, jadi ga mesti pertemuan khusus terus.

NV: Betul, saat UR kita juga sisipkan di akhir slide terkait jenis kecurangan dan sanksi nya.

MZ: Kalau menurut ibu, sejauh mana pengaruh budaya organisasi dalam upaya pencegahan *fraud* ini Bu?

NV: Cukup berpengaruh besar, budaya kita kan integritas… itu sangat mempengaruhi

LT: Kita kan juga tiap pagi juga ada briefing pagi, terkait integritas, kolaborasi, pelayanan prima, inovatif… itu budaya organisasi yang wajib kita terapkan

MZ: Itu ada dokumennya Bu terkait budaya organisasi?

LT: ada itu mbak di banner depan

MZ: Saya kan kemaren baca artikel di kemkes.go.id terkait dengan "cegah *fraud* kemenkes, bentuk tim pencegahan" disini itu ada direktur JKN bilang ada beberapa layer verifikasi, itu tu baru saja diterapkan atau sudah lama ya Bu?

NV: Sudah sejak lama, sejak askes, yang tadi saya sebutkan tadi mbak, layer pertama itu klaim, lalu verifikasi pasca klaim, kemudian audit administrasi klaim

MZ: Kalau tim pencegahan *fraud* disini itu berarti gabungan dari beberapa divisi gitu ya Bu?

NV: Iya, setiap kepala bagian, kalau disini tiap divisi itu kepala bagian.

LT : Tim PKJKN itu isinya dari eksternal, tim PKJKN Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional Kabupaten-Kota. Misalnya Kabupaten Bantul, Kota Yogyakarta, mereka punya timnya sendiri, isinya Dinas Kesehatan. Terus pihak-pihak lain nih seperti Asosiasi Faskes & Organisasi Profesi.

Terus kalau AKJKN itu Anti Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional, itu tim internal BBJS, isinya pegawai BPJS Kesehatan. Isinya aku, ibu, kak Aca. Jadi kepala cabang sebagai ketua, kemudian Kabag SDM sebagai sekretaris. Anggotanya ada Kabag PMU, Kabag Yanfaskes, Kabag PKP, Kabag Kepesertaan, Kabag Yanser, verifikator,

staf Komlik, staf PFKR, staf Utilisasi dan case manager sama kepala kabupaten. Setiap anti *fraud* ini lintas fungsi, jadi setiap bagian itu ada perwakilannya masing-masing.

MZ: Kepala Kabupaten juga masuk Bu? Kalau kabupaten itu dari kabupaten mana saja?

NV: Kepala kabupaten itu kan, kalau disuruh organisasi kita kan di kantor cabang mbak, kantor cabang itu nanti membawahi 3 kabupaten kota, Kota Jogja, Kabupaten Bantul, Kabupaten Gunung Kidul. Di setiap kabupaten itu ada namanya kepala kabupatennya.

LT: Kan di Bantul ada kantornya, kalau Bank itu apa ibu? Kantor cabang pembantu

NV: Ya, unit pembantu atau KC pembantu.

LT: Di sana ada kepalanya, itu kita sebutnya kepala kabupaten.

MZ: Baik ibu, mungkin itu saja sih Bu, selebihnya nanti kalau ada informasi yang kurang jelas akan saya hubungi lagi, terima kasih ya Bu atas waktu dan informasinya.

LAMPIRAN 3

TRANSKRIP WAWANCARA 2

Narasumber 1 : DA

Narasumber 2 : RA

Tanggal Wawancara : 29 April 2025

Jabatan/Posisi Narasumber 1 : Staf Claim Advisor

Jabatan/Posisi Narasumber 2: Staf Verifikator

MZ: Kita mulai ya Bu, untuk pertanyaan pertama terkait dengan identitas peserta BPJS. Apa yang menjadi indikasi bahwa terdapat identitas peserta yang diterbitkan tanpa memenuhi ketentuan?

DA: Kalau misalkan yang indikasi ada identitas peserta yang diterbitkan tanpa memenuhi ketentuan itu, kebetulan di BPJS sekarang udah ada fingerprint ya, jadinya semua peserta yang mendapatkan pelayanan itu akan menggunakan fingerprint. Jadi sudah dipastikan pasien nya sudah pasti datang ke tempat, itu juga mengurangi penyalahgunaan identitas pasien.

MZ: Baik pertanyaan selanjutnya, terkait dengan mekanisme pengawasan untuk mencegah kerjasama ilegal antara BPJS Kesehatan dan peserta terkait identitas palsu gimana bu penanganannya?

RA: Pemakaian ya maksudnya? Pemakaian kartu atau gimana ini maksudnya kerja samanya Mbak? Fakes dengan peserta atau gimana?

MZ: Antara BPJS dengan peserta Bu

RA: Baik, berarti identifikasi kartu ketika di faskes, pemakaian ilegal gitu ya?

MZ: Betul bu, misalnya mungkin terjadi peminjaman kartu identitas, atau penyewaan identitas

DA: Nah itu, sekarang kan kalau di rumah sakit sudah ada fingerprint. Kalau dulu kan bisa jadi ya ada kemungkinan peminjaman kartu bisa. Tapi kan sekarang kalau mau pemeriksaan di semua faskes sudah ada fingerprint. Jadi ya semua pasien sebelum melakukan pemeriksaan wajib fingerprint. Kalau ga sama data fingerprint nya nanti bisa menghubungi BPJS. Itu dia pencegahan disitu.

RA: Meminimalkan risiko kalau misalkan ada penyalahgunaan nomor kartu atau NIK. Kan sekarang semua kartu udah terhubung dengan NIK jadi masyarakat mau menggunakan BPJS cukup menggunakan KTP. Nah selain KTP itu ya menggunakan fingerprint itu tadi.

Kan kalau KTP kita bisa lihat secara kasat mata, ohh ini fotonya ini wajahnya yang ini, kaya gitu sih. Yang utama itu fingerprint itu sih, karena dia benar-benar mendeteksi sidik jari. Jadi kalau sidik jarinya tidak sesuai yang masuk, ya sudah itu perlu dipertanyakan. Biasanya nanti peserta akan menghubungi pihak BPJS baik melalui faskes tersebut atau langsung datang ke BPJS.

Itu kedepannya malah nanti lebih canggih lagi, ga cuma pakai fingerprint tapi juga deteksi wajah. Jadi mau dibuat seperti Face ID. Nanti kalau pakai itu kan langsung keliatan, oh ini orangnya ini, namanya ini.

DA: Kaya yang di kereta itu loh Mbak, kaya di stasiun, kan dia langsung ke detect itu wajahnya

RA: Betul, itu sedang berjalan dalam pilot project, tapi belum tahu kapan akan di launching secara resminya. Itu salah satu bentuk inovasi kita dalam mencegah terjadinya pelanggaran penggunaan BPJS.

MZ: Pertanyaan ketiga itu terkait dengan kasus dimana bentuk klaim tidak sesuai ketentuan yang sering diajukan oleh peserta atau fasilitas kesehatan?

RA: Klaim itu kan ada beberapa tahap, jadi yang pertama itu administrasi yang dimulai dari faskes baik faskes pertama maupun tingkat lanjutan. Faskes pertama itu berupa klinik/puskesmas/praktek pribadi dokter. Kalau lanjutan itu biasanya tipe rumah sakit. Nah, di semua faskes itu pasti sudah mengecek juga. Jadi itu kolaborasi antara BPJS dengan faskes untuk menilai ini sesuai atau tidak, itu untuk administrasinya.

Setelah administrasi, nanti lanjut ke pemberkasan. Di pemberkasan itu, ada berkas berkas yang akan diajukan sebagai klaim ke BPJS. Kalau berkas sudah siap baru diajukan ke BPJS dengan ketentuan-ketentuan yang berlaku.

MZ: Setelah itu tahapannya apa lagi Bu?

RA: Pemberkasan, pengajuan, lalu nanti serah terima dengan BPJS ada berita acaranya dan berita pengajuan yang diterima BPJS lalu nanti ada berita acara serah terima, kelengkapan serta verifikasi. Untuk ketentuan masa verifikasinya, tertuang dalam undang undang, permenkes ya. Jadi apapun itu yang berhubungan dengan BPJS sesuai dengan regulasi yang dibuat oleh permenkes maupun undang undang. Jadi, nanti bisa dibuka di permenkes.

Jadi di aturan permenkes itu, setelah menerima berkas, dibuat BA serah terima, nah dari tanggal serah terima itu ada batas waktunya 10 hari. Selama 10 hari itu ibaratnya BPJS juga akan mengecek jumlah yang di ajukan, sesuai sama jumlah yang dimasukkan di aplikasi atau ga, file yang diserahkan itu berapa.

Setelah 10 hari itu, wajib terbentuk BA lengkap, jadi rentang antara BA lengkap ke verifikasi itu 10 hari. Permenkes nya lengkap dan bisa di akses kok mbak.

Setelah lengkap sampai verifikasi 10 hari, nah hari ke-10 itu wajib juga sudah harus selesai verifikasinya terbentuk yang namanya FPK, FPK itu hasil verifikasi. Setelah itu, 5 hari dari BA verifikasi terbentuk, 5 hari itu spare waktu untuk membayar. Jadi patokannya itu total 15 hari sampai maksimal hari membayar pada hari ke-15.

MZ: Baik, lanjut ke pertanyaan berikutnya terkait dengan prosedur, untuk memastikan setiap klaim yang diajukan telah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan?

DA: Kalau misalnya untuk memastikan di rumah sakit, kita ada yang namanya surat pertanggungjawaban mutlak. Tanda tangan dari faskes dari tim PK-JKN nya mereka sendiri. Jadi faskes itu sebelum mengajukan itu sudah memastikan bahwa klaim yang diajukan itu sudah sesuai.

Nah, itu juga yang menjadikan dasar buat kita bahwa kalau terjadi ketidaksesuaian berkas, kita pakai SPM, surat pertanggungjawaban mutlak itu. Bahwa berkas yang dikasih ke kita itu sudah melalui pengecekan dari mereka.

MZ: Kalau bentuk-bentuk yang dimaksud tadi bagaimana Bu?

DA: Kalau bentuknya itu, biasanya kalau dari faskes itu kalau dulu ya seperti peminjaman kartu identitas, kalau sekarang kan tidak. Ada juga yang mungkin bisa terjadi juga, kalau misalkan fingerprint ini kan nomor 2 ya di FKRTL, kalau di FKTP blm ada fingerprint, jadi bisa juga itu pasien tidak hadir. Bisa juga pasien mengakses pelayanan yang seharusnya tidak dijaminkan, tapi biasanya juga mencoba tapi dari rumah sakit juga akan mengkonfirmasi ya. Jadi itu niatan dari peserta cuma bisa ke detect juga dari faskes. Misalnya pasien langsung masuk ke IGD, padahal IGD itu kan untuk pasien gawat darurat tapi dia langsung mau ke IGD agar bisa langsung ditangani. Tapi itu juga tergantung dokternya, itu emergency apa tidak.

Kalau bisa juga dari faskes itu kalau di FKTP, tingkat pertama itu misalnya harusnya rawat jalan tapi di mondokkan. Terus ada juga yang seharusnya pulang, tapi belum dipulangkan, itu juga ada. Kalau misalkan di rumah sakit itu, kita sering konfirmasi diagnosa sama prosedur yang dijalankan, itu juga bisa jadi ada potensi *upcoding*, tindakan yang dilakukan itu tidak sesuai sama yang diajukan ke kita, itu juga kita konfirmasi.

Terus juga ada pemecahan serial itu juga bisa, seharusnya dibuat sekali sebulan tapi dibuat beberapa kali.

MZ: Baik, kalau misalkan ditemukan adanya klaim palsu yang disetujui oleh pihak BPJS Kesehatan, nanti tindakan korektif yang diterapkan itu seperti apa jika ditemukan ?

DA: Jadi kalau misalkan setiap bulan itu kita ada yang namanya verifikasi pasca klaim secara rutin. Misalkan bulan lalu ada klaim yang diajukan dan sudah dilakukan pembayaran, bulan berikutnya klaim yang diajukan dan sudah pembayaran ini akan kita analisis lagi. Kalau nanti terdapat ketidaksesuaian, bukan klaim palsu ya kami menyebutnya, tapi ketidaksesuaian. Kalau ada ketidaksesuaian, kita analisis dan kita feedback ke rumah sakit, kalau memang betul ada ketidaksesuaian maka nanti ada pengembalian terhadap kepada klaim yang sudah dibayarkan.

MZ: Kalau ketidaksesuaiannya itu sering ditemukan atau tidak Bu?

DA: Jadi kan misalnya kalau untuk *fraud* itu sendiri kan ada yang namanya pencegahan, deteksi. Kalau pencegahan kan tadi di faskes, memastikan klaimnya sudah sesuai. Nah, kalau deteksi itu kan yang tadi verifikasi pasca klaim, itu pasti setiap klaim yang sudah kita bayarkan akan dikoreksi, setiap satu bulan berikutnya akan dilakukan VPK. Jadi kalau misalkan ditanya seberapa banyak ditemukan ketidaksesuaian, ya ketika memang kita lakukan VPK ya kemungkinan besar akan dilakukan penyesuaian, tapi itu kan kita tidak langsung koreksi, kita konfirmasi dulu terhadap rumah sakit.

MZ: Jadi nanti tahapannya setelah diverifikasi, kalau ada yang tidak sesuai itu akan dilakukan follow up dulu ya ke rumah sakit?

DA: Iya, betul. Jadi kita ga langsung koreksi, tapi kita konfirmasi dulu ke rumah sakit.

