

**FRAUD SISTEMIK DALAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL:  
STUDI KUALITATIF TENTANG KESENJANGAN TATA KELOLA DI  
KALIMANTAN SELATAN, INDONESIA**

**Ahyar Wahyudi<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Gemilang Mutu Akreditasi (GEMA)

<sup>2</sup>Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan

[orange.kelabu@gmail.com](mailto:orange.kelabu@gmail.com)

**ABSTRACT**

Fraud within Indonesia's National Health Insurance (JKN) system has increasingly manifested as a systemic governance challenge rather than isolated administrative misconduct. This study aims to critically examine governance gaps in fraud prevention by analyzing JKN fraud reports (2024–2025), audit findings, and relevant scholarly literature in South Kalimantan. Adopting a qualitative approach within a post-positivist paradigm, the research applies critical thematic analysis using a multi-gap framework, including empirical, policy-implementation, institutional, data and technology, financial control, and literature gaps. The findings uncover a fundamental contradiction between the absence of reported fraud cases and the presence of significant systemic weaknesses identified in audit reports. This paradox reflects underreporting and detection failure rather than effective fraud control. Fraud in JKN emerges as a systemic phenomenon shaped by fragmented institutional arrangements, weak data integration, limited analytical capacity, and misaligned incentive structures embedded within the healthcare financing system. Moreover, dominant theoretical approaches, such as fraud triangle and moral hazard, are insufficient to capture this complexity, as they primarily emphasize individual behavior while overlooking structural and governance dimensions. This study advances the conceptualization of “fraud as system failure” and introduces the notion of governance illusion, where low fraud reporting masks underlying vulnerabilities in detection systems. The study proposes a shift toward a risk-based and data-driven fraud prevention model, emphasizing integrated governance, predictive analytics, and early detection mechanisms. Strengthening data interoperability, redefining the operational role of fraud prevention teams, and enhancing pre-claim validation are critical to building a more adaptive, accountable, and resilient healthcare governance system.

**Keywords:** *Health Insurance Fraud; National Health Insurance (JKN); Governance Gaps; Systemic Fraud; Risk-Based Fraud Prevention; Healthcare Governance; Data Integration*

**A. LATAR BELAKANG**

Dalam arsitektur sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), isu *fraud* tidak lagi dapat diposisikan sebagai penyimpangan administratif yang bersifat kasuistik, melainkan telah berkembang menjadi persoalan struktural yang berpotensi mengganggu keberlanjutan sistem pembiayaan kesehatan. Secara global, praktik *fraud* dalam sistem asuransi kesehatan diperkirakan menyumbang kerugian sebesar

3%–10% dari total pengeluaran kesehatan, yang dalam nilai absolut mencapai ratusan miliar dolar setiap tahunnya (Islam et al., 2025). Angka ini menunjukkan bahwa *fraud* bukan sekadar risiko operasional, melainkan ancaman sistemik terhadap efisiensi dan legitimasi sistem kesehatan.

Dalam mekanisme pembiayaan berbasis *Diagnosis-Related Group* (DRG), potensi *fraud* semakin kompleks. Sistem pembayaran berbasis paket seperti DRG—yang juga diadopsi dalam INA-CBGs di Indonesia—dirancang untuk meningkatkan efisiensi melalui standar tarif tetap. Namun, sistem ini secara inheren membuka ruang manipulasi melalui praktik *seperti upcoding, misclassification*, dan dokumentasi klinis yang tidak akurat (Anzola, 2025). Bahkan, kesalahan pengkodean dalam sistem DRG diproyeksikan menyebabkan *overpayment* hingga miliaran dolar, menegaskan bahwa kelemahan dalam validasi klaim dapat berdampak signifikan terhadap integritas pembiayaan kesehatan (Anzola, 2025). Dengan demikian, *fraud* dalam sistem JKN tidak dapat dilepaskan dari desain insentif dalam sistem pembiayaan itu sendiri.

Namun demikian, kompleksitas *fraud* tidak hanya bersumber dari desain sistem, tetapi juga dari dinamika kelembagaan dan tata kelola. Studi empiris menunjukkan bahwa praktik *fraud* dalam JKN mencakup berbagai bentuk, seperti *phantom billing*, manipulasi diagnosis, klaim ganda, hingga pelayanan yang tidak sesuai indikasi medis (Agustini et al., 2025). Praktik-praktik ini tidak hanya berdampak pada kerugian finansial, tetapi juga mengurangi akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi peserta.

Menariknya, jika ditarik ke dalam kerangka teoretis, fenomena ini tidak sepenuhnya dapat dijelaskan oleh model klasik seperti *fraud triangle*. Studi Fauzia dan Rani (2025) menunjukkan bahwa variabel seperti tekanan, peluang, dan rasionalisasi tidak selalu signifikan dalam menjelaskan *fraud* di sektor kesehatan Indonesia, sehingga mengindikasikan adanya faktor eksternal dan struktural yang lebih dominan. Temuan ini memperkuat argumen bahwa *fraud* dalam sistem kesehatan merupakan fenomena kompleks yang tidak dapat direduksi menjadi perilaku individu semata, melainkan harus dipahami dalam kerangka sistemik dan institusional.

Lebih jauh lagi, dalam perspektif *governance*, *fraud* dalam sistem asuransi kesehatan sangat dipengaruhi oleh dinamika moral hazard dan interaksi antar aktor. Studi Liu et al. (2023) menunjukkan bahwa perilaku *fraud* dalam sistem asuransi kesehatan dipengaruhi oleh struktur insentif, biaya *fraud*, serta efektivitas mekanisme pengawasan. Peningkatan sanksi dan penguatan sistem pengendalian terbukti dapat mendorong sistem menuju kondisi non-*fraud*. Hal ini menunjukkan bahwa keberhasilan pencegahan *fraud* sangat bergantung pada desain kebijakan dan implementasi *governance* yang efektif.

Namun, di sinilah muncul kontradiksi empiris yang signifikan dalam penelitian ini. Laporan *fraud* tahun 2025 di Provinsi Kalimantan Selatan menunjukkan tidak adanya laporan kasus *fraud* pada beberapa periode tertentu. Secara administratif, hal ini dapat diinterpretasikan sebagai keberhasilan sistem pengendalian. Akan tetapi, jika dikaitkan dengan temuan audit independen, interpretasi tersebut menjadi problematis.

Dalam Laporan Hasil Evaluasi BPKP Nomor PE.09.03/LHP-18/PW16/2/2024, ditemukan berbagai kelemahan mendasar dalam tata kelola pembiayaan kesehatan, termasuk ketidaklengkapan dokumen klaim sebesar Rp7,94 miliar serta tunggakan klaim mencapai Rp346,76 miliar. Selain itu, BPKP juga menemukan bahwa tim pencegahan *fraud* belum menyusun laporan *fraud* secara memadai, yang menunjukkan lemahnya implementasi sistem pengendalian internal. Temuan ini diperkuat dalam LHP Nomor PE.09.03/LHP-218/PW16/2/2024, yang menegaskan bahwa meskipun tim *fraud* telah dibentuk, pelaksanaan pengawasan masih bersifat administratif dan belum berbasis sistem yang terintegrasi.

Kontradiksi antara nihilnya laporan *fraud* dengan kuatnya indikasi kelemahan sistem pengendalian ini membentuk *empirical gap* yang signifikan. Gap ini menunjukkan adanya perbedaan antara realitas administratif (*reported fraud*) dan realitas faktual (*actual fraud risk*), yang dalam literatur sering dikaitkan dengan fenomena *underreporting* dan *detection failure*.

Selain itu, terdapat pula *policy-implementation gap* yang mencolok. Meskipun Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 telah mengatur secara komprehensif mekanisme pencegahan *fraud*, berbagai studi menunjukkan bahwa implementasinya masih belum optimal. Evaluasi kebijakan *fraud* JKN menunjukkan adanya lemahnya koordinasi antar aktor, rendahnya efektivitas pengawasan, serta belum optimalnya pemanfaatan teknologi dalam deteksi *fraud* (Inggi & Achadi, 2024). Bahkan, beberapa penelitian menyebutkan bahwa regulasi tersebut cenderung stagnan dan belum mampu menjawab dinamika *fraud* yang semakin kompleks (Yulita et al., 2025).

