

Analisis Fraud dalam Pelayanan Kesehatan: Tinjauan Literatur atas Studi Kualitatif

Adi Suci Guntoro¹, Ali Fikri²

¹Program Studi Ilmu Kedokteran Program Doktor, Universitas Lambung Mangkurat

²Program Studi Magister Manajemen, Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Pancasetia

Corresponding Author: adisuciguntoro@gmail.com

ARTICLE INFO

Kata kunci: Asuransi Kesehatan; Fraud; HFGM; Studi Kualitatif

Menerima : 23 Maret 2026

Direvisi : 14 April 2026

Diterima : 29 April 2026

©2026 AS Guntoro, A Fikri :

Ini adalah artikel akses terbuka yang didistribusikan di bawah ketentuan [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)



ABSTRACT

Fraud dalam pelayanan kesehatan merupakan masalah serius yang mengancam keberlanjutan pembiayaan, mutu layanan, dan kepercayaan masyarakat terhadap sistem kesehatan. Bentuk fraud yang umum terjadi meliputi klaim palsu, upcoding, overbilling, tindakan medis yang tidak perlu, serta manipulasi administrasi. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi pola fraud pelayanan kesehatan dan mengembangkan model pencegahan berbasis tata kelola. Metode yang digunakan adalah literature review melalui tiga basis data ilmiah dengan rentang publikasi sepuluh tahun terakhir. Proses seleksi artikel mengikuti pedoman PRISMA, sedangkan kualitas studi dinilai menggunakan instrumen penilaian metodologis yang relevan. Dari 12.037 artikel yang teridentifikasi, sebanyak 20 artikel memenuhi kriteria inklusi, dan delapan artikel dipilih untuk analisis akhir. Hasil penelitian menunjukkan bahwa fraud dipengaruhi oleh lemahnya pengendalian internal, kegagalan tata kelola, budaya organisasi yang tidak etis, tekanan finansial, dan rendahnya pengawasan. Berdasarkan sintesis temuan, penelitian ini mengusulkan Model Tata Kelola Fraud Pelayanan Kesehatan (HFGM) yang terdiri atas lima pilar, yaitu kepemimpinan etis, pengendalian internal, deteksi fraud digital, budaya etika organisasi, dan mekanisme whistleblowing. Implementasi HFGM berpotensi menurunkan risiko fraud, meningkatkan efisiensi klaim, memperkuat akuntabilitas, dan meningkatkan kepercayaan publik terhadap sistem kesehatan.

PENDAHULUAN

Masalah fraud tersebar luas di seluruh dunia dan menimbulkan dampak yang sangat merugikan. Di sektor kesehatan, fraud tidak hanya menyebabkan kerugian finansial dalam jumlah besar, tetapi juga berpotensi menurunkan mutu pelayanan pasien karena melibatkan tindakan medis yang tidak perlu dan berisiko membahayakan. Fraud diperkirakan menghabiskan sekitar 10% dari anggaran kesehatan global (Thaifur, Maidin, Sidin, & Razak, 2021). Indonesia menempati peringkat ketiga dari 30 negara yang disurvei terkait jumlah kasus fraud. Association of Certified Fraud Examiners (ACFE) Indonesia Chapter dalam Survei Fraud Indonesia tahun 2019 mengungkapkan bahwa 4,2% kasus fraud yang dilaporkan terjadi pada industri kesehatan (Guntoro, Arifin, Noor, Iswanto, Ilmi, Rusli, Herawati, & Thalib, 2024).

Praktik fraud dan abuse dalam pelayanan kesehatan menjadi perhatian yang semakin besar dan merupakan masalah serius yang terus meningkat dari tahun ke tahun. Aktivitas fraud umumnya terjadi pada aspek manfaat, cakupan pembiayaan, dan proses pelayanan yang pada akhirnya mendorong peningkatan biaya kesehatan. Menurut Merriam-Webster Law Dictionary, setiap tindakan, kelalaian, pernyataan, atau penyembunyian fakta dalam pelayanan kesehatan yang dimaksudkan untuk menipu pihak lain dan merugikan pasien termasuk sebagai fraud. Bentuknya mencakup klaim palsu, skema penipuan terorganisir, penyembunyian fakta, manipulasi nilai layanan, dan representasi pelayanan yang tidak benar. Peningkatan klaim palsu juga sering dikaitkan dengan penyalahgunaan sistem asuransi kesehatan. Regulasi fraud pelayanan kesehatan umumnya melarang tiga perilaku utama, yaitu klaim palsu, suap, dan rujukan demi kepentingan pribadi (Waghade & Karandikar, 2018).

Lingkungan sosial budaya yang menjunjung nilai konsumerisme dan materialisme dapat memicu potensi fraud di rumah sakit. Motif pelaku juga mendorong tindakan tidak etis demi mencapai tujuan tertentu dengan merasionalisasi perilakunya sebagai sesuatu yang wajar (Crumbley & Ariail, 2020; Lorensa, Fallah, & Sanggenafa, 2018). Beberapa penelitian menemukan bahwa fraud banyak terjadi pada pelayanan pasien rumah sakit dan klaim asuransi kesehatan. Salah satu tantangan utama dalam pencegahan fraud adalah keyakinan manajemen puncak bahwa tindakan mereka bukanlah fraud karena merasa telah mematuhi seluruh aturan yang berlaku. Namun demikian, fraud masih menjadi persoalan global yang belum terselesaikan, khususnya di sektor kesehatan (Bauder, Khoshgoftaar, & Seliya, 2017).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Sowah, Kuuboore, Ofoli, Kwofie, Asiedu, Koumadi, dan Apeadu (2019), sistem kesehatan di Amerika Serikat sangat terdampak oleh fraud, pemborosan, dan abuse. Fraud merupakan tindakan yang merugikan pihak lain demi keuntungan finansial pelaku. Aktivitas ini dapat dilakukan oleh pihak internal maupun eksternal yang memiliki kendali terhadap proses organisasi atau sistem institusi, terutama pada sektor kesehatan. Kerugian akibat fraud diperkirakan mencapai 10% dari pengeluaran kesehatan global (Gee, Button, & Brooks, 2016; Sowah, Kuuboore, Ofoli, Kwofie, Asiedu, Koumadi, & Apeadu, 2019). Selain itu, pembiayaan kesehatan yang sangat besar juga menjadi ancaman serius bagi perekonomian dan masyarakat Amerika Serikat, termasuk tingginya pengeluaran akibat klaim fraud (Stowell, Schmidt, & Wadlinger, 2018).

Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk melakukan systematic qualitative literature review dengan pendekatan meta-synthesis guna mengidentifikasi pola fraud, aktor yang terlibat, faktor penyebab, serta strategi pencegahan dalam pelayanan kesehatan. Penelitian ini memiliki urgensi yang tinggi baik secara akademik maupun praktis. Secara akademik, penelitian ini berkontribusi dalam mengisi kesenjangan literatur dengan mengintegrasikan temuan studi kualitatif yang selama ini terfragmentasi, sekaligus

memperkaya pengembangan teori terkait fraud dalam konteks organisasi pelayanan kesehatan.

TINJAUAN PUSTAKA

Konsep Fraud dalam Pelayanan Kesehatan

Fraud dalam pelayanan kesehatan merupakan tindakan penipuan yang dilakukan secara sengaja untuk memperoleh keuntungan finansial atau manfaat tertentu melalui penyalahgunaan sistem pelayanan kesehatan. Fraud dapat dilakukan oleh individu maupun kelompok yang terlibat dalam ekosistem kesehatan, seperti tenaga medis, manajemen fasilitas kesehatan, peserta asuransi, vendor, maupun pihak ketiga lainnya (Guntoro, Arifin, Noor, Iswanto, Ilmi, Rusli, Herawati, & Thalib, 2024).

Bentuk fraud umumnya meliputi klaim palsu, manipulasi diagnosis, upcoding, overbilling, pemberian layanan yang tidak diperlukan, serta pemalsuan dokumen administratif (Thaifur, Maidin, Sidin, & Razak, 2021). Berbeda dengan kesalahan administratif biasa, fraud memiliki unsur kesengajaan, menyembunyian fakta, serta adanya tujuan memperoleh keuntungan secara tidak sah. Oleh karena itu, fraud dipandang sebagai ancaman serius terhadap keberlanjutan pembiayaan kesehatan dan mutu pelayanan pasien (Guntoro, Arifin, Iswanto, Noor, Marlinae, Rusli, & Muslim, 2025).

Fraud dalam Perspektif Teori

Salah satu teori yang paling banyak digunakan dalam menjelaskan fraud adalah Fraud Triangle Theory yang dikembangkan oleh Cressey. Teori ini menyatakan bahwa fraud terjadi karena adanya tiga unsur utama, yaitu tekanan (pressure), kesempatan (opportunity), dan rasionalisasi (rationalization). Tekanan dapat berupa kebutuhan ekonomi, target organisasi, maupun tekanan sosial. Kesempatan muncul ketika sistem pengendalian internal lemah, sedangkan rasionalisasi terjadi ketika pelaku membenarkan tindakannya sebagai sesuatu yang wajar (Utami, Astiti, & Mohamed, 2019).

Dalam perkembangannya, beberapa peneliti menambahkan unsur kemampuan (capability) sehingga berkembang menjadi Fraud Diamond Theory. Pada sektor kesehatan, kemampuan teknis mengenai sistem klaim, coding diagnosis, dan prosedur pembayaran menjadi faktor penting yang memungkinkan fraud dilakukan secara sistematis (Guntoro, Arifin, Noor, Iswanto, Ilmi, Rusli, Herawati, & Thalib, 2024).

Fraud pada Sistem Pembiayaan Kesehatan

Sistem pembiayaan kesehatan berbasis klaim, kapitasi, maupun pembayaran paket seperti INA-CBGs memiliki efisiensi tinggi, tetapi juga membuka peluang fraud apabila pengawasan tidak berjalan optimal. Pada sistem klaim, fraud sering muncul dalam bentuk klaim layanan yang tidak sesuai, manipulasi diagnosis, atau peningkatan tingkat keparahan penyakit agar tarif pembayaran lebih besar (Maidin & Palutturi, 2016; Thaifur, Maidin, Sidin, & Razak, 2021).

Dalam konteks Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), kompleksitas hubungan antara BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, peserta, dan regulator menjadikan pengendalian fraud sebagai agenda penting. Besarnya dana yang dikelola menuntut adanya sistem tata kelola yang transparan dan akuntabel agar risiko penyimpangan dapat ditekan (Guntoro, Arifin, Iswanto, Noor, Marlinae, Rusli, & Muslim, 2025).

Pengendalian Internal dan Pencegahan Fraud

Pengendalian internal merupakan mekanisme utama dalam mencegah fraud di organisasi kesehatan. Sistem ini mencakup kebijakan, prosedur, struktur organisasi, pemisahan fungsi, audit internal, dan monitoring berkelanjutan. Pengendalian internal yang efektif dapat mempersempit peluang fraud serta meningkatkan kepatuhan pegawai terhadap aturan organisasi (Nawawi & Salin, 2018).

Selain pengendalian formal, budaya organisasi juga berperan penting. Organisasi dengan nilai integritas yang kuat, kepemimpinan etis, dan toleransi rendah terhadap penyimpangan cenderung memiliki risiko fraud yang lebih kecil (Suh, Shim, & Button, 2018).