RA: Karena kan dalam BPJS itu bentuk verifikasinya kita menggunakan sistem sampling, jadi itu pasti ada yang lolos, maksudnya ada yang tidak ikut sampling, makanya VPK itu salah satu cara untuk mengatasi ketidaksesuaian itu tadi. Artinya kita berlapis-lapis untuk melakukan deteksi.

MZ: Berarti sampling itu dilakukan sebelum adanya VPK itu tadi Bu?

RA: Iya, jadi itu untuk verifikasi pertama itu sampling.

MZ: Berarti VPK itu baru yang di cek satu-satu begitu ya?

RA: Nah, VPK itu ibaratnya verifikasi di luar sampling ataupun nanti kalau memang yang masuk sampling juga bisa tergantung dari case di rumah sakit kan pasti berbeda.

MZ: Kalau langkah yang diambil untuk mengidentifikasi dan menangani kasus terkait manipulasi manfaat yang dilakukan oleh pihak internal?

DA: Yang dimaksud pihak internal itu apa?

MZ: Pihak internal BPJS

DA: Manipulasi dalam bentuk apa?

MZ: Manipulasi dalam bentuk yang ada di dalam permenkes poin ini bu. Tulisannya menyetujui, membiarkan, atau memanipulasi manfaat yang tidak dijamin dalam jaminan kesehatan dengan maksud untuk mendapatkan keuntungan baik finansial maupun non-finansial dari peserta atau faskes

LT: Kalau internal yang disampaikan oleh Bu Novi itu kan terkait dengan WBS, terus kita juga ada penandatanganan pakta integritas setiap tahun. Baru aja tadi pagi ditanda tangani. Terus, WBS kan juga masuk ke pusat, nanti ada SPI.

RA: Iya ada SPI, internal kita itu juga ada pengawasnya sendiri. Jadi tiap tahun kita juga akan di audit oleh internal kita sendiri. Nanti ditanyain “kenapa ini bisa lolos”, “ini ga sesuai”, “ini itu ada aturannya”, “coba sana ke rumah sakit, kasih tau ini loh aturannya” ibaratnya gitu. Ya, nanti di konfirmasi ke pihak faskes dan kita kasih tahu ketentuannya, itu baik di tingkat pertama maupun lanjutan. Memang tidak semua bisa

clear ya kalau verifikasi itu, mungkin ada satu dua yang kecolongan gitu. Nah, fungsi dari audit internal itu untuk memback-up segala sesuatu yang tidak sesuai.

LT: Cuman intinya kalau buat internal, kita WBS nya berjalan, kita juga menandatangani pakta integritas, kita juga ada SPI untuk mengaudit di internal. Jadi kalau misal pun ada yang melakukan manipulasi itu ada sanksi nya tersendiri.

MZ: SPI itu sama seperti yang AK-JKN kemarin?

LT: Beda, mbak. SPI itu berdiri sendiri. Kalau AK-JKN kan Tim Anti Kecurangan, isinya kan setiap perwakilan bagian kantor cabang. Kalau Tim PK-JKN yang Pencegahan Kecurangan itu kan kabupaten kota. Jadi kalau AK itu internal kantor kami, kalau PK itu eksternal ada Dinkes, ada asosiasi profesi dan lain lain. Nah kalau Satuan Pengawas Internal atau SPI itu ada sendiri bagiannya di kantor pusat. Kalau dari eksternal, pengawasannya dari BPK, BPKP, OJK, KAP, dan KPK.

RA: Jadi tiap tahun diaudit biasanya di Agustus - akhir tahun untuk menghindari penyimpangan

MZ: Bu, kalau yang PK-JKN itu selain eksternal dari BPJS kaya Dinkes itu ada perwakilan dari faskesnya ga?

DA: Ada tapi dari asosiasi faskes. Jadi ada organisasinya, kalau tingkat pertama itu Asklin, kemudian Arsi. Kalau rumah sakit itu Persi.

MZ: Tapi kalau tim anti kecurangan gabungan dari internal BPJS dengan Faskes gitu ada Bu?

DA: Ohh sudah ada, di faskes itu sudah ada tim sendiri.Jadi mereka punya sendiri, BPJS sendiri, Dinkes sendiri. Jadi masing-masing punya tim pencegahan sendiri.

RA: Pun kalau misalkan ada temuan, kalau tidak ada kata sepakat dengan eksternal, eksternal ini yang dimaksud adalah mereka yang bekerjasama dengan BPJS, kita biasanya juga akan menaikkan ke TKMKB ya, Tim Kendali Mutu dan Pembiayaan. Jadi Tim TKMKB itu terdiri dari dokter dokter spesialis yang berkompeten sebagai narasumber.

Jadi nanti ibaratnya kalau BPJS menemukan ooh ini harus sesuai dengan ini, kalau rumah sakit tidak setuju. Karena BPJS juga butuh mereka yang berkompeten maka kita taroh lah ke TKMKB. TKMKB itu dari berbagai bidang, bisa dari internal, obgyn, tergantung kasusnya nanti apa. Kalau misalkan kasusnya mengenai internal, kita ya tanya ke konsultan dokter internal. Jadi keputusan BPJS tidak semata-mata diambil sendirian, kita juga konsultasi ke eksternal yang benar-benar ahlinya. Itu semuanya dokter, ibaratnya mereka yang pembesar di rumah sakit.

Itu yang tingkat sini ya, kalau yang pusat malah berupa berita acara kesepakatan kalau penyelesaian tindak lanjutnya.

MZ: Kalau misalkan di internal BPJS ini mendeteksi adanya suap atau imbalan dalam proses klaim atau pengambilan keputusan itu nanti gimana mendeteksi nya?

LT: Yaa itu tadi mbak, pakai whistleblowing system yang jalan, regulasi yang mengikat pegawai beserta sanksi nya

MZ: Kalau terkait dengan langkah preventif yang dilakukan untuk meminimalkan benturan kepentingan dalam pengambilan keputusan?

DA: Kalau ada benturan itu otomatis kita, seperti pakta integritas tadi.

LT: Iya, jadi misalkan Mbak DN itu dokter tapi juga praktek di luar itu juga berbenturan kepentingannya. Lalu misal Mbak DN ini karyawan BPJS sebagai verifikator tapi melakukan pengajuan klaim, nah itu kan juga berbenturan kepentingannya.

Jadi kita ada ketentuannya bahwa pegawai BPJS Kesehatan itu tidak boleh praktek, tidak boleh bekerja sama dengan faskes yang bekerjasama dengan BPJS.

RA: Ya itu salah satu bentuk preventifnya ya pakta integritas itu, jadi integritas itu masuk ke dalam instansi kami. Kalau misal terjadi yang seperti itu, kita sebagai pegawai ya mundur. Ga bisa kalau pegawai BPJS sambil praktek di faskes yang bekerja sama dengan BPJS.

LT: Lagian kita juga punya data siapa saja dokter yang praktek. Lengkap dengan SIP nya. Ya jadi kalau sudah di BPJS, di BPJS aja tidak bekerja di luar

DA: Sebenarnya boleh praktek, tapi dengan faskes yang tidak bekerja sama dengan BPJS karena tidak berbenturan kepentingan. Tidak aku yang mengajukan klaim nya dan aku yang mengajukan verifikasi.

MZ: Kalau terkait dengan penanganan terhadap kecurangan yang melibatkan penundaan atau percepatan proses verifikasi klaim yang tidak sesuai ketentuan?

DA: Nah, sekarang saya tanya dulu, kecurangan yang melibatkan penundaan itu yang seperti apa? Kalau yang dimaksud itu misalnya faskes lama mengajukan klaimnya, kita punya BA kesepakatan dengan faskes dimana setiap satu bulan sekali sesuai dengan perpres tadi bahwa setiap kasus itu wajib mengajukan klaim secara reguler dan periodik. Nah itu kan dalam artian bukan penanganan tapi lebih ke arah pencegahan manipulasi.

Setiap klaim yang sudah dilakukan satu bulan wajib diajukan di bulan berikutnya, itu ada di BA kesepakatan antara BPJS dan faskes dimana ada tanggal-tanggalnya. Kita juga ada kesepakatan dengan faskes kalau misalkan ada penundaan klaim itu misalnya claim pending, itu ada batas maksimal 2 kali konfirmasi tujuannya untuk mencegah adanya manipulasi.

MZ: Baik ibu, soalnya kalau di Permenkes itu tulisannya cuman memperlambat atau mempercepat proses verifikasi klaim dan atau pembayaran klaim yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan

DA: Nah kalau itu kan masalahnya sekarang itu di regulasi, tapi kalau wawancara kan bebas untuk meng-create

MZ: Karena saya bukan dari kesehatan, mungkin bisa dipersempit aja Bu untuk contoh kasusnya

DA: Kalau contohnya penundaan itu seperti tadi yang saya jelaskan. Kalau disini sih lebih ke pencegahan ya, kalau pencegahan seperti tadi itu, BA kesepakatan, batas konfirmasi, dan sebagainya.

RA: Justru malah mereka yang kita selalu ingatkan untuk segera untuk mengajukan klaim karena beberapa rumah sakit itu suka molor juga karena keterbatasan SDM di faskes tersebut, yang entry lah yang apa.

MZ: Kalau untuk sistem keamanan yang digunakan untuk melindungi data klaim dan dokumen pendukung dari penghapusan atau manipulasi itu dengan apa Bu?

DA: Kalau disini sekarang semua data itu sudah soft file. Jadi kalau ada manipulasi atau apa, data yang diterima di awal itu yang data validnya karena tadi sudah ada surat pertanggungjawaban mutlak bahwa data yang diserahkan ke kita itu sudah sesuai. Jadi yang kita jadikan acuan itu ya data yang pertama.

Ketika ada manipulasi data misalnya klaim tersebut dilakukan konfirmasi ke faskes, terus faskes ada menambahkan sesuatu, kan kita crosscheck juga di data lama yang sudah diajukan apakah sudah sesuai atau ada penambahan billing, kalau misalkan tidak ada maka kga mengacunya ke data lama.

MZ: Kalau misalkan terjadi kasus pengubahan kode diagnosis yang tidak sesuai dengan dokumen asli itu penanganannya bagaimana?

DA: Kita lakukan konfirmasi dan pengecekan berkas, jadi kalau kita konfirmasi dan ada perubahan kode diagnosa yang tadi, kita tetap mengacu pada dokumen asli, apakah memang di dokumen asli itu ada yang mendukung perubahan tersebut atau ga. Tapi kalau misalkan tidak ditemukan perubahan pada dokumen asli kita tetap melakukan konfirmasi itu. Pada dasarnya apapun yang diajukan rumah sakit itu harus ada berkas pendukung, kalau tidak ada berkas pendukung maka kita tidak akan bisa sepakat melakukan verifikasi.

MZ: Berkas pendukung selain dokumen asli itu ada lagi ga Bu?

DA: Yang dikasih ke kita itu udah sesuai, kecuali kalau memang dia ada perubahan diagnosa ya berarti kita lihat lagi yang di berkas asli resume nya bagaimana apakah sesuai dengan yang diubah atau tidak. Jadi kan kalau misalkan proses verifikasi atau apa, pengajuan klaim itu dokter sebagai pemberi pelayanan, coder dari si pemberi koding, nah itu kan sesuai dari resume si dokter. Di resume itu kita lihat apakah ada diagnosa yang diberikan atau tidak, lalu yang kedua kita cek apakah ada tata laksana yang diberikan dari diagnosa tadi atau tidak, misalnya pemeriksaan lab atau radiologi.

RA: Sesuai ketentuan undang-undang itu, kita bisa meminta dan melihat rekam medis ya

DA: Biasanya kalau rekam medis itu kita bisa minta catatan perkembangan dari pasien, kalau rekam medis nya juga boleh minta tapi kita datang kesana.

RA: Karena kan rekam medis itu sesuatu yang rahasia. Sebagai penjamin, kita harus memastikan itu benar adanya, karena apa yang diajukan harus sama dengan yang di resume. Itu kalau misalkan kita menemukan hal yang janggal dan ada sesuatu, BPJS bisa mengecek rekam medis ke rumah sakit karena rekam medis kan ga boleh keluar dari rumah sakit

MZ: Selanjutnya terkait dengan pembayaran kapitasi, langkah yang diambil untuk memastikan pembayaran kapitasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan itu bagaimana Bu?

DA: Kalau langkah yang bisa dilakukan ya memastikan jumlah peserta yang dikelola faskes sesuai dengan yang didaftarkan. Kita bisa lihat dari nomor KIP K nya berapa. Kita sesuaikan dengan itu untuk pembayarannya.

MZ: Terkait dengan mekanisme pengawasan terhadap pembayaran tagihan fasilitas kesehatan yang telah diverifikasi itu bagaimana Bu?

RA: Tidak ada titipan pembayaran ke kantor karena pembayaran kan melalui bank dan lain lain. Dan kita tidak ada loket pembayaran iuran, adanya loket administrasi kalo kita

MZ: Apa saja langkah pengawasan yang dilakukan untuk mencegah penggunaan dana Jaminan Kesehatan untuk kepentingan pribadi?

LT: Dana iuran itu langsung ke pusat Mbak ga disini. Kita tidak punya dana khusus untuk cabang karena semua dana itu dikelola di kantor pusat. Karena semua by sistem, jadi kita mengajukan sekian baru nanti kantor pusat mengalokasikan anggaran. Jadi tidak ada celah untuk dana itu digunakan, dan kita juga tidak ada cadangan uang karena semua terpusat.

MZ: Untuk pertanyaan berikutnya terkait dengan mekanisme audit internal untuk memastikan dana Jaminan Kesehatan dikelola dengan baik?