Lebih lanjut, terdapat *institutional gap* yang ditandai dengan lemahnya koordinasi antar pemangku kepentingan. Studi evaluasi realistis di tingkat daerah menunjukkan bahwa tim *fraud* seringkali hanya berfungsi secara administratif, dengan kapasitas teknis yang terbatas dan koordinasi yang lemah dengan BPJS Kesehatan (Wulan et al., 2025). Kondisi ini memperkuat temuan BPKP bahwa sistem pengawasan *fraud* belum terintegrasi secara efektif.

Di sisi lain, terdapat pula data dan teknologi gap yang signifikan. Studi Hamid et al. (2024) menunjukkan bahwa deteksi *fraud* dalam sistem kesehatan menghadapi tantangan besar terkait kompleksitas data, kualitas data, serta keterbatasan sistem analitik. Padahal, perkembangan teknologi seperti *data mining* dan *machine learning* telah terbukti mampu meningkatkan efektivitas deteksi *fraud* secara signifikan. Ketidaksiapan sistem dalam mengadopsi pendekatan berbasis data ini menyebabkan deteksi *fraud* masih bersifat reaktif dan tidak mampu mengidentifikasi pola kecurangan secara dini.

Selain itu, terdapat pula *financial control gap* yang ditunjukkan oleh adanya ketidaksesuaian antara klaim dan verifikasi, serta lemahnya dokumentasi pendukung klaim sebagaimana ditemukan oleh BPKP. Gap ini menunjukkan bahwa sistem kendali biaya dan mutu belum berjalan secara optimal, sehingga membuka ruang bagi potensi *fraud* dalam skala yang lebih luas.

Dari perspektif akademik, kondisi ini juga mencerminkan adanya *literature gap*. Meskipun berbagai studi telah membahas *fraud* dalam JKN, sebagian besar masih bersifat deskriptif dan belum mengintegrasikan perspektif sistemik yang

menghubungkan desain pembiayaan, tata kelola, dan perilaku organisasi. Selain itu, masih terbatas penelitian longitudinal dan berbasis data empiris yang mampu mengukur efektivitas kebijakan pencegahan *fraud* secara komprehensif (Inggi & Achadi, 2024).

Dengan demikian, seluruh temuan tersebut menunjukkan bahwa *fraud* dalam sistem JKN merupakan fenomena multidimensional yang tidak dapat dijelaskan secara parsial. Ia merupakan hasil interaksi kompleks antara desain sistem pembiayaan, kelemahan tata kelola, keterbatasan teknologi, serta dinamika perilaku organisasi. Laporan *fraud* tahun 2024 dan 2025, ketika dikorelasikan dengan temuan BPKP dan diperkuat oleh literatur ilmiah, tidak hanya mencerminkan kondisi faktual, tetapi juga mengungkap kegagalan sistem dalam mendeteksi, mencegah, dan mengelola risiko *fraud* secara efektif.

Berdasarkan latar belakang tersebut, artikel ini bertujuan untuk menganalisis secara kritis laporan pencegahan dan penanganan *fraud* JKN tahun 2024 dan 2025 dengan mengintegrasikan temuan audit BPKP serta berbagai perspektif literatur ilmiah, guna mengidentifikasi dan menjelaskan berbagai gap yang terjadi—meliputi *empirical gap*, *policy-implementation gap*, *institutional gap*, *data and technology gap*, *financial control gap*, serta *literature gap*—sebagai dasar untuk merumuskan penguatan sistem pencegahan *fraud* yang lebih adaptif, berbasis data, dan terintegrasi dalam kerangka tata kelola kesehatan yang akuntabel dan berkelanjutan.

## **B. METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan paradigma post-positivistik, yang memandang realitas *fraud* dalam sistem JKN sebagai fenomena kompleks, tidak tunggal, dan terbentuk dari interaksi berbagai aktor, struktur, serta sistem pembiayaan kesehatan. Secara ontologis, *fraud* diposisikan bukan sekadar sebagai deviasi perilaku individual, melainkan sebagai konstruksi sosial-institusional yang bersifat sistemik dan dinamis. Oleh karena itu, realitas yang dikaji tidak dipahami sebagai sesuatu yang objektif sepenuhnya, tetapi sebagai hasil dari relasi antara data administratif, praktik lapangan, dan interpretasi kebijakan.

Dari sisi epistemologi, penelitian ini mengadopsi pendekatan kritis-interpretatif, dengan menempatkan pengetahuan sebagai hasil konstruksi yang diperoleh melalui proses triangulasi berbagai sumber. Data dikumpulkan melalui analisis dokumen, meliputi laporan *fraud* JKN tahun 2024–2025, laporan evaluasi BPKP, serta literatur ilmiah relevan. Pendekatan ini memungkinkan peneliti untuk membandingkan antara *reported fraud* dan *actual fraud risk*, serta mengidentifikasi gap sistemik yang tidak terlihat secara administratif.

Secara aksiologis, penelitian ini berorientasi pada nilai perbaikan tata kelola dan integritas sistem kesehatan, dengan tujuan menghasilkan rekomendasi yang tidak hanya bersifat konseptual, tetapi juga aplikatif dalam penguatan sistem pencegahan *fraud* berbasis risiko.

Teknik analisis yang digunakan adalah analisis tematik kritis (*critical thematic analysis*) dengan pendekatan multi-gap framework, yang mengidentifikasi berbagai celah seperti *empirical gap*, *policy-implementation gap*, *institutional gap*, *data and technology gap*, serta *financial control gap*. Proses analisis dilakukan

melalui tahapan reduksi data, kategorisasi tematik, serta interpretasi kritis untuk membangun sintesis konseptual. Dengan demikian, metodologi ini memungkinkan memahami fraud JKN secara lebih utuh sebagai fenomena sistemik yang memerlukan pendekatan integratif dan berbasis risiko dalam tata kelola kesehatan.

### **C. HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **Gambaran Umum Implementasi Pencegahan *Fraud* JKN**

Implementasi pencegahan *fraud* dalam Program JKN di Provinsi Kalimantan Selatan pada periode 2024–2025 secara formal menunjukkan adanya struktur kelembagaan yang relatif lengkap, namun secara fungsional masih berada pada tahap konsolidasi awal. Berdasarkan laporan kegiatan Tim *Fraud*, baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota, telah dibentuk tim pencegahan dan penanganan kecurangan yang melibatkan unsur Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, serta perwakilan fasilitas pelayanan kesehatan. Struktur ini secara konseptual sejalan dengan mandat regulasi nasional, khususnya Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 yang menekankan pendekatan multi-aktor dalam pencegahan *fraud*. Namun demikian, sebagaimana juga diindikasikan dalam kajian kebijakan, keberadaan struktur formal tidak selalu menjamin efektivitas implementasi, terutama ketika tidak diiringi dengan kejelasan fungsi, kapasitas teknis, dan integrasi sistem (Inggi & Achadi, 2024).

Dalam perspektif teoritis, kondisi ini mencerminkan fenomena *institutional isomorphism*, di mana pembentukan struktur organisasi dilakukan untuk memenuhi tuntutan regulatif, tetapi belum sepenuhnya diinternalisasi dalam praktik operasional. Hal ini sejalan dengan temuan Wulan et al. (2025) yang menunjukkan bahwa tim pencegahan *fraud* di tingkat daerah seringkali hanya berfungsi secara administratif, dengan keterbatasan kewenangan dan kapasitas teknis. Dengan demikian, meskipun secara struktural sistem telah terbentuk, secara substantif implementasinya masih bersifat simbolik.

Dari sisi pola kegiatan, implementasi pencegahan *fraud* didominasi oleh aktivitas *monitoring* dan evaluasi yang dilakukan secara periodik oleh tim provinsi ke kabupaten/kota. Kegiatan ini umumnya berbentuk kunjungan lapangan, pertemuan koordinasi, serta diskusi dengan pemangku kepentingan lokal, termasuk rumah sakit dan puskesmas. Selain itu, terdapat pula kegiatan sosialisasi terkait pencegahan *fraud*, meskipun intensitas dan cakupannya masih terbatas. Pola ini menunjukkan bahwa pendekatan yang digunakan masih berbasis *compliance activity*, bukan *risk-based system*.

Dalam literatur internasional, pendekatan seperti ini dinilai kurang efektif dalam menghadapi kompleksitas *fraud* modern. Sistem pencegahan *fraud* yang efektif seharusnya berbasis data, analitik, dan deteksi dini yang terintegrasi dalam siklus klaim (Hamid et al., 2024). Bahkan, dalam konteks sistem DRG, penguatan *pre-payment validation* menjadi kunci untuk mencegah terjadinya *overpayment* akibat kesalahan coding atau manipulasi klaim (Anzola, 2025). Dengan demikian, dominasi pendekatan administratif dalam implementasi JKN menunjukkan adanya *analytical gap* yang signifikan antara praktik di lapangan dan perkembangan *best practices global*.