Teknologi Digital dalam Deteksi Fraud

Perkembangan teknologi informasi telah mendorong penggunaan sistem digital dalam mendeteksi fraud pelayanan kesehatan. Metode seperti data mining, machine learning, artificial intelligence, dan predictive analytics dapat digunakan untuk mengidentifikasi pola klaim tidak wajar, duplikasi layanan, atau transaksi mencurigakan secara cepat dan akurat (Bauder, Khoshgoftaar, & Seliya, 2017; Waghade & Karandikar, 2018).

Pemanfaatan teknologi ini sangat relevan bagi sistem kesehatan modern yang memiliki volume data besar dan transaksi kompleks. Oleh karena itu, integrasi antara pengawasan manual dan teknologi digital menjadi pendekatan ideal dalam pencegahan fraud (Santoso, Hendrartini, Rianto, & Trisnantoro, 2018).

Kerangka Pemikiran Penelitian

Berdasarkan uraian tersebut, fraud pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh interaksi antara faktor individu, kelemahan organisasi, serta kompleksitas sistem pembiayaan. Oleh sebab itu, penelitian ini menelaah berbagai studi kualitatif untuk memahami pola fraud secara lebih mendalam dan merumuskan Model Tata Kelola Fraud Pelayanan Kesehatan (HFGM) sebagai kerangka konseptual pencegahan fraud yang terintegrasi (Guntoro, Arifin, Noor, Iswanto, Ilmi, Rusli, Herawati, & Thalib, 2024; Guntoro, Arifin, Iswanto, Noor, Marlinae, Rusli, & Muslim, 2025).

METODOLOGI

Penelitian ini menggunakan pendekatan systematic qualitative literature review dengan metode meta-synthesis untuk mengintegrasikan temuan dari berbagai studi kualitatif terkait fraud dalam pelayanan kesehatan. Proses pelaksanaan systematic review dalam penelitian ini mengacu pada pedoman Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), yang mencakup tahapan identifikasi, penyaringan, kelayakan, dan inklusi studi. Selain itu, kualitas metodologis studi yang diikutsertakan dinilai menggunakan instrumen Critical Appraisal Skills Programme (CASP) untuk penelitian kualitatif.

Kriteria Kelayakan

Artikel yang diikutsertakan dalam penelitian ini adalah artikel ilmiah peer-reviewed berbahasa Inggris yang diterbitkan dalam kurun waktu 10 tahun terakhir (2015–2025) dan menggunakan metodologi kualitatif untuk mengeksplorasi fraud pelayanan kesehatan pada berbagai setting, seperti rumah sakit, sistem asuransi kesehatan, serta institusi kesehatan publik maupun swasta. Studi yang memenuhi syarat harus melaporkan data primer kualitatif, seperti wawancara mendalam atau focus group discussion, yang berkaitan dengan deteksi fraud, faktor penyebab, tipologi fraud, maupun tata kelola fraud. Artikel berupa editorial, komentar, artikel konseptual murni, studi kuantitatif, mixed methods tanpa temuan kualitatif yang terpisah, dan grey literature dikeluarkan dari telaah ini.

Sumber Informasi

Pencarian literatur dilakukan melalui tiga basis data akademik utama, yaitu PubMed/MEDLINE, ScienceDirect, dan Google Scholar. Selain itu, penelusuran tambahan

dilakukan melalui daftar pustaka artikel yang terpilih. Proses pencarian akhir diselesaikan pada 30 Januari 2026.

Strategi Pencarian

Kata kunci Boolean yang digunakan adalah: ("healthcare fraud" OR "insurance fraud") AND ("qualitative study" OR "interview" OR "focus group") AND (hospital OR insurance OR "health service"). Filter bahasa Inggris dan rentang publikasi 10 tahun terakhir diterapkan pada setiap basis data. Strategi pencarian disesuaikan dengan karakteristik masing-masing database.

Proses Seleksi

Seleksi artikel dilakukan dalam tiga tahap, yaitu:

1. Penyaringan judul dan abstrak
2. Telaah full text
3. Penilaian akhir berdasarkan kriteria inklusi

Dua penelaah melakukan proses seleksi secara independen. Perbedaan pendapat diselesaikan melalui diskusi hingga mencapai konsensus. Diagram alur PRISMA digunakan untuk mendokumentasikan proses seleksi artikel.

Proses Ekstraksi Data

Data diekstraksi menggunakan formulir standar yang mencakup identitas studi, metode penelitian, lokasi studi, karakteristik partisipan, fokus penelitian, dan temuan utama terkait fraud pelayanan kesehatan. Proses ekstraksi dilakukan secara independen oleh dua penelaah dan diverifikasi silang untuk menjamin konsistensi.

Penilaian Kualitas Studi

Kualitas metodologis studi yang diikutsertakan dinilai menggunakan Critical Appraisal Skills Programme (CASP) checklist untuk penelitian kualitatif. Aspek yang dinilai meliputi kejelasan tujuan penelitian, kesesuaian metodologi, desain penelitian, strategi rekrutmen, pengumpulan data, reflektivitas, pertimbangan etik, analisis data, dan pelaporan hasil penelitian.