DA: Itu tadi SPI tadi mbak

MZ: Baik, lalu untuk prosedur pengawasan untuk memastikan besaran iuran yang ditarik sesuai dengan peraturan perundang-undangan?

LT: Iuran peserta itu sistemnya closed payment melalui VA, otomatis kita tidak bisa menambah atau mengurangi. Kita tidak menginput nominalnya sendiri.

MZ: Mungkin itu dulu untuk wawancara dengan Ibu RA dan Ibu DN, terima kasih banyak atas waktunya ya Bu. Mohon maaf jika ada salah kata.

DN: Okeh Mbak kalau gitu

RA: Iya Mbak, mari…

LAMPIRAN 4

TRANSKRIP WAWANCARA 3

Narasumber : LT

Tanggal Wawancara : 29 April 2025

Jabatan/Posisi Narasumber : Bagian Manajemen Risiko

MZ: Halo Bu LT! Terima kasih sebelumnya sudah bersedia ngobrol bareng. Langsung aja ya, di Permenkes kan ada hal-hal yang membahas tentang risk management, itu bisa dijelaskan sedikit kalau gambaran di BPJS Kesehatan Cabang Yogyakarta bagaimana Bu?

LT: Kalau pengelolaan resiko itu, kita mengelola yang namanya *good corporate governance* atau GCG, *risk & compliance*. Setiap awal tahun kita selalu rapat untuk mengidentifikasi resiko apa saja yang mungkin sekiranya akan terjadi di Kantor Cabang BPJS ini, termasuk risiko kecurangan itu. Kita biasanya mengidentifikasi, apa dampaknya, apa penyebabnya, stakeholder nya siapa, terus goal kita itu apa. Setiap bulan itu kita ada laporan progress-nya, apakah resiko ini sudah semakin mengecil atau belum.

MZ: Baik, lalu bagaimana sih langkah-langkah yang saat ini dilakukan oleh BPJS Kesehatan Cabang Yogyakarta untuk mengidentifikasi dan menilai risiko kecurangan secara menyeluruh? Ada metode atau alat khusus yang digunakan nggak?

LT: Jadi, biasanya kami mengawali tahun dengan rapat bersama Kepala Cabang untuk mengidentifikasi berbagai risiko yang mungkin dihadapi di tahun 2025, termasuk risiko kecurangan. Kita bahas juga resikonya apa, dampaknya apa, penyebabnya apam siapa saja pihak yang terkait dan berpotensi terlibat kan bisa juga dari faskes atau peserta, langkah-langkah apa yang kita ambil untuk mencegah resiko itu terjadi atau semakin besar.
Setelah itu, dilakukan pemantauan rutin setiap bulan untuk melihat apakah target-target yang sudah ditentukan itu tercapai atau belum. Setiap bulan kita buat laporannya. Laporannya dibuat dalam dua bentuk: manual dan sistem, dan semuanya

ter-record sampai ke pusat. Di kantor pusat pun ada monitoring atas risiko internal mereka sendiri.
Kami juga menggunakan pendekatan GRC atau *Governance, Risk, and Compliance*, *Governance* itu tata kelola yang baik, *Risk* itu pengelolaan risiko, dan *Compliance* itu kepatuhan, yang intinya untuk menilai sejauh mana kita patuh terhadap regulasi yang ada. Ada regulasi internal dan eksternal, yang pasti ada kaitannya dengan kita.

MZ: Terkait metode atau alat yang digunakan? Mungkin ada aplikasi atau apa yang bisa digunakan?

LT: Kita ada sistem pelaporan setiap bulannya, kita ada aplikasi sendiri untuk itu.

MZ: Aplikasi untuk melaporkan kah Bu?

LT: Aplikasi untuk menilai sejauh mana langkah-langkah untuk mencegah resiko, yang kita lakukan itu capaian atau progress nya sampai mana. Kalau metode khususnya masih dari pusat sih Mbak. Kalau kita sih kebanyakan melihat dari keseharian bekerja di kantor, pasti kan kita merasa ada hal yang bahaya atau menghambat pekerjaan, nanti kita tarik menjadi resiko dengan identifikasi dampak, langkah-langkah pencegahan nya bagaimana. Nah, langkah-langkah itu yang kita lihat perkembangannya setiap bulan dan kita masukkan ke dalam aplikasi.

MZ: Kan kalau misalkan terjadi seperti itu tidak selalu dari penglihatan kita, mungkin bisa juga ada orang yang melaporkan kesulitan yang mereka hadapi itu ada ga Bu?

LT: Ada sih mbak.. tapi kejadian itu kan banyak ya jadi kita tetapkan sekitar 7–10 risiko utama, yang dinilai punya dampak paling besar, termasuk kecurangan itu pasti masuk. Nah, beberapa risiko yang berdampak besar selama setahun itu juga ada yang berasal dari data yang diberikan kantor pusat, kita juga mengacu kesitu. Rapat dengan kepala cabang risiko apa yang dihadapi di awal tahun termasuk risiko kecurangan, diidentifikasi.

MZ: Kan tadi terlalu luas ya Bu LT bentuk risiko yang dijelaska, kalau spesifik ke risiko kecurangan sendiri, bagaimana Bu?

LT: Sama sih perlakuannya kaya gitu juga, kita kan mengambil dampak resiko yang paling besar untuk kita berikan treatment setiap bulannya. Di kasih langkah-langkah apa sih biar risikonya ga membesar, termasuk juga risiko kecurangan, treatment nya sama semua.

MZ: Baik, pertanyaan selanjutnya, setelah risiko kecurangan teridentifikasi, bagaimana BPJS Kesehatan menyusun rencana pengendaliannya? Apakah ada skala prioritas dalam menangani risiko-risiko tersebut?

LT: Iya, tentu ada skala prioritas. Biasanya, risiko kita nilai berdasarkan dampaknya, terutama merugikan dari sisi finansial seberapa besarnya, berapa kali faskes melakukan kecurangan itu. Di permenkes kan ada tingkatannya lengkap beserta sanksinya.

MZ: Kalau misalkan resiko kecurangan yang di internal BPJS dan di faskes itu sanksi dan tindak lanjutnya apakah sama? Berupa pengembalian dana atau ada yang lain?

LT: Tergantung kasusnya ya. Kalau faskes iya ada pengembalian dana. Yang jelas pasti ada pengembalian. Terus, putus kerja sama, ada surat peringatan. Kalau kecurangan di internal dan merugikan finansial, tetap ada pengembalian plus nanti sanksi sanksi dibelakang. Kalau fatal ya bisa di PHK. Surat peringatan kan juga bertingkat ya ada levelnya, surat peringatan 1, surat peringatan 2, kalau memang kategori pelanggarannya berat ya kita ada sanksi sanksi nya. Tidak menutup kemungkinan untuk dikeluarkan secara tidak hormat.

MZ: Kalau misalnya sudah muncul indikasi kecurangan, langkah-langkah korektif apa yang biasanya dilakukan? Gimana caranya supaya penanganannya cepat, tepat, dan efektif?

LT: Begitu ada indikasi, kami langsung telusuri kronologinya. Proses ini melibatkan koordinasi antara staf yang bersangkutan, bagian kepegawaian, kepala bagian terkait, dan tentu saja Kepala Cabang. Kalau memang tidak bisa diselesaikan di level cabang, kasusnya akan dilanjutkan ke kantor pusat untuk penanganan lebih lanjut.

MZ: Terakhir nih Bu, seberapa sering BPJS Kesehatan melakukan evaluasi terhadap manajemen risiko kecurangan ini? Dan indikator apa aja sih yang digunakan untuk menilai keberhasilannya?

LT: Kalau pertemuan dengan semua bagian dan kepala cabang dilakukan dua kali dalam setahun, di awal dan pertengahan tahun. Tapi pemantauan rutin dilakukan tiap bulan, dan semuanya masuk dalam sistem pelaporan internal. Kalau ada kejadian dadakan atau kasus yang mencuat, itu akan langsung dibahas lebih cepat. Jadi, kami benar-benar pastikan semuanya tetap termonitor.

MZ: Terima kasih banyak ya Bu LT, udah sharing, inshaAllah sudah semuanya.

LT: Terima kasih juga ya Kak. Semoga bermanfaat ya wawancaranya.

LAMPIRAN 5

Framework Matrices Risiko *Fraud* BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta

	A : RM 1. Risiko *Fraud* BPJS	B : 1. Konflik kepentingan
1 : CA & DN 29 April 2025		LT: Iya, jadi misalkan Mbak DN itu dokter tapi juga praktek di luar itu juga berbenturan kepentingannya. Lalu misal Mbak DN ini karyawan BPJS sebagai verifikator tapi melakukan pengajuan klaim, nah itu kan juga berbenturan kepentingannya. Jadi kita ada ketentuannya bahwa pegawai BPJS Kesehatan itu tidak boleh praktek, tidak boleh bekerja sama dengan faskes yang bekerjasama dengan BPJS. RA: Ya itu salah satu bentuk preventifnya ya pakta integritas itu, jadi integritas itu masuk ke dalam instansi kami. Kalau misal terjadi yang seperti itu, kita sebagai pegawai ya mundur. Ga bisa kalau pegawai BPJS sambil praktek di faskes yang bekerja sama dengan BPJS. LT: Lagian kita juga punya data siapa saja dokter yang praktek. Lengkap dengan SIP nya. Ya jadi kalau sudah di BPJS, di BPJS aja tidak bekerja di luar DA: Sebenarnya boleh praktek, tapi dengan faskes yang tidak bekerja sama dengan BPJS karena tidak berbenturan kepentingan. Tidak aku yang mengajukan klaim nya dan aku yang mengajukan verifikasi.
2 : LT 29 April 2025		
3 : NV & LT 18 April 2025		NV: Kalau dari faskes itu tantangannya gini Mbak… Faskes itu kan masih ada kepentingan internal ya. Kalau di faskes itu kan masih ada unsur bagaimana caranya meningkatkan pendapatan, nah itu yang nantinya menyebabkan benturan kepentingan dalam melakukan pencegahan kecurangan. NV: Iya malah biasanya di faskes itu yang terjadi karena ada benturan kepentingan. Makanya itu mbak, karena unsur mereka ingin menaikkan pendapatan, jadi makanya melakukan cara-cara yang salah. Mengatasi hal itu, kita berikan warning saat verifikasi

	C : 2. Manipulasi data dan sistem
1 : CA & DN 29 April 2025	DA: Kalau disini sekarang semua data itu sudah soft file. Jadi kalau ada manipulasi atau apa, data yang diterima di awal itu yang data validnya karena tadi sudah ada surat pertanggungjawaban mutlak bahwa data yang diserahkan ke kita itu sudah sesuai. Jadi yang kita jadikan acuan itu ya data yang pertama. Ketika ada manipulasi data misalnya klaim tersebut dilakukan konfirmasi ke faskes, terus faskes ada menambahkan sesuatu, kan kita crosscheck juga di data lama yang sudah diajukan apakah sudah sesuai atau ada penambahan billing, kalau misalkan tidak ada maka kga mengacunya ke data lama. DA: Kita lakukan konfirmasi dan pengecekan berkas, jadi kalau kita konfirmasi dan ada perubahan kode diagnosa yang tadi, kita tetap mengacu pada dokumen asli, apakah memang di dokumen asli itu ada yang mendukung perubahan tersebut atau ga. Tapi kalau misalkan tidak ditemukan perubahan pada dokumen asli kita tetap melakukan konfirmasi itu. Pada dasarnya apapun yang diajukan rumah sakit itu harus ada berkas pendukung, kalau tidak ada berkas pendukung maka kita tidak akan bisa sepakat melakukan verifikasi. DA: Yang dikasih ke kita itu udah sesuai, kecuali kalau memang dia ada perubahan diagnosa ya berarti kita lihat lagi yang di berkas asli resume nya bagaimana apakah sesuai dengan yang diubah atau tidak. Jadi kan kalau misalkan proses verifikasi atau apa, pengajuan klaim itu dokter sebagai pemberi pelayanan, coder dari si pemberi koding, nah itu kan sesuai dari resume si dokter. Di resume itu kita lihat apakah ada diagnosa yang diberikan atau tidak, lalu yang kedua kita cek apakah ada tata laksana yang diberikan dari diagnosa tadi atau tidak, misalnya pemeriksaan lab atau radiologi. RA: Sesuai ketentuan undang-undang itu, kita bisa meminta dan melihat rekam medis ya DA: Biasanya kalau rekam medis itu kita bisa minta catatan perkembangan dari pasien, kalau rekam medis nya juga boleh minta tapi kita datang kesana. RA: Karena kan rekam medis itu sesuatu yang rahasia. Sebagai penjamin, kita harus memastikan itu benar adanya, karena apa yang diajukan harus sama dengan yang di resume. Itu kalau misalkan kita menemukan hal yang janggal dan ada sesuatu, BPJS bisa mengecek rekam medis ke rumah sakit karena rekam medis kan ga boleh keluar dari rumah sakit
2 : LT 29 April 2025	
3 : NV & LT 18 April 2025	NV : Melalui itu Mbak aplikasi. Pertama pastinya kompetensi verifikator, yang menentukan apakah klaim ini sudah sesuai atau belum.. terus nanti dibantu dengan aplikasi bantu verifikasi. Jadi kita punya aplikasi sendiri untuk membantu verifikasi. Aplikasinya itu sudah mampu membaca koding koding mana yang sesuai dan ga sesuai, ada filter filternya juga.