Distribusi wilayah pelaksanaan kegiatan menunjukkan bahwa hampir seluruh kabupaten/kota di Kalimantan Selatan telah menjadi lokasi monitoring dan evaluasi, seperti Tapin, Tanah Bumbu, Tabalong, Kotabaru, Hulu Sungai Tengah, Hulu Sungai Selatan, Balangan, Banjar, dan Banjarbaru. Cakupan geografis ini menandakan adanya komitmen pemerintah daerah untuk melakukan pembinaan secara merata. Namun demikian, keseragaman wilayah intervensi tidak selalu berbanding lurus dengan keseragaman kualitas implementasi.

Dalam beberapa daerah, tim *fraud* telah terbentuk dan mulai berfungsi, sementara di daerah lain masih bersifat administratif tanpa aktivitas nyata yang berkelanjutan. Variasi ini mencerminkan adanya *capacity gap* antar daerah, yang dalam literatur sering dikaitkan dengan perbedaan sumber daya, kepemimpinan, dan dukungan kelembagaan. Studi Agustini et al. (2025) juga menegaskan bahwa efektivitas pencegahan *fraud* sangat bergantung pada kapasitas organisasi dan koordinasi antar aktor, sehingga ketimpangan kapasitas ini berpotensi menciptakan celah dalam sistem pengawasan.

Peran aktor dalam implementasi pencegahan *fraud* juga memperlihatkan dinamika yang kompleks. Dinas Kesehatan berperan sebagai koordinator utama dalam pelaksanaan *monitoring* dan evaluasi, sekaligus sebagai penghubung antara kebijakan provinsi dan implementasi di daerah. BPJS Kesehatan berfungsi sebagai mitra strategis, khususnya dalam aspek verifikasi klaim dan penyediaan data kepesertaan. Sementara itu, rumah sakit dan puskesmas menjadi aktor operasional yang berada di garis depan pelayanan sekaligus titik paling rentan terhadap potensi *fraud*.

Namun demikian, sebagaimana ditunjukkan dalam temuan BPKP, peran ini belum sepenuhnya didukung oleh sistem pengendalian internal yang kuat. Misalnya, masih ditemukan kelemahan dalam dokumentasi klaim dan belum optimalnya fungsi tim *fraud* internal di fasilitas kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun aktor telah teridentifikasi dengan jelas, mekanisme kerja dan standar operasionalnya belum terinstitusionalisasi secara efektif.

Interaksi antar aktor ini secara konseptual mencerminkan pendekatan *collaborative governance*. Namun dalam praktiknya, hubungan antar institusi masih cenderung bersifat koordinatif daripada integratif. Pertukaran informasi belum berjalan optimal, standar operasional belum seragam, dan mekanisme pengawasan belum terhubung dalam satu sistem yang utuh. Studi Liu et al. (2023) menunjukkan bahwa efektivitas pencegahan *fraud* sangat bergantung pada konsistensi insentif dan koordinasi antar aktor. Tanpa integrasi yang kuat, sistem akan cenderung menghasilkan *moral hazard equilibrium*, di mana perilaku *fraud* tetap bertahan karena lemahnya pengawasan.

Selain itu, terdapat pula indikasi bahwa pendekatan pencegahan *fraud* masih belum sepenuhnya memanfaatkan teknologi informasi. Padahal, berbagai studi menunjukkan bahwa penggunaan *data mining*, *machine learning*, dan sistem berbasis *blockchain* dapat meningkatkan akurasi deteksi *fraud* serta efisiensi proses klaim (Islam et al., 2025; Hamid et al., 2024). Ketidadaan sistem berbasis data ini menyebabkan deteksi *fraud* masih bergantung pada observasi manual dan laporan administratif, yang rentan terhadap keterlambatan dan *underreporting*.

Lebih jauh lagi, dimensi budaya organisasi juga turut mempengaruhi implementasi pencegahan *fraud*. Studi tentang *fraud* di sektor Indonesia menunjukkan bahwa faktor budaya, seperti toleransi terhadap penyimpangan atau lemahnya mekanisme *whistleblowing*, dapat mengurangi efektivitas sistem pengendalian formal (Apsari & Chariri, 2025). Hal ini menunjukkan bahwa pencegahan *fraud* tidak hanya memerlukan sistem dan regulasi, tetapi juga transformasi budaya organisasi yang mendukung integritas.

Dengan demikian, gambaran implementasi pencegahan *fraud* JKN tahun 2024–2025 menunjukkan bahwa sistem telah terbentuk secara struktural, namun belum matang secara fungsional. Aktivitas yang dilakukan masih bersifat episodik dan administratif, belum berbasis sistem analitik yang berkelanjutan. Koordinasi antar aktor masih bersifat parsial, kapasitas kelembagaan bervariasi antar wilayah, serta pemanfaatan teknologi masih terbatas. Kondisi ini memperkuat temuan literatur bahwa efektivitas pencegahan *fraud* tidak hanya ditentukan oleh keberadaan kebijakan dan struktur, tetapi oleh kemampuan sistem untuk mengintegrasikan data, aktor, dan proses dalam satu kerangka tata kelola yang adaptif dan berbasis risiko.

#### **Kontradiksi antara Laporan *Fraud* dan Realitas Temuan Lapangan**

Jika laporan formal dijadikan satu-satunya rujukan, maka narasi yang muncul seolah sistem telah berjalan baik: *fraud* rendah, pengendalian berjalan, dan tata kelola relatif terkendali. Namun ketika data tersebut dibenturkan dengan temuan audit, dinamika klaim, serta realitas operasional di lapangan, muncul satu paradoks yang tidak bisa diabaikan—*fraud* tidak hilang, tetapi tidak terlihat. Di sinilah kontradiksi epistemik dalam sistem JKN mulai terbuka.

Laporan Tim *Fraud* tingkat provinsi menunjukkan indikasi yang tampak “tenang”. Dalam beberapa periode pelaporan, bahkan dinyatakan tidak terdapat aduan *fraud* yang signifikan. Namun, ketenangan ini justru perlu dicurigai, bukan dirayakan. Sebab dalam literatur global, *fraud* kesehatan secara inheren bersifat laten, tersembunyi, dan sulit dideteksi secara langsung. *International Social Security Association* (ISSA) menegaskan bahwa *fraud* dalam sistem kesehatan “*by nature hidden and difficult to assess*”, bahkan metode deteksi tradisional seringkali hanya mampu menangkap sebagian kecil dari fenomena yang sebenarnya terjadi.

Kontradiksi ini menjadi semakin tajam ketika dibandingkan dengan temuan audit eksternal. Dalam Laporan Hasil Pemeriksaan BPKP Provinsi Kalimantan Selatan Nomor PE.09.03/LHP-218/PW16/2/2024, misalnya, ditemukan berbagai persoalan mendasar yang justru berkorelasi langsung dengan potensi *fraud*. Salah satu temuan paling krusial adalah ketiadaan basis data kepesertaan JKN yang valid dan terintegrasi, yang menyebabkan ketergantungan penuh pada data BPJS tanpa mekanisme verifikasi lokal. Dalam perspektif governance, kondisi ini bukan sekadar kelemahan administratif, melainkan ruang terbuka bagi moral hazard dan manipulasi sistemik.

Lebih jauh, laporan BPKP juga mengindikasikan adanya ketidaksesuaian data kependudukan dengan data kepesertaan JKN, yang bahkan menghasilkan capaian UHC di atas 100% pada beberapa wilayah. Secara logika kebijakan, fenomena ini tidak mungkin terjadi tanpa adanya distorsi data. Dan dalam literatur *fraud*, distorsi

data adalah salah satu indikator awal dari praktik manipulasi klaim atau setidaknya *administrative gaming*.

Di sisi lain, laporan evaluasi tahun sebelumnya (Nomor PE.09.03/LHP-18/PW16/2/2024) juga menyoroti adanya selisih pembayaran klaim yang dibayarkan BPJS dibandingkan dengan realisasi layanan, serta keterlambatan dan ketidaklengkapan dokumen klaim. Temuan ini mengindikasikan bahwa sistem klaim tidak hanya rentan terhadap error, tetapi juga membuka kemungkinan terjadinya overclaim, upcoding, atau misclassification—fenomena yang secara global telah banyak diidentifikasi sebagai bentuk fraud terselubung dalam sistem DRG/INA-CBGs.