Teknik Analisis Data (Meta-synthesis)

Analisis data dilakukan menggunakan pendekatan meta-synthesis melalui beberapa tahap, yaitu:

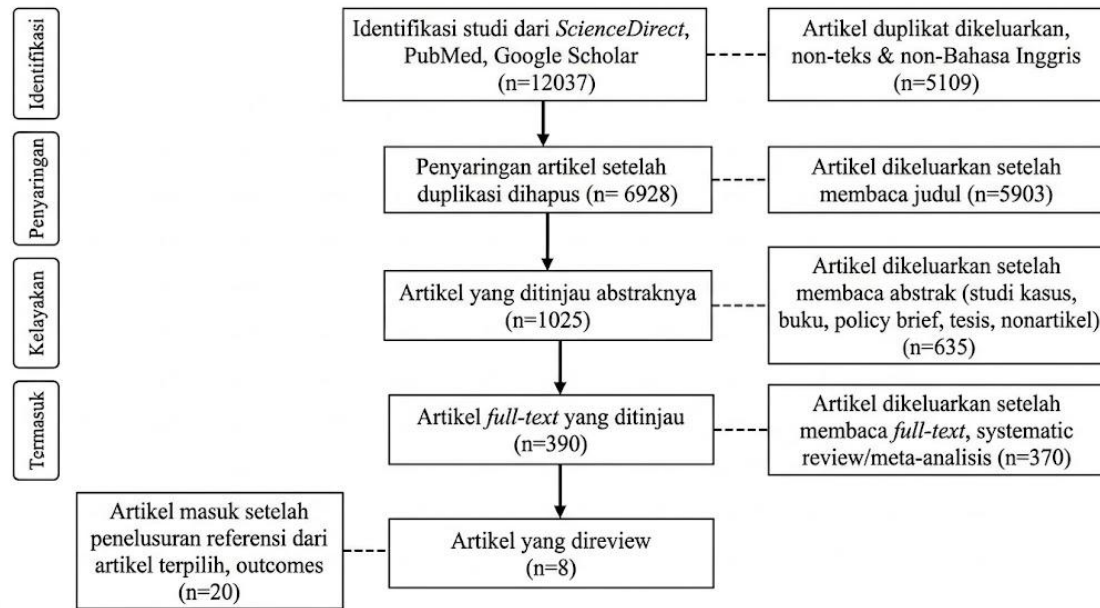
1. Membaca secara mendalam temuan setiap studi,
2. Melakukan *open coding* terhadap konsep-konsep utama,
3. Mengelompokkan kode ke dalam tema-tema yang serupa (*thematic grouping*), dan
4. Mengembangkan sintesis interpretatif untuk menghasilkan pola, hubungan antar konsep, serta kerangka konseptual yang lebih luas.

Pendekatan ini memungkinkan peneliti untuk mengidentifikasi tema yang konsisten maupun kontradiktif antar studi, serta menghasilkan pemahaman baru yang tidak dapat diperoleh dari masing-masing studi secara terpisah. Hasil dari proses meta-synthesis ini menjadi dasar dalam pengembangan model konseptual *Healthcare Fraud Governance Model* (HFGM).

HASIL

Berdasarkan strategi pencarian pada tiga basis data selama periode 2015–2025, diperoleh sebanyak 12.037 artikel. Setelah proses penyaringan judul, abstrak, dan full text sesuai kriteria inklusi dan eksklusi, sebanyak 20 artikel memenuhi syarat untuk penilaian

lanjutan. Dari jumlah tersebut, delapan artikel dipilih sebagai studi akhir dalam literatur review ini. Proses seleksi artikel disajikan melalui diagram alur PRISMA.



Gambar 1. Diagram Alur Literatur

Tabel 1. Ringkasan Studi Terpilih

Judul	Penulis, Tahun	Subjek	Metode, Instrumen	Hasil
The Study of Implementation of National Health	Maidin & Palutturi, 2016	Rumah sakit, BPJS Kesehatan, puskesmas, dinas terkait, dokter keluarga, pasien	Kualitatif, triangulasi metode dan sumber	Pada tahap awal implementasi masih banyak masalah yang belum terselesaikan, meliputi sosialisasi program JKN, kebijakan dan kelembagaan, transformasi program, kepesertaan, SDM, sistem rujukan, sarana pelayanan, pembiayaan, risiko fraud, kepuasan peserta, dan dampak terhadap provider.

Judul	Penulis, Tahun	Subjek	Metode, Instrumen	Hasil
Implementasi Pengendalian Internal pada Pencegahan dan pendeteksian Fraud Rumah sakit di Bojonegoro	Rosyida, et al, 2018	SDM rumah sakit	Kualitatif, pedoman wawancara	Deteksi fraud tidak dapat dipisahkan dari pemahaman terhadap pemicu dan pelaku fraud. Pencegahan dilakukan melalui penerapan sistem manajemen rumah sakit dan pengendalian internal.
Potential Fraud in Primary Healthcare	Faturrohman & Dewi, 2018	Kepala puskesmas dan kepala klinik swasta	Kualitatif	Potensi fraud di FKTP berkaitan dengan kebijakan pimpinan, sumber daya manusia, audit operasional, manajemen pelayanan kesehatan, dan pengelolaan dana kapitasi.
Understanding the Types of Fraud in Claims to South African Medical Schemes	Legotlo et al., 2018	Perawat, dokter, pegawai rumah sakit	Kualitatif, pedoman wawancara	Fraud dilakukan secara internal maupun eksternal oleh individu maupun unit tertentu, yaitu provider layanan kesehatan, tenaga medis, pegawai, dan sindikat.
Analysis of Employee and Management Fraud in Tanzania	Zuberi & Mzenzi, 2019	Manajer dan pegawai	Kualitatif, pedoman wawancara dan kuesioner	Menjelaskan tiga faktor utama penyebab fraud, yaitu motivasi, rasionalisasi, dan kesempatan.
Potential for Fraud of Health Service Claims to BPJS Kesehatan	Palutturi et al., 2019	Manajemen rumah sakit dan pasien	Kualitatif, pedoman wawancara	Ditemukan potensi fraud berupa upaya memperoleh

Judul	Penulis, Tahun	Subjek	Metode, Instrumen	Hasil
at Tenriawaru Public Hospital, Bone Regency, Indonesia			dan telaah dokumen	keuntungan melalui klaim kesehatan tidak sah, bentuk fraud dalam pengajuan klaim, serta tindakan pencegahan oleh pihak terkait.
Fraud Detection in Indonesia National Health Insurance Implementation: a Phenomenology Experience From Hospital	Ardini et al, 2020	Manajer BPJS Kesehatan, pemangku kepentingan rumah sakit, pasien	Kualitatif, fenomenologi interpretatif	Fraud dan moral hazard dapat terjadi dalam implementasi BPJS Kesehatan, termasuk hubungan antara provider dan pasien dalam pelayanan kesehatan.
The Potential of Hospital Fraud in the Indonesia National Health Insurance Era (a Descriptive Phenomenological Research)	Khoiri et al., 2020	Petugas administrasi pasien, tenaga medis, manajemen rumah sakit	Kualitatif, fenomenologi deskriptif dan wawancara	Pengetahuan dan sikap rumah sakit terhadap fraud serta gambaran praktik fraud menunjukkan adanya potensi penyimpangan dalam implementasi JKN dan menjadi dasar pengembangan indikator fraud.