	D : 3. Manipulasi proses verifikasi klaim
1 : CA & DN 29 April 2025	DA: Kalau bentuknya itu, biasanya kalau dari faskes itu kalau dulu ya seperti peminjaman kartu identitas, kalau sekarang kan tidak. Ada juga yang mungkin bisa terjadi juga, kalau misalkan fingerprint ini kan nomor 2 ya di FKRTL, kalau di FKTP blm ada fingerprint, jadi bisa juga itu pasien tidak hadir. Bisa juga pasien mengakses pelayanan yang seharusnya tidak dijaminkan, tapi biasanya juga mencoba tapi dari rumah sakit juga akan mengkonfirmasi ya. Jadi itu niatan dari peserta cuma bisa ke detect juga dari faskes. Misalnya pasien langsung masuk ke IGD, padahal IGD itu kan untuk pasien gawat darurat tapi dia langsung mau ke IGD agar bisa langsung ditangani. Tapi itu juga tergantung dokternya, itu emergency apa tidak. Kalau bisa juga dari faskes itu kalau di FKTP, tingkat pertama itu misalnya harusnya rawat jalan tapi di mondokkan. Terus ada juga yang seharusnya pulang, tapi belum dipulangkan, itu juga ada. Kalau misalkan di rumah sakit itu, kita sering konfirmasi diagnosa sama prosedur yang dijalankan, itu juga bisa jadi ada potensi *upcoding*, tindakan yang dilakukan itu tidak sesuai sama yang diajukan ke kita, itu juga kita konfirmasi. Terus juga ada pemecahan serial itu juga bisa, seharusnya dibuat sekali sebulan tapi dibuat beberapa kali. DA: Jadi kalau misalkan setiap bulan itu kita ada yang namanya verifikasi pasca klaim secara rutin. Misalkan bulan lalu ada klaim yang diajukan dan sudah dilakukan pembayaran, bulan berikutnya klaim yang diajukan dan sudah pembayaran ini akan kita analisis lagi. Kalau nanti terdapat ketidaksesuaian, bukan klaim palsu ya kami menyebutnya, tapi ketidaksesuaian. Kalau ada ketidaksesuaian, kita analisis dan kita feedback ke rumah sakit, kalau memang betul ada ketidaksesuaian maka nanti ada pengembalian terhadap kepada klaim yang sudah dibayarkan. DA: Jadi kan misalnya kalau untuk *fraud* itu sendiri kan ada yang namanya pencegahan, deteksi. Kalau pencegahan kan tadi di faskes, memastikan klaimnya sudah sesuai. Nah, kalau deteksi itu kan yang tadi verifikasi pasca klaim, itu pasti setiap klaim yang sudah kita bayarkan akan dikoreksi, setiap satu bulan berikutnya akan dilakukan VPK. Jadi kalau misalkan ditanya seberapa banyak ditemukan ketidaksesuaian, ya ketika memang kita lakukan VPK ya kemungkinan besar akan dilakukan penyesuaian, tapi itu kan kita tidak langsung koreksi, kita konfirmasi dulu terhadap rumah sakit. RA: Karena kan dalam BPJS itu bentuk verifikasinya kita menggunakan sistem sampling, jadi itu pasti ada yang lolos, maksudnya ada yang tidak ikut sampling, makanya VPK itu salah satu cara untuk mengatasi ketidaksesuaian itu tadi. Artinya kita berlapis-lapis untuk melakukan deteksi.
2 : LT 29 April 2025	
3 : NV & LT 18 April 2025	NV : Tools nya itu ya di aplikasi verifikasi itu. Jadi saat PKS itu, ada komitmen dengan rumah sakit terkait pengajuan klaim ini. Dimana rumah sakit itu nanti sebelum mengajukan klaim itu sudah harus melakukan verifikasi internal terlebih dahulu terkait klaim yang masuk. Kemudian ada yang namanya surat pertanggungjawaban mutlak dari pimpinan rumah sakit yang menyatakan bahwa klaim yang diajukan sudah benar. Kalau misalkan saat diaudit ada temuan, rumah sakit harus sudah bersedia untuk mengembalikan. Misalkan audit begitu ya, baik internal maupun eksternal, ternyata ada temuan, maka harus bersedia mengembalikan. Itu juga ada dalam PKS. Jadi saat verif ini banyak mbak rules yang harus dipenuhi oleh PKS, karena file-file yang masuk itu akan terfilter, mana yang sesuai koding dan mana yang ga sesuai koding, mana yang berkasnya lengkap mana yang ga lengkap. Jadi banyak tahapannya kalau proses verifikasi. NV : Melalui itu Mbak aplikasi. Pertama pastinya kompetensi verifikator, yang menentukan apakah klaim ini sudah sesuai atau belum.. terus nanti dibantu dengan aplikasi bantu verifikasi. Jadi kita punya aplikasi sendiri untuk membantu verifikasi. Aplikasinya itu sudah mampu membaca koding koding mana yang sesuai dan ga sesuai, ada filter filternya juga. NV : Jadi rumah sakit pakai aplikasi kita untuk mengajukan klaim, lalu di kita ada aplikasi untuk memverifikasi klaim. Jadi aplikasi ini hanya kita dan rumah sakit saja.

	E : 4. *Upcoding*	F : 5. Fragmentasi Klaim
1 : CA & DN 29 April 2025	DA: Kalau bentuknya itu, biasanya kalau dari faskes itu kalau dulu ya seperti peminjaman kartu identitas, kalau sekarang kan tidak. Ada juga yang mungkin bisa terjadi juga, kalau misalkan fingerprint ini kan nomor 2 ya di FKRTL, kalau di FKTP blm ada fingerprint, jadi bisa juga itu pasien tidak hadir. Bisa juga pasien mengakses pelayanan yang seharusnya tidak dijaminkan, tapi biasanya juga mencoba tapi dari rumah sakit juga akan mengkonfirmasi ya. Jadi itu niatan dari peserta cuma bisa ke detect juga dari faskes. Misalnya pasien langsung masuk ke IGD, padahal IGD itu kan untuk pasien gawat darurat tapi dia langsung mau ke IGD agar bisa langsung ditangani. Tapi itu juga tergantung dokternya, itu emergency apa tidak. Kalau bisa juga dari faskes itu kalau di FKTP, tingkat pertama itu misalnya harusnya rawat jalan tapi di mondokkan. Terus ada juga yang seharusnya pulang, tapi belum dipulangkan, itu juga ada. Kalau misalkan di rumah sakit itu, kita sering konfirmasi diagnosa sama prosedur yang dijalankan, itu juga bisa jadi ada potensi *upcoding*, tindakan yang dilakukan itu tidak sesuai sama yang diajukan ke kita, itu juga kita konfirmasi. Terus juga ada pemecahan serial itu juga bisa, seharusnya dibuat sekali sebulan tapi dibuat beberapa kali.	DA: Kalau bentuknya itu, biasanya kalau dari faskes itu kalau dulu ya seperti peminjaman kartu identitas, kalau sekarang kan tidak. Ada juga yang mungkin bisa terjadi juga, kalau misalkan fingerprint ini kan nomor 2 ya di FKRTL, kalau di FKTP blm ada fingerprint, jadi bisa juga itu pasien tidak hadir. Bisa juga pasien mengakses pelayanan yang seharusnya tidak dijaminkan, tapi biasanya juga mencoba tapi dari rumah sakit juga akan mengkonfirmasi ya. Jadi itu niatan dari peserta cuma bisa ke detect juga dari faskes. Misalnya pasien langsung masuk ke IGD, padahal IGD itu kan untuk pasien gawat darurat tapi dia langsung mau ke IGD agar bisa langsung ditangani. Tapi itu juga tergantung dokternya, itu emergency apa tidak.
2 : LT 29 April 2025		
3 : NV & LT 18 April 2025		

LAMPIRAN 6

Framework Matrices Strategi Pencegahan dan Pendeteksian BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta

	A : RM 2. Pencegahan dan Pendeteksian *Fraud* BPJS	B : 1. Pencegahan *Fraud* BPJS Cabang Kota Yogyakarta	C : a. Identifikasi risiko
1 : CA & DN 29 April 2025			
2 : LT 29 April 2025			LT: Jadi, biasanya kami mengawali tahun dengan rapat bersama Kepala Cabang untuk mengidentifikasi berbagai risiko yang mungkin dihadapi di tahun 2025, termasuk risiko kecurangan. Kita bahas juga resikonya apa, dampaknya apa, penyebabnya apam siapa saja pihak yang terkait dan berpotensi terlibat kan bisa juga dari faskes atau peserta, langkah-langkah apa yang kita ambil untuk mencegah resiko itu terjadi atau semakin besar. Setelah itu, dilakukan pemantauan rutin setiap bulan untuk melihat apakah target-target yang sudah ditentukan itu tercapai atau belum. Setiap bulan kita buat laporannya. Laporannya dibuat dalam dua bentuk: manual dan sistem, dan semuanya ter-record sampai ke pusat. Di kantor pusat pun ada monitoring atas risiko internal mereka sendiri. Kami juga menggunakan pendekatan GRC atau Governance, Risk, and Compliance, Governance itu tata kelola yang baik, Risk itu pengelolaan risiko, dan Compliance itu kepatuhan, yang intinya untuk menilai sejauh mana kita patuh terhadap regulasi yang ada. Ada regulasi internal dan eksternal, yang pasti ada kaitannya dengan kita. LT: Aplikasi untuk menilai sejauh mana langkah-langkah untuk mencegah resiko, yang kita lakukan itu capaian atau progress nya sampai mana. Kalau metode khususnya masih dari pusat sih Mbak. Kalau kita sih kebanyakan melihat dari keseharian bekerja di kantor, pasti kan kita merasa ada hal yang bahaya atau menghambat pekerjaan, nanti kita tarik menjadi resiko dengan identifikasi dampak, langkah-langkah pencegahan nya bagaimana. Nah, langkah-langkah itu yang kita lihat perkembangannya setiap bulan dan kita masukkan ke dalam aplikasi. LT: Ada sih mbak.. tapi kejadian itu kan banyak ya jadi kita tetapkan sekitar 7-10 risiko utama, yang dinilai punya dampak paling besar, termasuk kecurangan itu pasti masuk. Nah, beberapa risiko yang berdampak besar selama setahun itu juga ada yang berasal dari data yang diberikan kantor pusat, kita juga mengacu kesitu. Rapat dengan kepala cabang risiko apa yang dihadapi di awal tahun termasuk risiko kecurangan, diidentifikasi.
3 : NV & LT 18 April 2025			NV: Iya betul, setiap awal tahun kita melakukan penandatanganan. Terus komitmen di setiap jajaran itu juga tadi pembentukan tim pencegahan kecurangan di BPJS Kesehatan yang sekarang namanya AK JKN itu mbak. Penerapan kebijakan pencegahan kecurangan juga kita laksanakan ya. Pelaksanaan GCG, Good Corporate Governance. Kita kan biasanya ada evaluasi manajemen resiko dan segala macam. Ada juga kepatuhan internal itu yang di audit juga. NV: Macem macem, kalau kepatuhan internal ya bisa tentang compliance kita terhadap regulasi internal itu udah sesuai apa belum. Terus kalau yang terkait pelayanan kesehatan juga ada. Jadi apa yang sudah kita lakukan verifikasinya sudah sesuai apa belum itu diaudit juga oleh Auditor internal kita. Pemuktahiran data kepesertaan ini sudah dilakukan secara rutin oleh bagian kepesertaan, ya rekon iuran, rekon validitas data gitu.

	D : b. Komitmen seluruh jajaran
1 : CA & DN 29 April 2025	
2 : LT 29 April 2025	
3 : NV & LT 18 April 2025	NV : Sesuai dengan ketentuan permenkes? Yaa.. jadi pencegahannya itu yang pertama harus ada budaya anti *fraud* ya. Kalau budaya anti *fraud* itu kalau di kita, di internal itu, yang kita lakukan yang pertama, setiap awal tahun, pasti ada penandatangan pakta integritas untuk seluruh karyawan. Jadi setiap 2 Januari 2024 itu nanti ada pembacaan direksi, arahan direksi untuk awal tahun, dilanjutkan dengan penandatangan pakta integritas dan pencegahan kecurangan. Pakta integritas nya bermeterai. Ini bentuk komitmen kami mbak di keseluruhan pegawai. Dan harus dikumpulkan pada hari itu juga. Rame pokoknya hari itu. Habis itu yang kedua, nanti kita ada yang namanya tim anti-kecurangan. Tim anti-kecurangan itu nanti tugasnya sosialisasi, kalau dari umum biasanya mengingatkan kembali sosialisasi berkala terkait WBS, Whistleblowing System, lalu terkait kecurangan-kecurangan yang dapat terjadi itu agar terhindari. Kalau dari pelayanan kesehatan ya itu sosialisasi tentang kecurangan itu sendiri, ke rumah sakit, ke peserta, kemudian terkait sistem. Secara teknisnya itu nanti pada saat mulai, step-stepnya banyak ya di strategi pencegahan kecurangan. Kalau di kesehatan itu mulai dari awal pemilihan faskesnya, jadi kita profiling dulu nih bisnisnya, itu melalui credentialing atau recredentialing. Habis itu nanti dilanjutkan dengan kerjasama dan penandatanganan dengan PKS, itu kan salah satu bentuk pencegahan, karena nanti di PKS itu ada komitmen-komitmen apa yang tidak boleh atau yang harus dilakukan oleh rumah sakit. Termasuk salah satunya itu tidak melakukan kecurangan segala macam, itu juga sudah dimasukkan dalam PKS. Habis nanti kalau sudah PKS, ada pelayanan kesehatan, itu ada monitoring kepatuhan dari bagian pelayanan fasilitas kesehatan, kepatuhan rumah sakit, selain itu ada yang namanya pengajuan klaim, bentuknya juga kecurangan itu banyak tools-toolsnya di aplikasi verifikasi kita. NV : Tools nya itu ya di aplikasi verifikasi itu. Jadi saat PKS itu, ada komitmen dengan rumah sakit terkait pengajuan klaim ini. Dimana rumah sakit itu nanti sebelum mengajukan klaim itu sudah harus melakukan verifikasi internal terlebih dahulu terkait klaim yang masuk. Kemudian ada yang namanya surat pertanggungjawaban mutlak dari pimpinan rumah sakit yang menyatakan bahwa klaim yang diajukan sudah benar. Kalau misalkan saat diaudit ada temuan, rumah sakit harus sudah bersedia untuk mengembalikan. Misalkan audit begitu ya, baik internal maupun eksternal, ternyata ada temuan, maka harus bersedia mengembalikan. Itu juga ada dalam PKS. Jadi saat verif ini banyak mbak rules yang harus dipenuhi oleh PKS, karena file-file yang masuk itu akan terfilter, mana yang sesuai koding dan mana yang ga sesuai koding, mana yang berkasnya lengkap mana yang ga lengkap. Jadi banyak tahapannya kalau proses verifikasi. LT: Paling itu sih mba.. yang paling dekat kan dinas kesehatan ya, itu dinas kesehatannya koperatif, kalau saat koordinasi dengan misalkan forum forum jajaran pimpinan daerah semuanya juga kooperatif. Kita juga setiap kota ada SK Tim PK-JKN, itu surat keputusan yang ditandatangani oleh pimpinan daerah itu kan artinya mereka berkomitmen dengan menunjuk siapa siapa saja yang berperan di tim pencegahan kecurangan kabupaten/kota. Jadi walikota itu menunjuk dari dinas kesehatan siapa saja yang berperan aktif di tim PK-JKN lalu mereka tanda tangan. Jadi pemerintah itu ya kooperatif, berkomitmen, dan mau bersama sama mencegah kecurangan. LT: Nah itu kembali lagi ke komitmen yang ditandatangani tanggal 2 januari itu mbak untuk menghindari gratifikasi, menghindari kong kalikong yang ada di belakang.