Kontradiksi ini semakin kompleks ketika ditarik ke dalam dinamika operasional fasilitas kesehatan. Dalam praktik audit klaim, sebagaimana diuraikan oleh Daisley dan Mortier (2026), bahkan kesalahan dokumentasi kecil dapat diinterpretasikan sebagai *overpayment* dan berujung pada pengembalian dana dalam jumlah besar melalui mekanisme *extrapolation*. Artinya, batas antara “*error administratif*” dan “*fraud*” menjadi kabur. Dalam kondisi ini, sistem pelaporan fraud yang hanya berbasis pada aduan formal jelas tidak memadai untuk menangkap realitas yang jauh lebih kompleks.

Lebih jauh lagi, studi tentang *coding accuracy* menunjukkan bahwa hingga 26% diagnosis utama dapat mengalami kesalahan pengkodean (Albagmi, 2024). Dalam sistem berbasis klaim seperti JKN, angka ini bukan sekadar statistik teknis, tetapi implikasi langsung terhadap pembiayaan. Kesalahan *coding* dapat menghasilkan pembayaran yang tidak sesuai, baik dalam bentuk underpayment maupun *overpayment*. Namun yang lebih penting, sebagian besar kesalahan ini tidak pernah tercatat sebagai fraud dalam laporan resmi.

Di sinilah konsep *information asymmetry* menjadi relevan. Zhang, Chen, dan Yao (2021) menunjukkan bahwa dalam sistem asuransi kesehatan, terdapat ketimpangan informasi antara provider, payer, dan regulator yang menciptakan ruang bagi *adverse selection* dan moral hazard. Dalam JKN, ketimpangan ini diperparah oleh lemahnya integrasi data dan minimnya kapasitas analitik di tingkat daerah. Akibatnya, sistem lebih banyak bergantung pada klaim yang “terlihat benar” secara administratif, tanpa mampu menilai validitas substantifnya.

Lebih problematik lagi, penggunaan teknologi seperti *Computer-Assisted Coding* (CAC) yang seharusnya meningkatkan akurasi justru dalam beberapa studi meningkatkan *discrepancy rate* hingga 12–15% jika tidak disertai verifikasi manusia (AHIMA, 2021). Ini menegaskan bahwa modernisasi sistem tidak otomatis menutup celah fraud, bahkan dalam beberapa kasus justru menciptakan bentuk baru dari *system-induced error* yang sulit dibedakan dari fraud.

Dalam kerangka yang lebih luas, fenomena ini menunjukkan adanya *governance illusion*—di mana sistem tampak berjalan baik berdasarkan indikator formal, tetapi menyimpan deviasi substantif di dalamnya. Laporan fraud yang rendah tidak serta-merta mencerminkan sistem yang bersih, melainkan bisa jadi menunjukkan kegagalan sistem deteksi.

Kontradiksi antara laporan dan realitas ini pada akhirnya mengarah pada satu kesimpulan kritis bahwa fraud dalam sistem JKN bukan sekadar masalah perilaku

individu, tetapi merupakan produk dari kelemahan struktural dalam desain sistem, tata kelola data, dan mekanisme pengawasan.

Dengan demikian, memahami fraud hanya dari angka laporan adalah simplifikasi yang menyesatkan. Yang dibutuhkan bukan sekadar peningkatan jumlah laporan fraud, tetapi transformasi cara sistem memahami, mendeteksi, dan mengantisipasi deviasi—dari pendekatan reaktif berbasis laporan menuju pendekatan proaktif berbasis analitik, integrasi data, dan audit sistemik.

#### **Diskrepansi antara Permenkes No.16/2019 dan Praktik Lapangan**

Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 secara normatif dirancang sebagai instrumen pengendalian sistemik untuk mencegah dan menangani kecurangan (fraud) dalam Program JKN. Regulasi ini tidak sekadar administratif, melainkan mengandung asumsi bahwa sistem kesehatan dapat dikendalikan melalui kombinasi mekanisme kelembagaan, sistem informasi, serta perilaku aktor layanan kesehatan. Namun, ketika norma tersebut diturunkan ke dalam praktik lapangan, justru muncul diskrepansi yang bersifat struktural, bukan sekadar teknis. Diskrepansi ini tidak hanya memperlihatkan kegagalan implementasi, tetapi juga mengindikasikan adanya ketidaksinkronan antara desain kebijakan dan realitas operasional sistem kesehatan.

Secara empiris, temuan evaluasi BPKP melalui Laporan Hasil Pemeriksaan Nomor PE.09.03/LHP-18/PW16/2/2024 menunjukkan bahwa berbagai prasyarat dasar implementasi kebijakan belum terpenuhi secara memadai. Salah satu temuan paling mendasar adalah ketiadaan basis data kepesertaan JKN yang terintegrasi di tingkat daerah, yang menyebabkan ketergantungan penuh pada data BPJS tanpa verifikasi lokal. Dalam perspektif kebijakan, kondisi ini secara langsung bertentangan dengan semangat Permenkes No.16/2019 yang menekankan pentingnya deteksi dini dan pengendalian berbasis data. Tanpa basis data yang valid dan terintegrasi, maka seluruh mekanisme pencegahan fraud menjadi bersifat reaktif, bukan preventif.

Lebih jauh, laporan yang sama juga mengungkap adanya selisih signifikan antara klaim BPJS dengan realisasi layanan kesehatan, yang menunjukkan lemahnya sistem verifikasi dan audit internal. Ini bukan sekadar persoalan administrasi, melainkan indikasi adanya celah sistemik yang membuka ruang moral hazard. Dalam kerangka teori implementasi kebijakan, kondisi ini mencerminkan apa yang disebut sebagai *implementation slippage*, di mana kebijakan yang secara normatif kuat kehilangan daya kendalinya ketika berhadapan dengan kompleksitas lapangan.

Ironisnya, di sisi lain, laporan Tim Fraud tahun 2024 dan 2025 justru menunjukkan narasi yang relatif normatif—bahkan cenderung “tenang”—di mana beberapa periode dilaporkan tidak terdapat aduan fraud sama sekali. Di sinilah kontradiksi mulai tampak jelas: ketika audit menemukan berbagai potensi kelemahan sistem, laporan operasional justru tidak mencerminkan adanya masalah yang signifikan. Diskrepansi ini tidak bisa dibaca sebagai keberhasilan, melainkan sebagai indikasi lemahnya sistem deteksi dan pelaporan fraud itu sendiri.

Dalam perspektif literatur, fenomena ini telah lama dijelaskan melalui konsep *street-level bureaucracy*. Rossi, Tuurnas, dan Stenvall (2024) menunjukkan bahwa aktor di level implementasi—seperti tenaga kesehatan, manajemen rumah sakit, dan

administrator layanan—memiliki ruang diskresi yang besar dalam menerjemahkan kebijakan ke dalam praktik. Namun, kemampuan mereka untuk menjalankan kebijakan secara optimal sangat dipengaruhi oleh kondisi organisasi dan institusional. Dalam banyak kasus, justru struktur organisasi yang tidak mendukung menjadi faktor pembatas utama efektivitas kebijakan (Rossi et al., 2024).

Temuan ini sejalan dengan studi Macena dan Oliveira (2022) yang menunjukkan bahwa implementasi kebijakan kesehatan di tingkat lokal sering kali bergantung pada dukungan struktural dan kepemimpinan langsung. Tanpa dukungan tersebut, kebijakan hanya menjadi dokumen formal yang tidak memiliki daya transformasi nyata. Dalam konteks Permenkes No.16/2019, hal ini terlihat dari belum optimalnya pembentukan dan fungsi tim fraud di berbagai daerah, yang dalam praktiknya masih bersifat administratif, bukan operasional.

Selain itu, problem lain yang memperkuat diskrepansi adalah aspek sistem informasi. Studi Walker et al. (2023) dan Ademola et al. (2024) menegaskan bahwa interoperabilitas sistem informasi kesehatan masih menjadi tantangan utama dalam implementasi kebijakan berbasis data. Bahkan ketika sistem telah tersedia, sering kali terjadi ketidaksesuaian antara desain teknologi dan kebutuhan pengguna di lapangan. Hal ini mengakibatkan sistem tidak digunakan secara optimal, atau bahkan diabaikan. Dalam JKN, kondisi ini memperparah ketidakmampuan sistem dalam mendeteksi pola fraud secara dini.