Tabel 1 menunjukkan bahwa dari delapan artikel jurnal yang ditelaah, tiga penelitian membahas potensi fraud (Fathurrohman & Dewi, 2018; Khoiri et al., 2020; Palutturi et al., 2019), pelaku dan jenis fraud (Ardini et al., 2020; Legotlo & Mutezo, 2018; Maidin & Palutturi, 2016), faktor penyebab fraud (Maidin & Palutturi, 2016; Palutturi et al., 2019; Zuberi & Mzenzi, 2019), deteksi fraud (Ardini et al., 2020; Rosyida, 2018), serta pencegahan fraud (Legotlo & Mutezo, 2018; Maidin & Palutturi, 2016; Palutturi et al., 2019; Rosyida, 2018). Berdasarkan delapan studi tersebut, metode penelitian yang digunakan didominasi oleh pendekatan kualitatif dengan desain fenomenologi (Fathurrohman & Dewi, 2018; Khoiri et al., 2020; Palutturi et al., 2019; Rosyida, 2018), studi kasus (Legotlo & Mutezo, 2018), serta teknik analisis data berupa triangulasi metode dan sumber (Maidin & Palutturi, 2016). Selain itu, terdapat pula penggunaan analisis korelasi, analisis deskriptif, dan principal component analysis (Zuberi & Mzenzi, 2019).

Karakteristik Studi Terpilih

Delapan artikel yang terpilih menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain penelitian yang beragam, seperti fenomenologi, studi kasus, wawancara mendalam, dan triangulasi data. Lokasi penelitian berasal dari beberapa negara, antara lain Indonesia, Afrika Selatan, dan Tanzania.

Tema utama yang dibahas dalam studi-studi tersebut meliputi:

1. Potensi fraud dalam pelayanan kesehatan
2. Pelaku dan bentuk fraud
3. Faktor penyebab fraud
4. Deteksi fraud
5. Pencegahan fraud

Meskipun konteks geografis dan institusional berbeda, seluruh studi memiliki kesamaan dalam menyoroiti fraud sebagai fenomena yang kompleks, melibatkan interaksi antara faktor individu, organisasi, dan sistem.

Potensi Fraud

Beberapa studi menunjukkan adanya potensi fraud pada fasilitas kesehatan akibat lemahnya sistem pencegahan, belum adanya sanksi tegas, rendahnya pemahaman petugas coding terhadap INA-CBGs, serta keterbatasan sumber daya manusia (Fathurrohman & Dewi, 2018; Khoiri, Hidayat, Chalidyanto, & Suhariadi, 2020; Palutturi, Makkurade, Ahri, & Putri, 2019).

Pelaku dan Bentuk Fraud

Pelaku fraud berasal dari berbagai pihak, yaitu penyedia layanan kesehatan, pasien, pegawai asuransi, tenaga medis, maupun sindikat tertentu (Ardini, Maryam, & Munaa, 2020; Legotlo & Mutezo, 2018). Bentuk fraud yang paling banyak ditemukan antara lain:

1. klaim palsu
2. upcoding
3. overbilling
4. tindakan medis tidak perlu
5. klaim ganda
6. readmission tidak wajar
7. pengajuan manfaat yang tidak dijamin

Faktor Penyebab Fraud

Studi menunjukkan bahwa fraud dipengaruhi oleh tiga faktor utama (Zuberi & Mzenzi, 2019), yaitu:

1. Motivasi
2. Rasionalisasi
3. Kesempatan

Deteksi dan Pencegahan Fraud

Deteksi fraud berkaitan dengan pemahaman terhadap pemicu fraud dan identifikasi pihak yang berpotensi melakukan fraud. Strategi pencegahan yang ditemukan meliputi penguatan regulasi, audit internal, peningkatan pengendalian internal, edukasi pegawai, serta pembangunan budaya integritas organisasi (Ardini, Maryam, & Munaa, 2020; Maidin & Palutturi, 2016; Rosyida, 2018).

PEMBAHASAN

Hasil telaah menunjukkan bahwa fraud dalam pelayanan kesehatan merupakan persoalan multidimensi yang melibatkan aspek individu, organisasi, serta sistem pembiayaan kesehatan secara keseluruhan. Fraud tidak hanya muncul karena adanya niat dari pelaku, tetapi juga dipengaruhi oleh lemahnya tata kelola organisasi, rendahnya pengawasan, serta terbukanya peluang dalam proses administrasi dan klaim. Kondisi tersebut menjadikan fraud sebagai masalah sistemik yang memerlukan penanganan menyeluruh, bukan sekadar pendekatan hukum terhadap individu pelaku.

Pada konteks rumah sakit, tekanan finansial, tuntutan efisiensi operasional, target pelayanan, serta kompleksitas administrasi klaim dapat mendorong munculnya perilaku manipulatif. Bentuk penyimpangan yang sering terjadi antara lain upcoding, overbilling, klaim ganda, dan pemberian tindakan medis yang tidak diperlukan. Jika situasi tersebut tidak diimbangi dengan sistem pengendalian internal yang kuat, fraud dapat berkembang menjadi kebiasaan yang dianggap normal dalam organisasi. Dalam jangka panjang, kondisi ini berpotensi menurunkan kualitas layanan dan merugikan keberlanjutan keuangan fasilitas kesehatan.

Dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, risiko fraud menjadi isu yang sangat penting karena besarnya dana yang dikelola serta luasnya cakupan peserta. Sistem pembayaran berbasis klaim menuntut akurasi data, kepatuhan prosedur, dan transparansi seluruh pihak yang terlibat. Oleh karena itu, pencegahan fraud tidak cukup dilakukan melalui audit setelah kejadian, tetapi harus diarahkan pada strategi preventif melalui manajemen risiko fraud, digitalisasi proses klaim, serta monitoring berbasis data secara real time. Pendekatan preventif akan lebih efektif dibandingkan penindakan setelah kerugian terjadi.

Temuan dalam studi ini juga menegaskan pentingnya kepemimpinan etis dalam organisasi kesehatan. Pimpinan yang konsisten menjunjung transparansi, akuntabilitas, dan integritas cenderung menciptakan lingkungan kerja yang memiliki toleransi rendah terhadap fraud. Sebaliknya, lemahnya keteladanan pimpinan, pengabaian terhadap pelanggaran kecil, atau orientasi berlebihan pada target finansial dapat menciptakan budaya permisif terhadap penyimpangan. Dengan demikian, kepemimpinan tidak hanya berfungsi administratif, tetapi juga sebagai penentu arah budaya organisasi.

Selain kepemimpinan, mekanisme whistleblowing system menjadi instrumen penting dalam mendeteksi fraud sejak dini. Sistem pelaporan internal memungkinkan pegawai atau pihak lain menyampaikan dugaan penyimpangan tanpa harus menunggu audit formal. Namun demikian, efektivitas whistleblowing sangat bergantung pada adanya perlindungan pelapor, jaminan kerahasiaan identitas, kemudahan akses pelaporan, dan tindak lanjut yang jelas dari manajemen. Tanpa unsur tersebut, pegawai cenderung enggan melapor karena takut terhadap tekanan atau pembalasan.

Secara keseluruhan, upaya pencegahan fraud memerlukan pendekatan komprehensif yang menggabungkan penguatan regulasi, pengendalian internal, pemanfaatan teknologi digital, pembangunan budaya etika, serta komitmen kepemimpinan. Strategi tersebut sejalan dengan Model Tata Kelola Fraud Pelayanan Kesehatan / *Healthcare Fraud Governance Model* (HFGM) yang diusulkan dalam artikel ini. Model tersebut menempatkan fraud sebagai risiko tata kelola yang harus dicegah melalui sistem organisasi yang terintegrasi, berkelanjutan, dan adaptif terhadap perubahan lingkungan pelayanan kesehatan.

Integrasi Temuan dengan Perspektif Teori Tata Kelola

Hasil penelitian ini juga dapat dijelaskan melalui perspektif teori tata kelola (*governance theory*), yang menekankan pentingnya transparansi, akuntabilitas, dan mekanisme kontrol dalam organisasi. Kelemahan dalam sistem pengawasan yang

ditemukan dalam berbagai studi menunjukkan adanya kesenjangan antara desain kebijakan dan implementasi di lapangan.

Selain itu, konsep *institutional theory* juga relevan dalam menjelaskan bagaimana praktik fraud dapat menjadi “terlembagakan” dalam organisasi tertentu, terutama ketika terdapat budaya permisif dan normalisasi perilaku menyimpang. Dalam konteks ini, fraud tidak lagi dipandang sebagai penyimpangan, tetapi sebagai praktik yang dianggap “biasa” dalam sistem.

IMPLIKASI KEBIJAKAN DAN REKOMENDASI

Temuan penelitian ini memberikan sejumlah implikasi penting bagi pemerintah, regulator, BPJS Kesehatan, serta manajemen fasilitas kesehatan dalam memperkuat sistem pencegahan fraud. Fraud dalam pelayanan kesehatan tidak dapat dipandang sebagai pelanggaran individual semata, melainkan sebagai risiko tata kelola yang dapat mengancam keberlanjutan pembiayaan kesehatan nasional. Oleh karena itu, kebijakan pencegahan fraud perlu dirancang secara sistematis, terukur, dan berkelanjutan.

Pertama, pemerintah dan regulator perlu memperkuat kebijakan anti-fraud melalui penyempurnaan regulasi, standar pengawasan, serta mekanisme sanksi yang jelas dan konsisten. Regulasi yang baik harus diikuti dengan implementasi yang efektif di lapangan melalui pengawasan berkala, pendampingan teknis, dan evaluasi berkelanjutan. Selain itu, harmonisasi kebijakan antara kementerian, BPJS Kesehatan, dan fasilitas kesehatan juga diperlukan agar tidak terjadi tumpang tindih aturan.

Kedua, fasilitas kesehatan perlu membangun sistem pengendalian internal yang lebih kuat. Langkah ini dapat dilakukan melalui penyusunan standar operasional prosedur (SOP) yang jelas, pemisahan fungsi kerja, audit internal rutin, serta pengawasan terhadap proses coding dan klaim. Pengendalian internal yang efektif akan mempersempit peluang terjadinya fraud serta meningkatkan akuntabilitas organisasi.

Ketiga, transformasi digital perlu dimanfaatkan sebagai instrumen utama dalam deteksi fraud. Penggunaan data analytics, artificial intelligence, dashboard monitoring klaim, dan sistem peringatan dini dapat membantu mengidentifikasi pola klaim tidak wajar secara lebih cepat dan akurat. Dengan dukungan teknologi, proses pengawasan tidak lagi bersifat manual dan reaktif, tetapi menjadi prediktif dan berbasis risiko.