	E : c. Pakta integritas	F : d. Pelaksanaan prinsip GCG
1 : CA & DN 29 April 2025	LT: Kalau internal yang disampaikan oleh Bu Novi itu kan terkait dengan WBS, terus kita juga ada penandatanganan pakta integritas setiap tahun. Baru aja tadi pagi ditanda tangani. Terus, WBS kan juga masuk ke pusat, nanti ada SPI. LT: Cuman intinya kalau buat internal, kita WBS nya berjalan, kita juga menandatangani pakta integritas, kita juga ada SPI untuk mengaudit di internal. Jadi kalau misal pun ada yang melakukan manipulasi itu ada sanksi nya tersendiri. RA: Ya itu salah satu bentuk preventifnya ya pakta integritas itu, jadi integritas itu masuk ke dalam instansi kami. Kalau misal terjadi yang seperti itu, kita sebagai pegawai ya mundur. Ga bisa kalau pegawai BPJS sambil praktek di faskes yang bekerja sama dengan BPJS.	
2 : LT 29 April 2025		LT: Kalau pengelolaan resiko itu, kita mengelola yang namanya good corporate governance atau GCG, risk & compliance. Setiap awal tahun kita selalu rapat untuk mengidentifikasi resiko apa saja yang mungkin sekiranya akan terjadi di Kantor Cabang BPJS ini, termasuk risiko kecurangan itu. Kita biasanya mengidentifikasi, apa dampaknya, apa penyebabnya, stakeholder nya siapa, terus goal kita itu apa. Setiap bulan itu kita ada laporan progress-nya, apakah resiko ini sudah semakin mengecil atau belum.
3 : NV & LT 18 April 2025	NV : Sesuai dengan ketentuan permenkes? Yaa.. jadi pencegahannya itu yang pertama harus ada budaya anti *fraud* ya. Kalau budaya anti *fraud* itu kalau di kita, di internal itu, yang kita lakukan yang pertama, setiap awal tahun, pasti ada penandatangan pakta integritas untuk seluruh karyawan. Jadi setiap 2 Januari 2024 itu nanti ada pembacaan direksi, arahan direksi untuk awal tahun, dilanjutkan dengan penandatangan pakta integritas dan pencegahan kecurangan. Pakta integritas nya bermeterai. Ini bentuk komitmen kami mbak di keseluruhan pegawai. Dan harus dikumpulkan pada hari itu juga. Rame pokoknya hari itu.	NV: Iya betul, setiap awal tahun kita melakukan penandatanganan. Terus komitmen di setiap jajaran itu juga tadi pembentukan tim pencegahan kecurangan di BPJS Kesehatan yang sekarang namanya AK JKN itu mbak. Penerapan kebijakan pencegahan kecurangan juga kita laksanakan ya. Pelaksanaan GCG, Good Corporate Governance. Kita kan biasanya ada evaluasi manajemen resiko dan segala macam. Ada juga kepatuhan internal itu yang di audit juga.

	G : e. Pembentukan tim pencegahan kecurangan
1 : CA & DN 29 April 2025	LT: Beda, mbak. SPI itu berdiri sendiri. Kalau AK-JKN kan Tim Anti Kecurangan, isinya kan setiap perwakilan bagian kantor cabang. Kalau Tim PK-JKN yang Pencegahan Kecurangan itu kan kabupaten kota. Jadi kalau AK itu internal kantor kami, kalau PK itu eksternal ada Dinkes, ada asosiasi profesi dan lain lain. Nah kalau Satuan Pengawas Internal atau SPI itu ada sendiri bagiannya di kantor pusat. Kalau dari eksternal, pengawasannya dari BPK, BPKP, OJK, KAP, dan KPK. DA: Ohh sudah ada, di faskes itu sudah ada tim sendiri.Jadi mereka punya sendiri, BPJS sendiri, Dinkes sendiri. Jadi masing-masing punya tim pencegahan sendiri.
2 : LT 29 April 2025	
3 : NV & LT 18 April 2025	NV : Oh engga, itu di bawah kepala cabang. Jadi kalau tim anti *fraud* itu, ketuanya kepala cabang, pengarahnya dari kedeputian wilayah. Nanti sekretarisnya bagian umum, terus anggotanya kepala bagian yang lain. Sama verifikator. LT: Paling itu sih mba.. yang paling dekat kan dinas kesehatan ya, itu dinas kesehatannya koperatif, kalau saat koordinasi dengan misalkan forum forum jajaran pimpinan daerah semuanya juga kooperatif. Kita juga setiap kota ada SK Tim PK-JKN, itu surat keputusan yang ditandatangani oleh pimpinan daerah itu kan artinya mereka berkomitmen dengan menunjuk siapa siapa saja yang berperan di tim pencegahan kecurangan kabupaten/kota. Jadi walikota itu menunjuk dari dinas kesehatan siapa saja yang berperan aktif di tim PK-JKN lalu mereka tanda tangan. Jadi pemerintah itu ya kooperatif, berkomitmen, dan mau bersama sama mencegah kecurangan. NV: Iya seperti yang saya sampaikan, kan sosialisasi ada internal dan eksternal. Kalau internal itu yang tim AK-JKN ke seluruh jajaran di kantor cabang. Kalau eksternal, dari kita mengundang rumah sakit, dinas kesehatan, tim kendali mutu biaya, untuk sosialisasi terkait kecurangan. Itu setahun sekali sih tergantung kebutuhan. LT : Tim PKJKN itu isinya dari eksternal, tim PKJKN Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional Kabupaten-Kota. Misalnya Kabupaten Bantul, Kota Yogyakarta, mereka punya timnya sendiri, isinya Dinas Kesehatan. Terus pihak-pihak lain nih seperti Asosiasi Faskes & Organisasi Profesi. Terus kalau AKJKN itu Anti Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional, itu tim internal BBJS, isinya pegawai BPJS. Isinya aku, ibu, kak Aca. Jadi kepala cabang sebagai ketua, kemudian Kabag SDM sebagai sekretaris. Anggotanya ada Kabag PMU, Kabag Yanfaskes, Kabag PKP, Kabag Kepesertaan, Kabag Yanser, verifikator, staf Komlik, staf PFKR, staf Utilisasi dan case manager sama kepala kabupaten. Setiap anti *fraud* ini lintas fungsi, jadi setiap bagian itu ada perwakilannya masing-masing.

	H : f. Pengembangan pelayanan kendali mutu & biaya
1 : CA & DN 29 April 2025	RA: Pun kalau misalkan ada temuan, kalau tidak ada kata sepakat dengan eksternal, eksternal ini yang dimaksud adalah mereka yang bekerjasama dengan BPJS, kita biasanya juga akan menaikkan ke TKMKB ya, Tim Kendali Mutu dan Pembiayaan. Jadi Tim TKMKB itu terdiri dari dokter dokter spesialis yang berkompeten sebagai narasumber. Jadi nanti ibaratnya kalau BPJS menemukan ooh ini harus sesuai dengan ini, kalau rumah sakit tidak setuju. Karena BPJS juga butuh mereka yang berkompeten maka kita taroh lah ke TKMKB. TKMKB itu dari berbagai bidang, bisa dari internal, obgyn, tergantung kasusnya nanti apa. Kalau misalkan kasusnya mengenai internal, kita ya tanya ke konsultan dokter internal. Jadi keputusan BPJS tidak semata-mata diambil sendirian, kita juga konsultasi ke eksternal yang benar-benar ahlinya. Itu semuanya dokter, ibaratnya mereka yang pembesar di rumah sakit.
2 : LT 29 April 2025	
3 : NV & LT 18 April 2025	

	I : g. Sosialisasi kepada pegawai
1 : CA & DN 29 April 2025	
2 : LT 29 April 2025	
3 : NV & LT 18 April 2025	NV: Habis itu yang kedua, nanti kita ada yang namanya tim anti-kecurangan. Tim anti-kecurangan itu nanti tugasnya sosialisasi, kalau dari umum biasanya mengingatkan kembali sosialisasi berkala terkait WBS, Whistleblowing System, lalu terkait kecurangan-kecurangan yang dapat terjadi itu agar terhindari. Kalau dari pelayanan kesehatan ya itu sosialisasi tentang kecurangan itu sendiri, ke rumah sakit, ke peserta, kemudian terkait sistem. NV : Biasanya tim AK JKN KC melakukan sosialisasi tentang *fraud* itu di awal tahun, kadang nanti diingatkan lagi per semester kita pertemuan lagi. Kalau diklat khusus itu langsung dari kedeputian HPPK (Hukum Penanganan dan Pencegahan Kecurangan) itu di pusat. Nanti dipilih verifikatornya yang mana yang mengikuti. Itu nanti gabungan mbak, ada KPK, ada kepolisian. NV : Ya paling ga ya 2 kali itu dalam setahun. Awal tahun dan pertengahan tahun. Bisa juga dalam pertemuan-pertemuan bersama AK JKN itu kita bahas jika memang kalau ada indikasi indikasi kecurangan. NV : Kalau yang eksternal itu ya bentuknya diklat itu tadi dari pusat yang HPPK itu. Kalau internal ya sosialisasi dan sebagainya. NV : Biasanya kalo kita sosialisasi dengan rumah sakit itu biasanya kita kasih website itu di akhir slide. Jadi siapa tahu ya, ada orang BPJS yang nakal dan ada yang mau melaporkan jadi bisa lewat slide itu. NV: Ya.. sosialisasi itu sih mbak.. soalnya kita bukan internalnya faskes ya, kalau kita ya hanya sosialisasi dan mengingatkan saja. Misalnya kalau ada yang mengajukan klaim ada yang ga sesuai dan aneh, itu diperingatkan untuk berhati hati agar tidak terjadi indikasi *fraud*. MZ: Menurut ibu terkait dengan sosialisasi itu, apakah perlu ditambahkan frekuensi nya? NV: Ga usah sih, karena kontennya itu sama terus, jadi cukup setahun sekali saat penandatanganan kerja sama. MZ: Kalau sosialisasi itu materinya apa aja ya bu? NV: Ini.. isinya permenkes 16 tahun 2019 MZ: Kalau sosialisasi di internal, nanti pembicaranya dari siapa ya Bu? NV: Kadang dari kedeputian HPPK (Hukum Penanganan dan Pencegahan Kecurangan) itu, kalau dari internal ya kepala cabang terus dari bidang bidang yang ada di tim AK-JKN sih… Tergantung misalkan nanti terkait dengan *fraud* oleh BPJS Kesehatan itu kan umum ya dari SDM, tapi kalau prokes nanti dari kami bidang pelayanan MZ: Kalau sosialisasi yang diberikan sudah efektif ya Bu sejauh ini? LT: Kembali lagi mbak, kalau internal sejauh ini ga ada isu ya… kalau sosialisasi internal BPJS bisa kami pastikan bahwa setiap unsur di tim AK-JKN itu memahami soal kecurangan, fungsi, tugas, dan langkah-langkahnya… NV: Iya malah biasanya di faskes itu yang terjadi karena ada benturan kepentingan. Makanya itu mbak, karena unsur mereka ingin menaikkan pendapatan, jadi makanya melakukan cara-cara yang salah. Mengatasi hal itu, kita berikan warning saat verifikasi MZ: Kalau sosialisasi di faskes itu BPJS nya dateng ke lokasi faskes nya atau dari pihak internal nya sana yang mengadakan sendiri? NV: Biasanya kita hybrid sih mbak menggunakan zoom. Biasanya kita meminta faskes untuk melaksanakan sosialiasi internal mandiri ke jajarannya masing masing. Selain kita mengundang, biasanya ngundang direktur, terus jajaran lain. Soalnya kalau kita sosialisasi keseluruh faskes itu yang dateng itu perwakilan ya, biasanya berhadir direktur atau tim siapa, baru nanti mereka harus sosialiasi ke tim dibawahnya masing masing. Tapi… itu dilakukan atau tidak, kita kurang tahu. Soalnya kalau kita absen sudah dilakukan atau belum, nanti dikira kita punya posisi yang lebih dibandingkan faskes, itu kan juga ga baik. Jadi, kita hanya memberikan saran, mereka melakukan atau tidak itu sudah di luar kewenangan kami. LT: Yang jelas pimpinannya sudah diinfokan ya mbak. Sebenarnya yang paling harus dipegang kan direktur ya, sosialisasi sudah diberikan, permenkes pun mereka bisa baca sendiri, setiap ada mau PKS atau apa atau ada audit klaim dan UR juga setiap bulannya