Lebih tajam lagi, Gandolfi et al. (2025) dalam tinjauan sistematisnya menunjukkan bahwa pedoman atau *guideline* hanya mampu mengubah perilaku tenaga kesehatan dalam kurang dari separuh kasus yang diteliti. Artinya, keberadaan regulasi seperti Permenkes No.16/2019 tidak secara otomatis menjamin perubahan perilaku di lapangan. Hal ini menegaskan bahwa persoalan utama bukan pada kurangnya regulasi, tetapi pada kegagalan menginternalisasi regulasi tersebut dalam praktik keseharian aktor layanan kesehatan.

Di Indonesia, problem ini semakin kompleks karena adanya fragmentasi tata kelola kesehatan. Studi Belrhiti et al. (2024) menunjukkan bahwa kolaborasi antar institusi kesehatan sering kali terhambat oleh rendahnya trust, ketidaksinkronan tujuan, serta lemahnya koordinasi. Hal ini relevan dengan temuan lapangan di Kalimantan Selatan, di mana koordinasi antara Dinas Kesehatan, rumah sakit, dan BPJS masih belum sepenuhnya terintegrasi. Akibatnya, kebijakan yang seharusnya bersifat kolaboratif justru berjalan secara sektoral.

Diskrepansi antara Permenkes No.16/2019 dan praktik lapangan pada akhirnya bukan sekadar persoalan implementasi teknis, melainkan refleksi dari krisis desain kebijakan itu sendiri. Regulasi dirancang dengan asumsi adanya sistem yang terintegrasi, aktor yang patuh, serta teknologi yang siap digunakan. Namun, realitas menunjukkan sebaliknya: sistem yang terfragmentasi, aktor yang beroperasi dalam keterbatasan, serta teknologi yang belum sepenuhnya fungsional.

Dengan demikian, gap yang terjadi dapat dirumuskan dalam beberapa lapisan sekaligus. Pertama, *normative gap*, yaitu jarak antara desain kebijakan dan realitas sistem kesehatan. Kedua, *institutional gap*, yaitu lemahnya kapasitas organisasi dalam mendukung implementasi. Ketiga, *behavioral gap*, yaitu ketidaksesuaian antara perilaku aktor dengan tujuan kebijakan. Dan keempat, *informational gap*,

yaitu ketidakmampuan sistem data dalam mendukung pengambilan keputusan dan deteksi fraud.

Jika tidak ditangani secara sistemik, diskrepansi ini akan terus mereproduksi ilusi keberhasilan kebijakan—di mana secara administratif tampak berjalan, tetapi secara substantif gagal mencapai tujuan. Dalam situasi seperti ini, Permenkes No.16/2019 berisiko berubah dari instrumen pengendalian menjadi sekadar simbol regulatif yang kehilangan daya intervensinya dalam realitas layanan kesehatan.

#### **Fragmentasi Aktor dalam Tata Kelola *Fraud* JKN**

Fragmentasi aktor dalam tata kelola pencegahan fraud JKN tidak sekadar merupakan persoalan koordinasi teknis, melainkan refleksi dari desain kelembagaan yang secara inheren terdistribusi, berlapis, dan dalam banyak kasus tidak sepenuhnya terintegrasi. Secara normatif, menegaskan bahwa pencegahan fraud merupakan tanggung jawab kolektif lintas aktor—meliputi BPJS Kesehatan, dinas kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, hingga pemangku kepentingan lainnya—yang diwajibkan membangun sistem pencegahan melalui pembentukan tim, penguatan tata kelola, serta mekanisme monitoring dan evaluasi. Namun, ketika norma ini ditarik ke dalam praktik empiris, muncul fenomena yang jauh lebih kompleks: relasi antar aktor tidak bergerak sebagai sistem, melainkan sebagai fragmen-fragmen yang berjalan dalam orbitnya masing-masing.

Temuan lapangan dalam laporan fraud 2024–2025 menunjukkan bahwa struktur multi-aktor memang telah terbentuk, tetapi tidak serta-merta menghasilkan orkestrasi yang efektif. Pada berbagai kabupaten/kota, tim fraud telah dibentuk melalui keputusan kepala daerah, namun keberadaan tersebut tidak selalu diikuti dengan aktivitas substantif yang berkelanjutan. Dalam beberapa kasus, tim hanya eksis secara administratif tanpa agenda kerja yang jelas, sementara di wilayah lain, koordinasi antara dinas kesehatan, BPJS, dan fasilitas kesehatan masih bersifat sporadis dan tidak sistematis. Bahkan pada level operasional, masih ditemukan kebutuhan untuk “koordinasi lebih lanjut” antar instansi dalam menangani indikasi fraud, yang mengindikasikan belum adanya mekanisme kerja terpadu yang mapan.

Kondisi ini mencerminkan apa yang dalam literatur disebut sebagai *institutional fragmentation*, yaitu situasi di mana kewenangan dan tanggung jawab tersebar di berbagai institusi tanpa integrasi yang memadai. Studi Martens et al. (2021) menunjukkan bahwa desentralisasi dalam sistem kesehatan seringkali menghasilkan tumpang tindih kewenangan dan fragmentasi kekuasaan yang justru menghambat implementasi kebijakan terpadu. Fragmentasi ini terlihat dari pembagian peran antara pemerintah daerah sebagai regulator dan fasilitator, BPJS sebagai payer sekaligus verifier klaim, serta fasilitas kesehatan sebagai provider layanan. Ketiga aktor ini memiliki logika kerja, kepentingan, dan sistem akuntabilitas yang berbeda, sehingga tanpa mekanisme integrasi yang kuat, interaksi yang terjadi cenderung bersifat koordinatif minimum, bukan kolaboratif substantif.

Lebih jauh, fragmentasi ini diperkuat oleh apa yang disebut sebagai *silo effect*, yakni kecenderungan organisasi bekerja dalam batas-batas institusionalnya sendiri tanpa berbagi informasi secara optimal. Dalam laporan BPKP tahun 2024, misalnya, ditemukan bahwa Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan belum memiliki basis data kepesertaan JKN yang mandiri dan masih bergantung pada data

BPJS . Ketergantungan ini tidak hanya mencerminkan kelemahan sistem informasi, tetapi juga memperlihatkan adanya asimetri kontrol data antar aktor. Akibatnya, proses pengawasan fraud menjadi tidak utuh, karena setiap aktor hanya memiliki potongan informasi yang tidak selalu dapat disatukan dalam satu kerangka analisis yang komprehensif.

Dalam perspektif *governance*, fenomena ini sejalan dengan temuan Thiebes et al. (2023) yang menegaskan bahwa kolaborasi multi-organisasi dalam sektor kesehatan menghadapi tantangan serius terkait integrasi sistem, keselarasan tujuan, serta interoperabilitas informasi. Ketika sistem tidak dirancang untuk menghubungkan aktor secara real-time dan berbasis data, maka kolaborasi yang terjadi akan selalu tertinggal dari kompleksitas masalah yang dihadapi. Hal ini menjadi semakin krusial dalam konteks fraud, di mana pola kecurangan berkembang dinamis dan seringkali memanfaatkan celah antar sistem yang tidak terhubung.

Di sisi lain, fragmentasi juga tidak dapat dilepaskan dari dinamika kekuasaan antar aktor. Studi Cai et al. (2025) menunjukkan bahwa kegagalan tata kelola kolaboratif seringkali disebabkan oleh *asymmetric power relations* dan desain institusional yang tidak seimbang. BPJS Kesehatan memiliki posisi strategis karena menguasai data klaim dan mekanisme pembayaran, sementara dinas kesehatan memiliki fungsi pembinaan dan pengawasan, dan fasilitas kesehatan berada pada posisi implementatif. Ketidakseimbangan ini berpotensi menciptakan relasi yang tidak setara, di mana koordinasi lebih banyak bersifat top-down daripada dialogis. Dalam situasi seperti ini, ruang untuk berbagi informasi secara terbuka dan membangun kepercayaan antar aktor menjadi terbatas.

Fragmentasi juga tampak dalam aspek pengendalian internal dan manajemen risiko fraud. Studi Tarjo et al. (2022) menegaskan bahwa efektivitas pencegahan fraud sangat bergantung pada integrasi elemen *enterprise risk management*, termasuk lingkungan pengendalian, komunikasi, dan monitoring. Namun, dalam praktik JKN, elemen-elemen ini masih berjalan secara parsial. Misalnya, audit internal di fasilitas kesehatan belum terhubung secara sistematis dengan mekanisme pengawasan di BPJS atau dinas kesehatan, sehingga potensi fraud seringkali terdeteksi secara terlambat atau bahkan tidak terdeteksi sama sekali.