Keempat, penguatan budaya etika organisasi harus menjadi prioritas manajemen. Nilai integritas, profesionalisme, dan kepatuhan perlu ditanamkan melalui pelatihan berkala, internalisasi kode etik, serta keteladanan pimpinan. Organisasi yang memiliki budaya etis kuat cenderung lebih tahan terhadap perilaku menyimpang dibandingkan organisasi yang hanya mengandalkan pengawasan formal.

Kelima, fasilitas kesehatan perlu menyediakan mekanisme whistleblowing system yang aman, mudah diakses, dan menjamin perlindungan pelapor. Sistem ini penting untuk membuka ruang pelaporan dugaan fraud dari pegawai maupun pihak eksternal. Namun, efektivitasnya sangat bergantung pada komitmen organisasi dalam menjaga kerahasiaan identitas dan menindaklanjuti laporan secara objektif.

Model Tata Kelola Fraud Pelayanan Kesehatan (HFGM)



Gambar 2. Model *Healthcare Fraud Governance Model (HFGM) 2026*

Berdasarkan temuan tersebut, artikel ini merekomendasikan penerapan Model Tata Kelola Fraud Pelayanan Kesehatan (HFGM) sebagai kerangka strategis pencegahan fraud. Model ini mengintegrasikan lima pilar utama, yaitu kepemimpinan etis, pengendalian internal, deteksi fraud digital, budaya etika, dan whistleblowing mechanism. Implementasi model ini diharapkan mampu menurunkan risiko fraud, meningkatkan efisiensi pembiayaan, serta memperkuat kepercayaan publik terhadap sistem kesehatan nasional.

KESIMPULAN DAN SARAN

Fraud dalam pelayanan kesehatan merupakan persoalan kompleks dan berkelanjutan yang menimbulkan dampak finansial, operasional, serta etis bagi sistem kesehatan. Berbagai bentuk fraud terjadi pada proses pelayanan, administrasi klaim, dan tata kelola organisasi, dengan melibatkan beragam aktor seperti fasilitas kesehatan, tenaga medis, pasien, maupun pihak lain yang memanfaatkan celah sistem. Temuan kajian ini menunjukkan bahwa fraud tidak hanya dipicu oleh motif individu, tetapi juga oleh lemahnya pengendalian internal, rendahnya budaya integritas, tekanan finansial, serta kurang optimalnya pengawasan organisasi.

Hasil literature review menegaskan bahwa upaya pencegahan fraud harus dilakukan secara komprehensif melalui kombinasi kebijakan regulatif, penguatan sistem pengawasan, peningkatan kapasitas sumber daya manusia, serta pemanfaatan teknologi digital. Pendekatan tersebut lebih efektif dibandingkan strategi yang hanya berfokus pada penindakan setelah fraud terjadi. Dalam konteks ini, Model Tata Kelola Fraud Pelayanan Kesehatan (HFGM) yang diusulkan dalam artikel ini dapat menjadi kerangka strategis dalam membangun sistem pencegahan fraud yang lebih terintegrasi dan berkelanjutan.

Berdasarkan temuan penelitian, beberapa saran yang dapat diajukan adalah sebagai berikut. Pertama, pemerintah dan regulator perlu memperkuat implementasi kebijakan anti-fraud melalui pengawasan berkala, harmonisasi regulasi, dan penegakan sanksi yang konsisten. Kedua, fasilitas kesehatan perlu meningkatkan efektivitas pengendalian internal, terutama pada proses coding, verifikasi klaim, dan audit internal. Ketiga,

pemanfaatan teknologi informasi seperti data analytics dan sistem peringatan dini perlu diperluas untuk mendeteksi pola fraud secara lebih cepat dan akurat. Keempat, organisasi pelayanan kesehatan perlu menanamkan budaya integritas melalui pelatihan etika, keteladanan pimpinan, serta mekanisme whistleblowing yang aman dan terpercaya. Kelima, penelitian selanjutnya perlu menguji implementasi model HFGM secara empiris pada berbagai jenis fasilitas kesehatan guna memperkuat dasar kebijakan anti-fraud di Indonesia.