	J : h. Surat Pertanggungjawaban Mutlak (SPM) dari faskes
1 : CA & DN 29 April 2025	DA: Kalau misalnya untuk memastikan di rumah sakit, kita ada yang namanya surat pertanggungjawaban mutlak. Tanda tangan dari faskes dari tim PK-JKN nya mereka sendiri. Jadi faskes itu sebelum mengajukan itu sudah memastikan bahwa klaim yang diajukan itu sudah sesuai. Nah, itu juga yang menjadikan dasar buat kita bahwa kalau terjadi ketidaksesuaian berkas, kita pakai SPM, surat pertanggungjawaban mutlak itu. Bahwa berkas yang dikasih ke kita itu sudah melalui pengecekan dari mereka. DA: Kalau disini sekarang semua data itu sudah soft file. Jadi kalau ada manipulasi atau apa, data yang diterima di awal itu yang data validnya karena tadi sudah ada surat pertanggungjawaban mutlak bahwa data yang diserahkan ke kita itu sudah sesuai. Jadi yang kita jadikan acuan itu ya data yang pertama. Ketika ada manipulasi data misalnya klaim tersebut dilakukan konfirmasi ke faskes, terus faskes ada menambahkan sesuatu, kan kita crosscheck juga di data lama yang sudah diajukan apakah sudah sesuai atau ada penambahan billing, kalau misalkan tidak ada maka kga mengacunya ke data lama.
2 : LT 29 April 2025	
3 : NV & LT 18 April 2025	NV : Tools nya itu ya di aplikasi verifikasi itu. Jadi saat PKS itu, ada komitmen dengan rumah sakit terkait pengajuan klaim ini. Dimana rumah sakit itu nanti sebelum mengajukan klaim itu sudah harus melakukan verifikasi internal terlebih dahulu terkait klaim yang masuk. Kemudian ada yang namanya surat pertanggungjawaban mutlak dari pimpinan rumah sakit yang menyatakan bahwa klaim yang diajukan sudah benar. Kalau misalkan saat diaudit ada temuan, rumah sakit harus sudah bersedia untuk mengembalikan. Misalkan audit begitu ya, baik internal maupun eksternal, ternyata ada temuan, maka harus bersedia mengembalikan. Itu juga ada dalam PKS. Jadi saat verif ini banyak mbak rules yang harus dipenuhi oleh PKS, karena file-file yang masuk itu akan terfilter, mana yang sesuai koding dan mana yang ga sesuai koding, mana yang berkasnya lengkap mana yang ga lengkap. Jadi banyak tahapannya kalau proses verifikasi.

	K : i. Verifikasi biometrik
1 : CA & DN 29 April 2025	DA: Kalau misalkan yang indikasi ada identitas peserta yang diterbitkan tanpa memenuhi ketentuan itu, kebetulan di BPJS sekarang udah ada fingerprint ya, jadinya semua peserta yang mendapatkan pelayanan itu akan menggunakan fingerprint. Jadi sudah dipastikan pasien nya sudah pasti datang ke tempat, itu juga mengurangi penyalahgunaan identitas pasien. DA: Nah itu, sekarang kan kalau di rumah sakit sudah ada fingerprint. Kalau dulu kan bisa jadi ya ada kemungkinan peminjaman kartu bisa. Tapi kan sekarang kalau mau pemeriksaan di semua faskes sudah ada fingerprint. Jadi ya semua pasien sebelum melakukan pemeriksaan wajib fingerprint. Kalau ga sama data fingerprint nya nanti bisa menghubungi BPJS. Itu dia pencegahan disitu. RA: Meminimalkan risiko kalau misalkan ada penyalahgunaan nomor kartu atau NIK. Kan sekarang semua kartu udah terhubung dengan NIK jadi masyarakat mau menggunakan BPJS cukup menggunakan KTP. Nah selain KTP itu ya menggunakan fingerprint itu tadi. Kan kalau KTP kita bisa lihat secara kasat mata, ohh ini fotonya ini wajahnya yang ini, kaya gitu sih. Yang utama itu fingerprint itu sih, karena dia benar-benar mendeteksi sidik jari. Jadi kalau sidik jarinya tidak sesuai yang masuk, ya sudah itu perlu dipertanyakan. Biasanya nanti peserta akan menghubungi pihak BPJS baik melalui faskes tersebut atau langsung datang ke BPJS. Itu kedepannya malah nanti lebih canggih lagi, ga cuma pakai fingerprint tapi juga deteksi wajah. Jadi mau dibuat seperti Face ID. Nanti kalau pakai itu kan langsung keliatan, oh ini orangnya ini, namanya ini. DA: Kalau bentuknya itu, biasanya kalau dari faskes itu kalau dulu ya seperti peminjaman kartu identitas, kalau sekarang kan tidak. Ada juga yang mungkin bisa terjadi juga, kalau misalkan fingerprint ini kan nomor 2 ya di FKRTL, kalau di FKTP blm ada fingerprint, jadi bisa juga itu pasien tidak hadir. Bisa juga pasien mengakses pelayanan yang seharusnya tidak dijaminkan, tapi biasanya juga mencoba tapi dari rumah sakit juga akan mengkonfirmasi ya. Jadi itu niatan dari peserta cuma bisa ke detect juga dari faskes. Misalnya pasien langsung masuk ke IGD, padahal IGD itu kan untuk pasien gawat darurat tapi dia langsung mau ke IGD agar bisa langsung ditangani. Tapi itu juga tergantung dokternya, itu emergency apa tidak. Kalau bisa juga dari faskes itu kalau di FKTP, tingkat pertama itu misalnya harusnya rawat jalan tapi di mondokkan. Terus ada juga yang seharusnya pulang, tapi belum dipulangkan, itu juga ada. Kalau misalkan di rumah sakit itu, kita sering konfirmasi diagnosa sama prosedur yang dijalankan, itu juga bisa jadi ada potensi *upcoding*, tindakan yang dilakukan itu tidak sesuai sama yang diajukan ke kita, itu juga kita konfirmasi. Terus juga ada pemecahan serial itu juga bisa, seharusnya dibuat sekali sebulan tapi dibuat beberapa kali.
2 : LT 29 April 2025	
3 : NV & LT 18 April 2025	

	L : 2. Pendeteksian *Fraud* BPJS	M : a. Audit rutin
1 : CA & DN 29 April 2025		RA: Iya ada SPI, internal kita itu juga ada pengawasnya sendiri. Jadi tiap tahun kita juga akan di audit oleh internal kita sendiri. Nanti ditanyain "kenapa ini bisa lolos", "ini ga sesuai", "ini itu ada aturannya", "coba sana ke rumah sakit, kasih tau ini loh aturannya" ibaratnya gitu. Ya, nanti di konfirmasi ke pihak faskes dan kita kasih tahu ketentuannya, itu baik di tingkat pertama maupun lanjutan. Memang tidak semua bisa clear ya kalau verifikasi itu, mungkin ada satu dua yang kecolongan gitu. Nah, fungsi dari audit internal itu untuk memback-up segala sesuatu yang tidak sesuai. RA: Jadi tiap tahun diaudit biasanya di Agustus - akhir tahun untuk menghindari penyimpangan
2 : LT 29 April 2025		
3 : NV & LT 18 April 2025		NV : Kalau misalkan saat diaudit ada temuan, rumah sakit harus sudah bersedia untuk mengembalikan. Misalkan audit begitu ya, baik internal maupun eksternal, ternyata ada temuan, maka harus bersedia mengembalikan. Itu juga ada dalam PKS. Jadi saat verif ini banyak mbak rules yang harus dipenuhi oleh PKS, karena file-file yang masuk itu akan terfilter, mana yang sesuai koding dan mana yang ga sesuai koding, mana yang berkasnya lengkap mana yang ga lengkap. Jadi banyak tahapannya kalau proses verifikasi. NV : Kalau audit administrasi klaim itu, mekanisme untuk mengetahui apakah yang sudah dibayarkan itu, sudah sesuai atau belum sesuai dengan anomali dan tren. Bulan ke satu kedua kita liat trennya terus oh ternyata ada pelonjakan kasus misalkan, nanti kita lihat lagi berkas berkasnya kita audit lagi. NV : Pakai metode, setelah pembayaran itu mbak kita melakukan verifikasi pasca klaim dan audit administrasi klaim. Kalau verifikasi pasca klaim itu dilakukan setiap bulan, di bulan sebelum sebelumnya kita cek ulang lagi, rangkaian proses verifikasinya ya walaupun sudah dibayarkan. Kemudian sekarang ini bulan Desember, kita ngecek pelayanan yang di bulan November yang sudah kita bayarkan. Kita cek ulang semacam sampling tapi sampling nya itu hampir 85% yang kita bayarkan. Karena kan semakin banyak kasus, ga mungkin satu per satu. Per lembar per lembar... sekarang kan sudah ada AI yang bisa membaca pola rumah sakit, misalnya seringnya menagihkan dengan kode apa begitu nah itu sudah terbaca di aplikasi verifikasi kita. NV : WBS ini nanti langsung terbaca ke pusat. Jadi kita nanti dapat laporan dari pusat. WBS itu masuknya di Satuan Pengawas Auditor Internal nya kami. Jadi nanti mereka akan bergerak secara diam diam untuk mencari tahu. Itu pun kita belum ada yang tahu karena sifatnya rahasia. Biasanya sih langsung ke kepala cabang nya. Nah kalau yang berhubungan dengan faskes baru nanti kepala cabang akan ke bidang terkait misalnya kalau faskes berarti ke saya atau Pak Heri gitu kan, ini ada laporan misalkan seperti itu NV: Macem macem, kalau kepatuhan internal ya bisa tentang compliance kita terhadap regulasi internal itu udah sesuai apa belum. Terus kalau yang terkait pelayanan kesehatan juga ada. Jadi apa yang sudah kita lakukan verifikasinya sudah sesuai apa belum itu diaudit juga oleh Auditor internal kita. Pemuktahiran data kepesertaan ini sudah dilakukan secara rutin oleh bagian kepesertaan, ya rekon iuran, rekon validitas data gitu. NV: Kalau pemeriksaan kepatuhan pada peserta ataupun pemberi kerja ini dari kepustakaan jadi nanti setiap bulan atau 3 bulanan gitu dari bagian kepesertaan itu akan melakukan Wasrik (Pengawasan Pemeriksaan Kepatuhan) pemeriksaan. Biasanya pada datang ke BU BU untuk mencocokan misalkan nih gaji yang dilaporkan sekian. Wasrik itu untuk memastikan validitas data dari BU ke kita, gajinya, jumlah karyawannya, seperti itu. NV: Monitoring dan evaluasi rutin hasil kerja petugas BPJS Kesehatan itu audit rutin dari SPI biasanya. NV: Kalau dari internal sih ga ada ya.. karena kita bersama sama menyelamatkan uang negara jadi ga ada tantangan.. malah kita itu ya pelit karena ini uangnya harus dipakai betul-betul, nanti juga kan akan di audit oleh BPK, KPK, kita harus bener bener ini dalam melakukan verifikasi klaim. Jadi kita semuanya punya integritas untuk bisa melakukan verifikasi klaim dengan sesuai, tidak menerima suap dari rumah sakit. NV: Sudah sejak lama, sejak askes, yang tadi saya sebutkan tadi mbak, layer pertama itu klaim, lalu verifikasi pasca klaim, kemudian audit administrasi klaim