Lebih kritis lagi, fragmentasi aktor tidak hanya berdampak pada efektivitas pengawasan, tetapi juga pada kualitas pelayanan kesehatan itu sendiri. Studi Ghannam et al. (2025) menunjukkan bahwa sistem kesehatan yang terfragmentasi cenderung menghasilkan beban administratif yang tinggi, disrupti alur pelayanan, serta hilangnya kontinuitas perawatan. Dalam konteks JKN, hal ini dapat diterjemahkan sebagai ketidaksinkronan antara proses klaim, pelayanan medis, dan verifikasi administratif, yang pada akhirnya membuka ruang bagi praktik-praktik manipulatif seperti upcoding, klaim fiktif, atau fragmentasi klaim.

Dengan demikian, fragmentasi aktor dalam tata kelola fraud JKN bukanlah sekadar persoalan teknis, melainkan problem struktural yang berakar pada desain kelembagaan, distribusi kewenangan, dan ketidakselarasan sistem informasi. Sistem yang secara normatif dirancang sebagai kolaboratif, dalam praktiknya justru menunjukkan pola kerja yang tersegmentasi, tidak sinkron, dan rentan terhadap celah-celah fraud. Kondisi ini menegaskan bahwa upaya pencegahan fraud tidak

cukup hanya dengan membentuk tim atau menyusun regulasi, tetapi memerlukan rekonstruksi tata kelola yang mampu mengintegrasikan aktor, data, dan proses dalam satu sistem yang utuh, adaptif, dan responsif terhadap dinamika lapangan.

#### **Kelemahan Sistem Informasi dan Basis Data dalam Deteksi *Fraud***

Jika membaca laporan formal, sistem deteksi fraud dalam Program JKN tampak telah memiliki kerangka yang cukup mapan—terdokumentasi, terstruktur, bahkan didukung regulasi seperti. Namun ketika realitas lapangan dibedah lebih dalam, justru terlihat adanya paradoks mendasar: sistem informasi yang seharusnya menjadi tulang punggung deteksi fraud, justru menjadi titik paling rapuh dalam keseluruhan arsitektur pengendalian.

Kelemahan ini tidak berdiri sendiri. Ia merupakan hasil dari akumulasi persoalan klasik dalam tata kelola data kesehatan—fragmentasi sistem, rendahnya interoperabilitas, ketergantungan pada input manual, serta absennya integrasi analitik yang memadai. Persoalan ini menjadi lebih krusial karena fraud bukan sekadar deviasi administratif, melainkan fenomena yang tersembunyi dalam kompleksitas data klaim, perilaku provider, hingga pola pelayanan yang sangat dinamis.

Temuan empiris dalam laporan evaluasi BPKP memperlihatkan bahwa bahkan pada level paling dasar, persoalan data masih belum terselesaikan. Pada Laporan Hasil Penugasan Nomor PE.09.03/LHP-218/PW16/2/2024, ditegaskan bahwa Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan belum memiliki basis data kepesertaan JKN yang mandiri dan terintegrasi, serta masih bergantung pada data BPJS. Situasi ini menciptakan blind spot yang serius: bagaimana mungkin sistem mendeteksi fraud secara akurat jika sumber data utamanya sendiri tidak berada dalam kendali penuh pemerintah daerah?

Kondisi serupa juga muncul dalam laporan sebelumnya Nomor PE.09.03/LHP-18/PW16/2/2024, yang menunjukkan bahwa ketidaksesuaian data kepesertaan antara BPJS dan pemerintah daerah menyebabkan distorsi dalam pengambilan kebijakan, termasuk dalam perhitungan capaian UHC dan validitas klaim. Dalam perspektif deteksi fraud, ketidaksinkronan ini membuka ruang luas bagi praktik manipulasi administratif—baik disengaja maupun akibat kelemahan sistem.

Di sinilah persoalan menjadi semakin kompleks. Fraud dalam sistem kesehatan modern tidak lagi bersifat kasuistik dan mudah dideteksi, melainkan tersembunyi dalam pola relasional antar data. Penelitian mutakhir menunjukkan bahwa klaim kesehatan melibatkan jaringan interaksi kompleks antara pasien, provider, diagnosis, dan layanan, yang tidak dapat dianalisis secara linear. Studi Muhammad et al. (2025) menegaskan bahwa pendekatan konvensional gagal menangkap relasi ini, sehingga diperlukan model berbasis *Graph Neural Networks* untuk mengidentifikasi pola fraud secara lebih akurat.

Namun, pendekatan canggih semacam ini jelas belum menjadi bagian dari sistem JKN di tingkat daerah. Realitas yang terlihat justru sebaliknya: sistem deteksi fraud masih bertumpu pada verifikasi administratif, audit manual, dan pelaporan berbasis kejadian. Hal ini diperkuat oleh laporan fraud tahun 2024 yang menunjukkan bahwa kegiatan tim fraud lebih banyak berfokus pada monitoring, sosialisasi, dan koordinasi lintas aktor, bukan pada analisis data berbasis sistem.

Bahkan dalam praktiknya, masih ditemukan ketidaksesuaian coding, lemahnya verifikasi klaim, serta kebutuhan koordinasi manual antara BPJS dan fasilitas kesehatan.

Lebih jauh, laporan tahun 2025 menunjukkan bahwa dalam beberapa bulan, tidak terdapat laporan dugaan fraud sama sekali, meskipun aktivitas pelayanan tetap berjalan normal. Secara normatif, hal ini bisa dibaca sebagai keberhasilan pencegahan. Namun secara analitik, kondisi ini justru mengindikasikan kemungkinan besar *under-detection*—yaitu kegagalan sistem dalam mengidentifikasi fraud yang sebenarnya terjadi tetapi tidak terdeteksi.

Fenomena ini sejalan dengan temuan dalam literatur internasional. Kajian oleh Kumaraswamy et al. (2022) menekankan bahwa sistem deteksi fraud di sektor kesehatan sering kali gagal karena ketidaksiapan infrastruktur data dan kompleksitas heterogenitas sistem kesehatan. Sementara itu, Kajwang (2022) menunjukkan bahwa meskipun big data analytics memiliki potensi besar dalam meningkatkan deteksi fraud, implementasinya sering terhambat oleh kesiapan organisasi dan keterbatasan integrasi sistem.

Lebih kritis lagi, persoalan tidak hanya terletak pada teknologi, tetapi juga pada epistemologi data itu sendiri. Dalam banyak kasus, data kesehatan tidak hanya tidak lengkap, tetapi juga bias, tidak terstandar, dan tidak interoperabel. Studi Dehghan et al. (2026) menegaskan bahwa tantangan utama implementasi *Electronic Health Records* (EHR) justru terletak pada aspek governance, standar, dan koordinasi lintas sistem, bukan semata teknologi.

Implikasinya sangat serius. Dalam kondisi sistem yang terfragmentasi, deteksi fraud menjadi reaktif, bukan preventif. Sistem hanya mampu mengidentifikasi fraud setelah kerugian terjadi, bukan mencegahnya sejak awal. Ini sejalan dengan kritik Owen (2025) yang menyatakan bahwa sistem deteksi tradisional dalam kesehatan cenderung bersifat *retrospective*, sehingga memperbesar risiko kerugian finansial.

Situasi ini diperparah oleh adanya asimetri informasi antara aktor. Studi Fabes et al. (2022) menunjukkan bahwa bahkan tenaga medis sering kali tidak memiliki kesadaran biaya yang memadai, yang berkontribusi pada *overutilization* dan potensi fraud berbasis praktik klinis. Ketika kondisi ini bertemu dengan sistem data yang lemah, maka fraud tidak lagi sekadar pelanggaran, tetapi menjadi bagian dari “noise sistemik” yang sulit dibedakan dari praktik normal.

Dengan demikian, kelemahan sistem informasi dan basis data dalam deteksi fraud bukan sekadar persoalan teknis, melainkan persoalan struktural yang mencerminkan kegagalan integrasi antara kebijakan, teknologi, dan praktik lapangan. Sistem yang ada belum mampu bergerak dari sekadar administrasi menuju *intelligence system* yang mampu membaca pola, memprediksi risiko, dan melakukan intervensi secara *real-time*.

Jika kondisi ini terus dibiarkan, maka upaya pencegahan fraud dalam JKN akan selalu berada satu langkah di belakang pelaku fraud itu sendiri—yang justru semakin adaptif, inovatif, dan memanfaatkan celah sistem yang ada.