REFERENSI

- Ardini, L., Maryam, D., & Munaa, N. (2020). Fraud detection in Indonesia National Health Insurance implementation: A phenomenology experience from hospital. *Proceeding 1st International Conference on Business & Social Sciences*, 1(1), 263–270.
- Bauder, R., Khoshgoftaar, T. M., & Seliya, N. (2017). A survey on the state of healthcare upcoding fraud analysis and detection. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 17(1), 31–55. <https://doi.org/10.1007/s10742-016-0154-8>
- Crumbley, D. L., & Ariail, D. L. (2020). A different approach to detecting fraud and corruption: A Venn diagram fraud model. *Journal of Forensic and Investigative Accounting*, 12(2), 241–260.
- Esnawati, M., & Primasari, D. (2022). Akuntansi forensik dan audit investigasi dalam mengidentifikasi fraud. *International Student Conference on Accounting and Business*, 1(1), 165–178.
- Fathurrohman, N., & Dewi, A. (2018). Potential fraud in the primary healthcare. *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, 7(3), 196–204. <https://doi.org/10.18196/jmmr.7373>
- Gee, J., Button, M., & Brooks, G. (2016). The financial cost of healthcare fraud. *Servamus Community-Based Safety and Security Magazine*, 28–31.
- Guntoro, A. S., Arifin, S., Noor, M. S., Iswanto, A. H., Ilmi, B., Rusli, R., Herawati., & Thalib, A. (2024). Fraud in the implementation of the health insurance program: A systematic literature review. *Pakistan Journal of Life and Social Sciences*, 22(1), 4311–4320. <https://doi.org/10.57239/PJLSS-2024-22.1.00315>.
- Guntoro, A. S., Arifin, S., Iswanto, A. H., Noor, M. S., Marlinae, L., Rusli, R., & Muslim, H. M. (2025). Fraud pada penagihan klaim jaminan kesehatan nasional. *Uwais Inspirasi Indonesia*.
- Guntoro, A. S., Kusumo, K. H., Almawan, M., Prasety, Y., Krisima, M., Novalita, W., & Herliani, Y. (2025). Analysis of Satisfaction of National Health Insurance Participants on Service Quality in Hospitalized Patients at Kuala Kurun Regional Hospital: A Cross-Sectional Study. *Jurnal Publikasi Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 12(1), 29–38. <https://doi.org/10.20527/jpkmi.v12i1.21696>
- Guntoro, A. S., Kusumo, K. H., Komarudin, A., Krisima, M., & Prasetya, Y. Village Government Strategies to Achieve Universal Health Coverage. *Jurnal Berkala Kesehatan*, 11(1), 22–31. <http://dx.doi.org/10.20527/jbk.v11i1.21662>
- Khoiri, A., Hidayat, W., Chalidyanto, D., & Suhariadi, F. (2020). Potential of hospital fraud in the Indonesia National Health Insurance era (A descriptive phenomenological research). *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 14(3), 1132–1136. <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v14i3.10527>
- Legotlo, T. G., & Mutezo, A. (2018). Understanding the types of fraud in claims to South African medical schemes. *South African Medical Journal*, 108(4), 299–303. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2018.v108i4.12758>
- Lorensa, C. N., Fallah, S., & Sanggenafa, M. A. (2018). Pengaruh budaya organisasi dan peran auditor internal terhadap pencegahan kecurangan dengan komponen struktur <https://journal.ruangeduberjaya.com/index.php/JMBK>

- pengendalian internal sebagai variabel intervening. *Jurnal Akuntansi dan Keuangan Daerah*, 13(2), 13–25.
- Maidin, A., & Palutturi, S. (2016). Kajian implementasi Jaminan Kesehatan Nasional lintas provinsi (Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat) tahun 2014. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 5(3), 96–100.
- Nawawi, A., & Salin, A. S. A. P. (2018). Internal control and employees' occupational fraud on expenditure claims. *Journal of Financial Crime*, 25(3), 891–906. <https://doi.org/10.1108/JFC-07-2017-0067>
- Palutturi, S., Makkurade, S. R., Ahri, R. A., & Putri, A. S. E. (2019). Potential for fraud of health service claims to BPJS Health at Tenriawaru Public Hospital, Bone Regency, Indonesia. *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, 8(5), 70–90.
- Rosyida, I. A. (2018). Implementasi pengendalian internal pada pencegahan dan pendeteksian fraud rumah sakit di Bojonegoro. *Ekonika: Jurnal Ekonomi Universitas Kadiri*, 3(1), 47–62. <https://doi.org/10.30737/ekonika.v3i1.106>
- Santoso, B., Hendrartini, J., Rianto, B. U. D., & Trisnantoro, L. (2018). System for detection of National Healthcare Insurance fraud based on computer application. *Public Health of Indonesia*, 4(2), 46–56. <https://doi.org/10.36685/phi.v4i2.199>
- Sari, I. K., & Rifas, H. (2024). Considerations of religion and situational factors, internal control on the occurrency of fraud trends: An experimental study of the financial services sector in Indonesia. *Journal of Islamic Economics and Business Ethics*, 1(2), 56–74.
- Sowah, R. A., Kuuboore, M., Ofoli, A., Kwofie, S., Asiedu, L., Koumadi, K. M., & Apeadu, K. O. (2019). Decision support system (DSS) for fraud detection in health insurance claims using genetic support vector machines (GSVMs). *Journal of Engineering*, 2019, 1–19. <https://doi.org/10.1155/2019/1432597>
- Stowell, N. F., Schmidt, M., & Wadlinger, N. (2018). Healthcare fraud under the microscope: Improving its prevention. *Journal of Financial Crime*, 25(4), 1039–1061. <https://doi.org/10.1108/JFC-05-2017-0041>
- Suh, J. B., Shim, H. S., & Button, M. (2018). Exploring the impact of organizational investment on occupational fraud: Mediating effects of ethical culture and monitoring control. *International Journal of Law, Crime and Justice*, 53, 46–55. <https://doi.org/10.1016/j.ijlcj.2018.02.003>
- Syamsul Arifin, F. I. S. P. H., Anggun Wulandari, S. K. M., Rika Vira Zwagery, S., Fauzie Rahman, S. K. M., Adi Suci Guntoro, S. K. M., AAK, M., ... & Arina Alifia Nur Assyifa, S. K. M. (2026). Pencegahan Fraud Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Sinergi Good Corporate Governance Dan Budaya Organisasi Di Rumah Sakit. *Uwais Inspirasi Indonesia*.
- Thaifur, A. Y. B. R., Maidin, A. M., Sidin, A. I., & Razak, A. (2021). How to detect healthcare fraud? A systematic review. *Gaceta Sanitaria*, 35(Suppl. 2), S441–S449. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.07.022>
- Utami, I., Astiti, Y. W., & Mohamed, N. (2019). Fraud intention and Machiavellianism: An experimental study of fraud triangle. *International Journal of Financial Research*, 10(5), 269–279. <https://doi.org/10.5430/ijfr.v10n5p269>
- Waghade, S. S., & Karandikar, A. M. (2018). A comprehensive study of healthcare fraud detection based on machine learning. *International Journal of Applied Engineering Research*, 13(6), 4175–4178.
- Zuberi, O., & Mzenzi, S. I. (2019). Analysis of employee and management fraud in Tanzania. *Journal of Financial Crime*, 26(2), 412–431. <https://doi.org/10.1108/JFC-01-2018-0007>