	N : b. Dukungan Sistem IT
1 : CA & DN 29 April 2025	LT: Dana iuran itu langsung ke pusat Mbak ga disini. Kita tidak punya dana khusus untuk cabang karena semua dana itu dikelola di kantor pusat. Karena semua by sistem, jadi kita mengajukan sekian baru nanti kantor pusat mengalokasikan anggaran. Jadi tidak ada celah untuk dana itu digunakan, dan kita juga tidak ada cadangan uang karena semua terpusat.
2 : LT 29 April 2025	
3 : NV & LT 18 April 2025	NV : Tools nya itu ya di aplikasi verifikasi itu. Jadi saat PKS itu, ada komitmen dengan rumah sakit terkait pengajuan klaim ini. Dimana rumah sakit itu nanti sebelum mengajukan klaim itu sudah harus melakukan verifikasi internal terlebih dahulu terkait klaim yang masuk. MZ : Kalau misalkan.. terkait dengan pendeteksian tindakan *fraud* itu dalam klaim kesehatan tadi bagaimana caranya Bu? NV : Melalui itu Mbak aplikasi. Pertama pastinya kompetensi verifikator, yang menentukan apakah klaim ini sudah sesuai atau belum.. terus nanti dibantu dengan aplikasi bantu verifikasi. Jadi kita punya aplikasi sendiri untuk membantu verifikasi. Aplikasinya itu sudah mampu membaca koding koding mana yang sesuai dan ga sesuai, ada filter filternya juga.. MZ : Terkait akses aplikasi tersebut apakah hanya pihak BPJS dan faskes saja yang bisa lihat atau peserta BPJS juga bisa lihat Bu? NV : Jadi rumah sakit pakai aplikasi kita untuk mengajukan klaim, lalu di kita ada aplikasi untuk memverifikasi klaim. Jadi aplikasi ini hanya kita dan rumah sakit saja. MZ : Kalau di aplikasi mobile JKN ada menu nya bu? NV : Iya, kalau di aplikasi mobile JKN kan ada menu keluhan to... nah biasanya dari keluhan-keluhan itu bisa kita lihat mana yang mengarah ke kecurangan atau ga. Kaya begitu... MZ : Kalau misalkan ada pelaporan kecurangan dari peserta atau dari pihak lainnya itu prosesnya seperti apa ya Bu? NV : Prosesnya biasanya... kalau peserta biasanya gatau ini itu sebenarnya kecurangan atau bukan, jadi hanya bentuk keluhan keluhan doang. Nah nanti kalau sudah ada keluhan itu masuknya ke SIPP. Jadi kami di rumah sakit itu ada yang namanya sistem pelaporan, selain peserta itu bisa melaporkan langsung, peserta juga bisa melaporkan melalui rumah sakit, nanti masuknya ke aplikasi SIPP dan akan ditindaklanjuti oleh teman teman di bagian pelayanan fasilitas kesehatan. MZ : SIPP itu bentuknya sistem atau aplikasi? NV : Aplikasi, tapi base nya website sih. Jadi kita bisa buka pakai chrome atau mozilla. SIPP itu Satuan Informasi Penanganan Pengaduan. Kita bisa akses, peserta juga bisa akses. Atau paling mudah sih masukin pengaduannya lewat mobile JKN kalau mau langsung. Biasanya kalau lewat SIPP itu kan lewat rumah sakit ya. Paling umum keluhan itu pasti lewat mobile JKN. Yang disampaikan di mobile JKN itu akan terbaca di SIPP, jadi tersambung. NV : Sekarang kan sudah ada AI yang bisa membaca pola rumah sakit, misalnya seringnya menagihkan dengan kode apa begitu nah itu sudah terbaca di aplikasi verifikasi kita. NV: Kemudian data kepesertaan secara real time ini maksudnya gini mbak.. di faskes kita, baik FKTP maupun FKRTL ada yang namanya aplikasi untuk mengetahui pelayanan ya. Jadi itu nanti dimasukkan nomor kartu peserta akan muncul nama pesertanya, alamatnya, segala macam jadi secara real time pada saat dia akan mendapatkan pelayanan kesehatan.

	O : c. Monitoring pembayaran iuran peserta	P : d. Pemeriksaan kepatuhan
1 : CA & DN 29 April 2025	DA: Kalau langkah yang bisa dilakukan ya memastikan jumlah peserta yang dikelola faskes sesuai dengan yang didaftarkan. Kita bisa lihat dari nomor KIP K nya berapa. Kita sesuaikan dengan itu untuk pembayarannya.	
2 : LT 29 April 2025		
3 : NV & LT 18 April 2025	NV: Monitoring pembayaran iuran peserta jadi ini kalau dari bagian keuangan PKP itu kan nanti akan selalu ada monitoring bulanan. Peserta kan ada yang mau bayar ada yang ga dan ada yang nuna. Nah itu nanti yang nunda itu, kita punya yang namanya telepon nanti akan dilakukan tagihan secara kolekting. Tagihan secara online dari temen temen kolekting. Kemudian yang terkait dengan peserta yang di daerah itu ya itu tadi rekonsiliasi iuran antara bidang keuangan dengan pemda sudah ada pembayaran atau belum. MZ: Kalau penyediaan data kepersetaan faskes itu berapa bulan sekali ya bu? NV: Sebulan sekali sih. Sebelum pembayaran kapitasi, kita selalu melakukan update data kepesertaan karena kan nanti data sebagai dasar untuk pembayaran kapitasi ke tempat itu. Kemudian data kepesertaan secara real time ini maksudnya gini mbak.. di faskes kita, baik FKTP maupun FKRTL ada yang namanya aplikasi untuk mengetahui pelayanan ya. Jadi itu nanti dimasukkan nomor kartu peserta akan muncul nama pesertanya, alamatnya, segala macam jadi secara real time pada saat dia akan mendapatkan pelayanan kesehatan.	Habis nanti kalau sudah PKS, ada pelayanan kesehatan, itu ada monitoring kepatuhan dari bagian pelayanan fasilitas kesehatan, kepatuhan rumah sakit, selain itu ada yang namanya pengajuan klaim, bentuknya juga kecurangan itu banyak tools-toolsnya di aplikasi verifikasi kita. Penerapan kebijakan pencegahan kecurangan juga kita laksanakan ya. Pelaksanaan GCG, Good Corporate Governance. Kita kan biasanya ada evaluasi manajemen resiko dan segala macam. Ada juga kepatuhan internal itu yang di audit juga. NV: Macem macem, kalau kepatuhan internal ya bisa tentang compliance kita terhadap regulasi internal itu udah sesuai apa belum. Terus kalau yang terkait pelayanan kesehatan juga ada. Jadi apa yang sudah kita lakukan verifikasinya sudah sesuai apa belum itu diaudit juga oleh Auditor internal kita. Pemuktahiran data kepesertaan ini sudah dilakukan secara rutin oleh bagian kepesertaan, ya rekon iuran, rekon validitas data gitu. MZ: Kalau terkait dengan tindakan pemeriksaan kepatuhan itu termasuk dalam audit kepatuhan internal tadi ya bu? Apa beda lagi? NV: Kalau pemeriksaan kepatuhan pada peserta ataupun pemberi kerja ini dari kepustakaan jadi nanti setiap bulan atau 3 bulanan gitu dari bagian kepesertaan itu akan melakukan Wasrik (Pengawasan Pemeriksaan Kepatuhan) pemeriksaan. Biasanya pada datang ke BU BU untuk mencocokan misalkan nih gaji yang dilaporkan sekian. Wasrik itu untuk memastikan validitas data dari BU ke kita, gajinya, jumlah karyawannya, seperti itu. NV: Kalau faskes itu nanti penilaian kepatuhan dari pelayanan fasilitas kesehatan setiap bulannya. Penilaiannya dilakukan dalam pertemuan langsung dan dilihat indikatornya.

	Q : e. Penguatan pengawasan dan SPI	R : f. Real time data kepesertaan
1 : CA & DN 29 April 2025	RA: Iya ada SPI, internal kita itu juga ada pengawasnya sendiri. Jadi tiap tahun kita juga akan di audit oleh internal kita sendiri. Nanti ditanyain “kenapa ini bisa lolos”, “ini ga sesuai”, “ini itu ada aturannya”, “coba sana ke rumah sakit, kasih tau ini loh aturannya” ibaratnya gitu. Ya, nanti di konfirmasi ke pihak faskes dan kita kasih tahu ketentuannya, itu baik di tingkat pertama maupun lanjutan. Memang tidak semua bisa clear ya kalau verifikasi itu, mungkin ada satu dua yang kecolongan gitu. Nah, fungsi dari audit internal itu untuk memback-up segala sesuatu yang tidak sesuai. MZ: Terkait dengan mekanisme pengawasan terhadap pembayaran tagihan fasilitas kesehatan yang telah diverifikasi itu bagaimana Bu? RA: Tidak ada titipan pembayaran ke kantor karena pembayaran kan melalui bank dan lain lain. Dan kita tidak ada loket pembayaran iuran, adanya loket administrasi kalo kita MZ: Apa saja langkah pengawasan yang dilakukan untuk mencegah penggunaan dana Jaminan Kesehatan untuk kepentingan pribadi? LT: Dana iuran itu langsung ke pusat Mbak ga disini. Kita tidak punya dana khusus untuk cabang karena semua dana itu dikelola di kantor pusat. Karena semua by sistem, jadi kita mengajukan sekian baru nanti kantor pusat mengalokasikan anggaran. Jadi tidak ada celah untuk dana itu digunakan, dan kita juga tidak ada cadangan uang karena semua terpusat. MZ: Baik, lalu untuk prosedur pengawasan untuk memastikan besaran iuran yang ditarik sesuai dengan peraturan perundang-undangan? LT: Iuran peserta itu sistemnya closed payment melalui VA, otomatis kita tidak bisa menambah atau mengurangi. Kita tidak menginput nominalnya sendiri.	
2 : LT 29 April 2025		
3 : NV & LT 18 April 2025	NV : Monitoring dan evaluasi rutin hasil kerja petugas BPJS Kesehatan itu audit rutin dari SPI biasanya.	MZ: Kalau penyediaan data kepersetaan faskes itu berapa bulan sekali ya bu? NV: Sebulan sekali sih. Sebelum pembayaran kapitasi, kita selalu melakukan update data kepesertaan karena kan nanti data sebagai dasar untuk pembayaran kapitasi ke tempat itu. Kemudian data kepesertaan secara real time ini maksudnya gini mbak.. di faskes kita, baik FKTP maupun FKRTL ada yang namanya aplikasi untuk mengetahui pelayanan ya. Jadi itu nanti dimasukkan nomor kartu peserta akan muncul nama pesertanya, alamatnya, segala macam jadi secara real time pada saat dia akan mendapatkan pelayanan kesehatan.

	S : g. Updating data	T : h. Whistleblowing system
1 : CA & DN 29 April 2025		
2 : LT 29 April 2025		
3 : NV & LT 18 April 2025	NV: Sebulan sekali sih. Sebelum pembayaran kapitasi, kita selalu melakukan update data kepesertaan karena kan nanti data sebagai dasar untuk pembayaran kapitasi ke tempat itu. Kemudian data kepesertaan secara real time ini maksudnya gini mbak.. di faskes kita, baik FKTP maupun FKRTL ada yang namanya aplikasi untuk mengetahui pelayanan ya. Jadi itu nanti dimasukkan nomor kartu peserta akan muncul nama pesertanya, alamatnya, segala macam jadi secara real time pada saat dia akan mendapatkan pelayanan kesehatan.	MZ : Terkait WBS tadi ya Bu, baik dari bank maupun instansi lain kan pasti ada, apakah semua staf itu dipastikan mengetahui cara kerja dari WBS itu sendiri? Melaporkannya ke siapa, nomor apa, begitu? NV : Pasti tahu, karena kan disosialisasikan langsung oleh pusat ya. Alamatnya, nomor telefonnya, jadi teman teman sudah tahu semua. Di website wbs.bpjs-kesehatan.go.id itu juga bisa diakses oleh seluruh eksternal. Biasanya kalo kita sosialisasi dengan rumah sakit itu biasanya kita kasih website itu di akhir slide. Jadi siapa tahu ya, ada orang BPJS yang nakal dan ada yang mau melaporkan jadi bisa lewat slide itu. MZ : WBS nya sama dengan kaya yang di rumah sakit atau beda Bu? NV : Beda. Kalau ini kan langsung ke BPJS Kesehatan. MZ : Kalau nanti ada laporan di website WBS itu ini Bu, nanti penindaklanjutannya seperti apa? NV : WBS ini nanti langsung terbaca ke pusat. Jadi kita nanti dapat laporan dari pusat. WBS itu masuknya di Satuan Pengawas Auditor Internal nya kami. Jadi nanti mereka akan bergerak secara diam diam untuk mencari tahu. Itu pun kita belum ada yang tahu karena sifatnya rahasia. Biasanya sih langsung ke kepala cabang nya. Nah kalau yang berhubungan dengan faskes baru nanti kepala cabang akan ke bidang terkait misalnya kalau faskes berarti ke saya atau Pak Heri gitu kan, ini ada laporan misalkan seperti itu MZ: Kalau terkait dengan WBS ini nanti ada insentif yang diberikan kepada orang yang melaporkan ga Bu? NV: Ga ada mbak. WBS itu bukan hanya sekedar untuk melaporkan kecurangan sih jadi itu bisa ketidakpuasan kita juga bisa gitu MZ: Terakhir nih Bu… peran masyarakat dalam membantu mendeteksi indikasi kecurangan di program JKN ini seberapa besar? NV: Perannya cukup besar sih mbak… biasanya melalui WBS itu pelaporannya

LAMPIRAN 7

Framework Matrices Kekurangan dan Kendala Implementasi Strategi di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta

	A : RM 3. Kekurangan dan Kendala	B : Kekurangan	C : 1. Koordinasi Tim Pencegahan Kecurangan Terpisah
1 : CA & DN 29 April 2025			MZ: Bu, kalau yang PK-JKN itu selain eksternal dari BPJS kaya Dinkes itu ada perwakilan dari faskesnya ga? DA: Ada tapi dari asosiasi faskes. Jadi ada organisasinya, kalau tingkat pertama itu Asklin, kemudian Arsi. Kalau rumah sakit itu Persi. MZ: Tapi kalau tim anti kecurangan gabungan dari internal BPJS dengan Faskes gitu ada Bu? DA: Ohh sudah ada, di faskes itu sudah ada tim sendiri.Jadi mereka punya sendiri, BPJS sendiri, Dinkes sendiri. Jadi masing-masing punya tim pencegahan sendiri.
2 : LT 29 April 2025			
3 : NV & LT 18 April 2025			LT: Paling itu sih mba.. yang paling dekat kan dinas kesehatan ya, itu dinas kesehatannya koperatif, kalau saat koordinasi dengan misalkan forum forum jajaran pimpinan daerah semuanya juga kooperatif. Kita juga setiap kota ada SK Tim PK-JKN, itu surat keputusan yang ditandatangani oleh pimpinan daerah itu kan artinya mereka berkomitmen dengan menunjuk siapa siapa saja yang berperan di tim pencegahan kecurangan kabupaten/kota. Jadi walikota itu menunjuk dari dinas kesehatan siapa saja yang berperan aktif di tim PK-JKN lalu mereka tanda tangan. Jadi pemerintah itu ya kooperatif, berkomitmen, dan mau bersama sama mencegah kecurangan. NV: Iya malah biasanya di faskes itu yang terjadi karena ada benturan kepentingan. Makanya itu mbak, karena unsur mereka ingin menaikkan pendapatan, jadi makanya melakukan cara-cara yang salah. Mengatasi hal itu, kita berikan warning saat verifikasi NV: Biasanya kita hybrid sih mbak menggunakan zoom. Biasanya kita meminta faskes untuk melaksanakan sosialiasi internal mandiri ke jajarannya masing masing. Selain kita mengundang, biasanya ngundang direktur, terus jajaran lain. Soalnya kalau kita sosialisasi keseluruh faskes itu yang dateng itu perwakilan ya, biasanya berhadir direktur atau tim siapa, baru nanti mereka harus sosialiasi ke tim dibawahnya masing masing. Tapi… itu dilakukan atau tidak, kita kurang tahu. Soalnya kalau kita absen sudah dilakukan atau belum, nanti dikira kita punya posisi yang lebih dibandingkan faskes, itu kan juga ga baik. Jadi, kita hanya memberikan saran, mereka melakukan atau tidak itu sudah di luar kewenangan kami.