### **Keterbatasan Pendekatan dalam Memahami *Fraud* sebagai Fenomena Sistemik**

Jika ditelusuri lebih dalam, persoalan utama dalam upaya pencegahan fraud JKN bukan semata pada lemahnya implementasi, melainkan pada cara berpikir yang digunakan untuk memahami fraud itu sendiri. Selama ini, fraud cenderung diposisikan sebagai perilaku individual—sebuah deviasi etika yang dilakukan oleh aktor tertentu, baik tenaga kesehatan, peserta, maupun pengelola sistem. Cara pandang ini secara implisit tercermin dalam kerangka regulasi seperti , yang menempatkan fraud sebagai tindakan yang disengaja oleh individu untuk memperoleh keuntungan finansial. Definisi ini penting sebagai dasar hukum, tetapi sekaligus menyimpan keterbatasan serius ketika digunakan sebagai landasan analisis.

Dalam praktiknya, fraud dalam sistem JKN tidak pernah berdiri sendiri sebagai tindakan individual yang terisolasi. Ia tumbuh dalam relasi kompleks antara sistem pembiayaan, struktur insentif, kelemahan pengawasan, serta interaksi antar aktor. Namun pendekatan yang digunakan dalam kebijakan dan implementasi justru masih bersifat reduksionis—menyederhanakan fraud menjadi persoalan moral hazard individu, tanpa membaca dimensi struktural yang melingkupinya.

Literatur klasik dalam ekonomi kesehatan memang telah lama menempatkan moral hazard sebagai konsep sentral dalam memahami perilaku dalam sistem asuransi kesehatan. Einav dan Finkelstein (2018) menunjukkan bahwa keberadaan asuransi mendorong peningkatan konsumsi layanan kesehatan karena biaya ditanggung oleh pihak ketiga. Namun, persoalannya tidak berhenti pada eksistensi moral hazard itu sendiri, melainkan pada bagaimana konsep ini sering digunakan secara simplistik. Dalam banyak kebijakan, moral hazard dipahami sebagai kecenderungan “penyalahgunaan” oleh individu, sehingga solusi yang ditawarkan pun cenderung berbasis kontrol administratif dan sanksi.

Pendekatan ini menjadi problematik ketika dihadapkan pada realitas JKN. Temuan empiris di Indonesia menunjukkan bahwa moral hazard tidak hanya terjadi pada level individu, tetapi juga pada level sistem. Studi Machmud et al. (2020) menemukan adanya praktik upcoding, unnecessary admission, dan readmission yang tidak semata-mata didorong oleh niat individu, tetapi juga oleh tekanan sistemik seperti target layanan, mekanisme pembayaran INA-CBGs, serta dinamika organisasi rumah sakit. Artinya, fraud bukan sekadar pilihan rasional individu, melainkan respons terhadap struktur insentif yang ada.

Lebih jauh, kajian literatur oleh Inggi dan Achadi (2024) secara tegas menunjukkan adanya research gap dalam studi fraud JKN, terutama dalam hal minimnya analisis empiris yang mampu mengukur dampak kebijakan secara sistemik. Penelitian yang ada masih didominasi oleh pendekatan deskriptif dan normatif, tanpa menggali pengalaman aktor, dinamika organisasi, serta perubahan pola fraud dari waktu ke waktu. Bahkan, aspek sistem informasi dan data—yang seharusnya menjadi kunci dalam memahami fraud sebagai fenomena kompleks—justru belum banyak dieksplorasi.

Keterbatasan pendekatan ini juga terlihat dalam praktik di lapangan. Laporan fraud tahun 2024 menunjukkan bahwa kegiatan pencegahan lebih banyak difokuskan pada monitoring, sosialisasi, dan koordinasi administratif . Sementara

itu, laporan tahun 2025 bahkan mencatat periode di mana tidak terdapat laporan dugaan fraud sama sekali. Dalam perspektif sistemik, kondisi ini tidak dapat serta-merta diartikan sebagai keberhasilan. Sebaliknya, hal ini justru mengindikasikan adanya kegagalan dalam membaca dan mendeteksi fraud yang bersifat laten dan tersembunyi dalam sistem.

Kontradiksi ini memperkuat argumen bahwa pendekatan yang digunakan masih belum mampu menangkap kompleksitas fraud sebagai fenomena sistemik. Fraud tidak selalu muncul sebagai pelanggaran yang eksplisit dan dilaporkan, tetapi sering kali tersembunyi dalam praktik yang “secara administratif sah” namun secara substantif menyimpang. Di sinilah keterbatasan pendekatan konvensional menjadi sangat nyata.

Dalam literatur yang lebih luas, kritik terhadap pendekatan ini juga muncul. D’Andreamatteo et al. (2024) melalui kerangka *Audit Society* menunjukkan bahwa peningkatan mekanisme audit dan kontrol tidak selalu berbanding lurus dengan efektivitas pencegahan fraud. Bahkan, dalam banyak kasus, audit justru menciptakan ilusi kontrol—seolah-olah sistem telah aman, padahal fraud tetap berlangsung dalam bentuk yang lebih subtil. Hal ini relevan dengan kondisi JKN, di mana keberadaan tim fraud dan berbagai mekanisme pelaporan belum tentu mencerminkan efektivitas pengendalian yang sesungguhnya.

Pendekatan berbasis model seperti fraud triangle maupun fraud hexagon juga memiliki keterbatasan serupa. Meskipun model ini membantu mengidentifikasi faktor-faktor seperti tekanan, peluang, rasionalisasi, hingga kolusi, namun tetap berfokus pada aktor sebagai pusat analisis (Siddiq & Sutopo, 2024; Achmad et al., 2022). Model ini belum sepenuhnya mampu menjelaskan bagaimana struktur sistem—termasuk desain kebijakan, mekanisme pembayaran, dan fragmentasi tata kelola—menciptakan kondisi yang memungkinkan fraud terjadi secara sistemik.

Lebih kritis lagi, pendekatan yang terlalu menekankan pada individu berpotensi mengaburkan tanggung jawab sistem. Fraud kemudian dipahami sebagai “kesalahan oknum”, bukan sebagai konsekuensi dari desain sistem yang tidak optimal. Padahal, sebagaimana ditunjukkan dalam berbagai studi sektor publik, fraud sering kali muncul dari kombinasi antara kelemahan kontrol internal, tekanan politik dan ekonomi, serta budaya organisasi yang permisif (Indriasih et al., 2020; Kohar et al., 2024).

Temuan BPKP memperkuat argumen ini. Pada laporan evaluasi tahun 2024, terlihat bahwa persoalan mendasar justru terletak pada aspek struktural seperti ketidakterpaduan basis data, ketidaksesuaian data kepesertaan, serta lemahnya integrasi antar sistem. Kondisi ini menciptakan ruang abu-abu yang luas, di mana fraud dapat terjadi tanpa mudah terdeteksi. Dengan kata lain, sistem itu sendiri “memungkinkan” terjadinya fraud.

Oleh karena itu, memahami fraud sebagai fenomena sistemik menuntut perubahan paradigma yang mendasar. Fraud tidak lagi dilihat sebagai anomali, tetapi sebagai indikator dari kegagalan sistem dalam mengelola kompleksitasnya. Pendekatan yang dibutuhkan bukan lagi sekadar kontrol administratif atau peningkatan sanksi, melainkan transformasi dalam cara membaca, mengelola, dan mengintegrasikan sistem secara keseluruhan.

Dengan demikian, keterbatasan pendekatan yang ada saat ini bukan hanya persoalan metodologis, tetapi juga persoalan epistemologis—tentang bagaimana fraud dipahami, didefinisikan, dan direspons. Selama fraud masih diposisikan sebagai perilaku individu, maka upaya pencegahan akan selalu bersifat reaktif dan parsial. Sebaliknya, ketika fraud dipahami sebagai fenomena sistemik, maka intervensi yang dilakukan dapat bergerak lebih strategis—menyentuh akar persoalan yang sebenarnya, yaitu desain sistem itu sendiri.

#### **Keterbatasan Pendekatan Teoretis dalam Studi *Fraud JKN***

Upaya memahami fraud dalam Program JKN selama ini cenderung bertumpu pada kerangka teoretis yang relatif mapan, seperti *fraud triangle*, moral hazard, hingga pendekatan hukum normatif. Namun, jika ditelaah lebih dalam, pendekatan-pendekatan tersebut menyimpan keterbatasan mendasar ketika dihadapkan pada kompleksitas empiris sistem JKN di Indonesia. Problemnya bukan semata pada kurangnya teori, melainkan pada ketidaktepatan lensa teoretis dalam membaca realitas yang bersifat sistemik, multi-aktor, dan sangat dipengaruhi oleh dinamika institusional.