	D : 2. Penerapan teknologi belum merata	E : 3. Sistem verifikasi sampling	F : 4. SPI terpusat
1 : CA & DN 29 April 2025	DA: Kalau bentuknya itu, biasanya kalau dari faskes itu kalau dulu ya seperti peminjaman kartu identitas, kalau sekarang kan tidak. Ada juga yang mungkin bisa terjadi juga, kalau misalkan fingerprint ini kan nomor 2 ya di FKRTL, kalau di FKTP blm ada fingerprint, jadi bisa juga itu pasien tidak hadir. Bisa juga pasien mengakses pelayanan yang seharusnya tidak dijaminkan, tapi biasanya juga mencoba tapi dari rumah sakit juga akan mengkonfirmasi ya. Jadi itu niatan dari peserta cuma bisa ke detect juga dari faskes. Misalnya pasien langsung masuk ke IGD, padahal IGD itu kan untuk pasien gawat darurat tapi dia langsung mau ke IGD agar bisa langsung ditangani. Tapi itu juga tergantung dokternya, itu emergency apa tidak.	RA: Karena kan dalam BPJS itu bentuk verifikasinya kita menggunakan sistem sampling, jadi itu pasti ada yang lolos, maksudnya ada yang tidak ikut sampling, makanya VPK itu salah satu cara untuk mengatasi ketidaksesuaian itu tadi. Artinya kita berlapis-lapis untuk melakukan deteksi. MZ: Berarti sampling itu dilakukan sebelum adanya VPK itu tadi Bu? RA: Iya, jadi itu untuk verifikasi pertama itu sampling.	Terus, WBS kan juga masuk ke pusat, nanti ada SPI. Nah kalau Satuan Pengawas Internal atau SPI itu ada sendiri bagiannya di kantor pusat.
2 : LT 29 April 2025			
3 : NV & LT 18 April 2025		Kemudian sekarang ini bulan Desember, kita ngecek pelayanan yang di bulan November yang sudah kita bayarkan. Kita cek ulang semacam sampling tapi sampling nya itu hampir 85% yang kita bayarkan. Karena kan semakin banyak kasus, ga mungkin satu per satu.	

	G : Kendala	H : 1. Penanganan kasus lintas institusi jadi lambat dan tidak sinkron
1 : CA & DN 29 April 2025		RA: Pun kalau misalkan ada temuan, kalau tidak ada kata sepakat dengan eksternal, eksternal ini yang dimaksud adalah mereka yang bekerjasama dengan BPJS, kita biasanya juga akan menaikkan ke TKMKB ya, Tim Kendali Mutu dan Pembiayaan. Jadi Tim TKMKB itu terdiri dari dokter dokter spesialis yang berkompeten sebagai narasumber. Jadi nanti ibaratnya kalau BPJS menemukan ooh ini harus sesuai dengan ini, kalau rumah sakit tidak setuju. Karena BPJS juga butuh mereka yang berkompeten maka kita taroh lah ke TKMKB. TKMKB itu dari berbagai bidang, bisa dari internal, obgyn, tergantung kasusnya nanti apa. Kalau misalkan kasusnya mengenai internal, kita ya tanya ke konsultan dokter internal. Jadi keputusan BPJS tidak semata-mata diambil sendirian, kita juga konsultasi ke eksternal yang benar-benar ahlinya. Itu semuanya dokter, ibaratnya mereka yang pembesar di rumah sakit. Itu yang tingkat sini ya, kalau yang pusat malah berupa berita acara kesepakatan kalau penyelesaian tindak lanjutnya. LT: Iya, jadi misalkan Mbak DN itu dokter tapi juga praktek di luar itu juga berbenturan kepentingannya. Lalu misal Mbak DN ini karyawan BPJS sebagai verifikator tapi melakukan pengajuan klaim, nah itu kan juga berbenturan kepentingannya. Jadi kita ada ketentuannya bahwa pegawai BPJS Kesehatan itu tidak boleh praktek, tidak boleh bekerja sama dengan faskes yang bekerjasama dengan BPJS. RA: Ya itu salah satu bentuk preventifnya ya pakta integritas itu, jadi integritas itu masuk ke dalam instansi kami. Kalau misal terjadi yang seperti itu, kita sebagai pegawai ya mundur. Ga bisa kalau pegawai BPJS sambil praktek di faskes yang bekerja sama dengan BPJS. LT: Lagian kita juga punya data siapa saja dokter yang praktek. Lengkap dengan SIP nya. Ya jadi kalau sudah di BPJS, di BPJS aja tidak bekerja di luar DA: Sebenarnya boleh praktek, tapi dengan faskes yang tidak bekerja sama dengan BPJS karena tidak berbenturan kepentingan. Tidak aku yang mengajukan klaim nya dan aku yang mengajukan verifikasi.
2 : LT 29 April 2025		
3 : NV & LT 18 April 2025		NV: Kalau dari faskes itu tantangannya gini Mbak… Faskes itu kan masih ada kepentingan internal ya. Kalau di faskes itu kan masih ada unsur bagaimana caranya meningkatkan pendapatan, nah itu yang nantinya menyebabkan benturan kepentingan dalam melakukan pencegahan kecurangan. NV: Iya malah biasanya di faskes itu yang terjadi karena ada benturan kepentingan. Makanya itu mbak, karena unsur mereka ingin menaikkan pendapatan, jadi makanya melakukan cara-cara yang salah. Mengatasi hal itu, kita berikan warning saat verifikasi

	I : 2. Potensi penyalahgunaan identitas peserta di FKTP yang belum ada fingerprint	J : 3. Potensi *fraud* lolos sampling
1 : CA & DN 29 April 2025	DA: Kalau bentuknya itu, biasanya kalau dari faskes itu kalau dulu ya seperti peminjaman kartu identitas, kalau sekarang kan tidak. Ada juga yang mungkin bisa terjadi juga, kalau misalkan fingerprint ini kan nomor 2 ya di FKRTL, kalau di FKTP blm ada fingerprint, jadi bisa juga itu pasien tidak hadir. Bisa juga pasien mengakses pelayanan yang seharusnya tidak dijaminkan, tapi biasanya juga mencoba tapi dari rumah sakit juga akan mengkonfirmasi ya. Jadi itu niatan dari peserta cuma bisa ke detect juga dari faskes. Misalnya pasien langsung masuk ke IGD, padahal IGD itu kan untuk pasien gawat darurat tapi dia langsung mau ke IGD agar bisa langsung ditangani. Tapi itu juga tergantung dokternya, itu emergency apa tidak.	
2 : LT 29 April 2025	Kalau bisa juga dari faskes itu kalau di FKTP, tingkat pertama itu misalnya harusnya rawat jalan tapi di mondokkan. Terus ada juga yang seharusnya pulang, tapi belum dipulangkan, itu juga ada. Kalau misalkan di rumah sakit itu, kita sering konfirmasi diagnosa sama prosedur yang dijalankan, itu juga bisa jadi ada potensi *upcoding*, tindakan yang dilakukan itu tidak sesuai sama yang diajukan ke kita, itu juga kita konfirmasi.	
3 : NV & LT 18 April 2025	Terus juga ada pemecahan serial itu juga bisa, seharusnya dibuat sekali sebulan tapi dibuat beberapa kali.	RA: Karena kan dalam BPJS itu bentuk verifikasinya kita menggunakan sistem sampling, jadi itu pasti ada yang lolos, maksudnya ada yang tidak ikut sampling, makanya VPK itu salah satu cara untuk mengatasi ketidaksesuaian itu tadi. Artinya kita berlapis-lapis untuk melakukan deteksi.

	K : 4. Proses audit menjadi tidak efisien
1 : CA & DN 29 April 2025	LT: Beda, mbak. SPI itu berdiri sendiri. Kalau AK-JKN kan Tim Anti Kecurangan, isinya kan setiap perwakilan bagian kantor cabang. Kalau Tim PK-JKN yang Pencegahan Kecurangan itu kan kabupaten kota. Jadi kalau AK itu internal kantor kami, kalau PK itu eksternal ada Dinkes, ada asosiasi profesi dan lain lain. Nah kalau Satuan Pengawas Internal atau SPI itu ada sendiri bagiannya di kantor pusat. Kalau dari eksternal, pengawasannya dari BPK, BPKP, OJK, KAP, dan KPK.
2 : LT 29 April 2025	RA: Jadi tiap tahun diaudit biasanya di Agustus - akhir tahun untuk menghindari penyimpangan
3 : NV & LT 18 April 2025	

LAMPIRAN 8

Framework Matrices Upaya Perbaikan Implementasi Strategi di BPJS Kesehatan Cabang Kota Yogyakarta

	A : RM 4. Saran dan Perbaikan	B : Kendala	C : 1. Penanganan kasus lintas institusi jadi lambat dan tidak sinkron
1 : CA & DN 29 April 2025			RA: Pun kalau misalkan ada temuan, kalau tidak ada kata sepakat dengan eksternal, eksternal ini yang dimaksud adalah mereka yang bekerjasama dengan BPJS, kita biasanya juga akan menaikkan ke TKMKB ya, Tim Kendali Mutu dan Pembiayaan. Jadi Tim TKMKB itu terdiri dari dokter dokter spesialis yang berkompeten sebagai narasumber. Jadi nanti ibaratnya kalau BPJS menemukan ooh ini harus sesuai dengan ini, kalau rumah sakit tidak setuju. Karena BPJS juga butuh mereka yang berkompeten maka kita taroh lah ke TKMKB. TKMKB itu dari berbagai bidang, bisa dari internal, obgyn, tergantung kasusnya nanti apa. Kalau misalkan kasusnya mengenai internal, kita ya tanya ke konsultan dokter internal. Jadi keputusan BPJS tidak semata-mata diambil sendirian, kita juga konsultasi ke eksternal yang benar-benar ahlinya. Itu semuanya dokter, ibaratnya mereka yang pembesar di rumah sakit. Itu yang tingkat sini ya, kalau yang pusat malah berupa berita acara kesepakatan kalau penyelesaian tindak lanjutnya. LT: Iya, jadi misalkan Mbak DN itu dokter tapi juga praktek di luar itu juga berbenturan kepentingannya. Lalu misal Mbak DN ini karyawan BPJS sebagai verifikator tapi melakukan pengajuan klaim, nah itu kan juga berbenturan kepentingannya. Jadi kita ada ketentuannya bahwa pegawai BPJS Kesehatan itu tidak boleh praktek, tidak boleh bekerja sama dengan faskes yang bekerjasama dengan BPJS. RA: Ya itu salah satu bentuk preventifnya ya pakta integritas itu, jadi integritas itu masuk ke dalam instansi kami. Kalau misal terjadi yang seperti itu, kita sebagai pegawai ya mundur. Ga bisa kalau pegawai BPJS sambil praktek di faskes yang bekerja sama dengan BPJS. LT: Lagian kita juga punya data siapa saja dokter yang praktek. Lengkap dengan SIP nya. Ya jadi kalau sudah di BPJS, di BPJS aja tidak bekerja di luar DA: Sebenarnya boleh praktek, tapi dengan faskes yang tidak bekerja sama dengan BPJS karena tidak berbenturan kepentingan. Tidak aku yang mengajukan klaim nya dan aku yang mengajukan verifikasi.
2 : LT 29 April 2025			
3 : NV & LT 18 April 2025			NV: Kalau dari faskes itu tantangannya gini Mbak… Faskes itu kan masih ada kepentingan internal ya. Kalau di faskes itu kan masih ada unsur bagaimana caranya meningkatkan pendapatan, nah itu yang nantinya menyebabkan benturan kepentingan dalam melakukan pencegahan kecurangan. NV: Iya malah biasanya di faskes itu yang terjadi karena ada benturan kepentingan. Makanya itu mbak, karena unsur mereka ingin menaikkan pendapatan, jadi makanya melakukan cara-cara yang salah. Mengatasi hal itu, kita berikan warning saat verifikasi

	G : Saran Perbaikan	H : 1. Pembentukan Tim Anti Kecurangan Kolaborasi Lintas Lembaga	I : 2. Implementasi fingerprint di semua FKTP	J : 3. Perubahan sistem sampling	K : 4. Pembentukan unit SPI di tingkat cabang
1 : CA & DN 29 April 2025					
2 : LT 29 April 2025					
3 : NV & LT 18 April 2025					