Pertama, dominasi teori klasik seperti *fraud triangle* dan turunannya (*diamond, pentagon, hexagon*) menunjukkan kecenderungan reduksionis dalam memahami fraud. Teori-teori ini memusatkan perhatian pada dimensi individu—tekanan (*pressure*), peluang (*opportunity*), dan rasionalisasi (*rationalization*)—sebagai determinan utama perilaku kecurangan. Padahal, studi mutakhir menunjukkan bahwa hasil penelitian berbasis teori tersebut sering kali inkonsisten, bergantung pada variabel proksi yang digunakan serta keterbatasan metodologis dalam mengukur fenomena fraud yang kompleks (Kristiana et al., 2025). Dengan kata lain, teori ini gagal menangkap dimensi relasional dan struktural yang justru menjadi karakter utama fraud dalam sistem kesehatan seperti JKN.

Keterbatasan ini semakin terlihat ketika dikaitkan dengan temuan empiris di Indonesia. Fraud dalam JKN tidak hanya muncul sebagai tindakan individual, tetapi sebagai produk dari interaksi antaraktor—fasilitas kesehatan, BPJS, regulator, hingga pasien—yang berada dalam satu ekosistem kebijakan. Bahkan, regulasi secara eksplisit mengakui bahwa fraud dapat dilakukan oleh berbagai aktor, termasuk peserta, penyedia layanan, dan pemangku kepentingan lainnya. Ini menegaskan bahwa pendekatan berbasis individu tidak lagi memadai, karena realitas fraud bersifat kolektif dan terdistribusi dalam jaringan sistem.

Kedua, pendekatan moral hazard yang banyak digunakan dalam ekonomi kesehatan juga menunjukkan keterbatasan serius. Moral hazard cenderung memaknai fraud sebagai konsekuensi logis dari asimetri informasi antara penyedia layanan dan pasien. Namun, pendekatan ini terlalu menyederhanakan persoalan dengan mengasumsikan bahwa perilaku oportunistik semata-mata dipicu oleh insentif finansial. Dalam praktiknya, fraud dalam JKN justru sering kali dipengaruhi oleh faktor organisasi, budaya, hingga kelemahan tata kelola. Bahkan, penelitian menunjukkan bahwa strategi pengendalian moral hazard lebih banyak berfokus pada perubahan perilaku individu, bukan pada reformasi sistem secara menyeluruh (Rostamkalae et al., 2022). Dengan demikian, moral hazard gagal menjelaskan bagaimana struktur kebijakan dan desain sistem justru menciptakan ruang bagi terjadinya fraud.

Ketiga, pendekatan hukum normatif yang mendominasi studi fraud JKN di Indonesia juga memiliki keterbatasan dalam menjelaskan efektivitas implementasi. Secara normatif, kerangka regulasi seperti Permenkes No. 16 Tahun 2019 telah mengatur secara komprehensif pencegahan dan penanganan fraud, termasuk mekanisme sanksi administratif. Namun, berbagai studi menunjukkan bahwa implementasi regulasi tersebut masih lemah, ditandai dengan kurangnya koordinasi antar lembaga, pengawasan internal yang tidak optimal, serta sanksi yang tidak memberikan efek jera (Wicaksono & Khasanah, 2025; Riswanti et al., 2026). Artinya, pendekatan hukum cenderung berhenti pada level desain kebijakan, tanpa mampu menjelaskan dinamika implementasi yang dipengaruhi oleh faktor politik, organisasi, dan kapasitas institusional.

Lebih jauh, laporan evaluasi dan praktik di lapangan memperkuat argumen ini. Hasil kajian menunjukkan bahwa kebijakan pencegahan fraud JKN masih menghadapi masalah mendasar seperti definisi yang tidak jelas, lemahnya koordinasi aktor, serta minimnya pengawasan yang efektif. Bahkan, dalam evaluasi implementasi di daerah, ditemukan bahwa basis data kepesertaan belum terintegrasi secara memadai, serta koordinasi antar instansi masih lemah. Fakta ini menunjukkan bahwa problem fraud tidak dapat direduksi menjadi persoalan kepatuhan hukum semata, melainkan merupakan manifestasi dari kegagalan sistemik dalam tata kelola.

Keempat, pendekatan *collaborative governance* yang mulai digunakan dalam studi JKN menawarkan perspektif yang lebih maju, namun tetap memiliki keterbatasan. Studi oleh Janah dan Rahayu (2019) menunjukkan bahwa kolaborasi antaraktor menjadi penting dalam pencegahan fraud, tetapi keberhasilannya sangat bergantung pada kejelasan aturan, akses partisipasi, dan tingkat politisasi sistem kesehatan. Tanpa kerangka institusional yang kuat, kolaborasi justru berpotensi menjadi simbolik dan tidak efektif. Dengan demikian, bahkan pendekatan yang lebih progresif ini masih menghadapi tantangan dalam menjelaskan bagaimana relasi kekuasaan dan kepentingan mempengaruhi dinamika fraud.

Kelima, sebagian besar pendekatan teoretis dalam studi fraud masih mengabaikan dimensi *political economy*. Padahal, berbagai studi menunjukkan bahwa sistem kesehatan tidak pernah netral, melainkan dipengaruhi oleh struktur insentif ekonomi dan kepentingan aktor yang berkuasa. *Digital health*, misalnya, ketimpangan akses dan insentif pasar dapat memperkuat ketidakadilan dan membuka peluang baru bagi penyimpangan (Shaw & Glover, 2024). Perspektif ini relevan untuk membaca JKN, di mana desain pembiayaan, tarif INA-CBGs, dan tekanan fiskal dapat menciptakan distorsi perilaku yang tidak dapat dijelaskan oleh teori individualistik semata.

Akhirnya, keterbatasan paling mendasar dari pendekatan teoretis yang ada adalah ketidakmampuannya menangkap fraud sebagai fenomena sistemik yang bersifat kompleks, adaptif, dan non-linear. Studi tentang korupsi dalam sektor kesehatan menunjukkan bahwa praktik penyimpangan tidak lagi bersifat sporadis, melainkan terstruktur dalam jaringan institusional yang melibatkan berbagai aktor dan mekanisme (Sommersguter-Reichmann & Reichmann, 2024). Dalam konteks ini, fraud JKN seharusnya dipahami sebagai bagian dari ekosistem tata kelola yang lebih luas, bukan sekadar deviasi perilaku individu.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa pendekatan teoretis yang selama ini digunakan dalam studi fraud JKN masih terfragmentasi, parsial, dan cenderung reduksionis. Diperlukan pergeseran paradigma menuju pendekatan yang lebih integratif, yang menggabungkan perspektif sistem, tata kelola, dan ekonomi politik. Tanpa itu, upaya memahami dan mengendalikan fraud akan terus terjebak dalam lingkaran kebijakan yang normatif, tetapi gagal menjangkau akar masalah yang sesungguhnya.

### **Menuju Model Sistem Pencegahan *Fraud* Berbasis Risiko**

Dalam diskursus akademik maupun praktik kebijakan, studi mengenai fraud dalam Program JKN kerap diposisikan sebagai persoalan teknis yang dapat diselesaikan melalui instrumen pengendalian internal, audit, atau pembentukan tim pencegahan. Namun, jika ditelusuri lebih dalam, terdapat keterbatasan mendasar pada pendekatan teoretis yang digunakan untuk memahami fenomena fraud itu sendiri. Keterbatasan ini bukan sekadar persoalan metodologis, melainkan menyangkut cara berpikir (paradigma) yang membingkai fraud sebagai gejala individual, bukan sebagai produk sistemik dari desain institusi, relasi aktor, dan struktur insentif yang kompleks.

Sebagian besar studi awal mengenai fraud di sektor publik, termasuk kesehatan, masih bertumpu pada kerangka klasik seperti *fraud triangle theory* dan *agency theory*. Pendekatan ini menempatkan fraud sebagai hasil dari tekanan, peluang, dan rasionalisasi individu. Dalam konteks tertentu, pendekatan ini memang relevan, sebagaimana ditunjukkan oleh studi Mukhlis dan Halim (2018) yang menekankan pentingnya *violation reporting system* sebagai mekanisme deteksi dan pencegahan fraud berbasis perilaku individu dan organisasi. Namun, persoalan muncul ketika kerangka ini digunakan secara dominan untuk membaca fenomena fraud JKN yang jauh lebih kompleks. Fraud dalam sistem JKN tidak semata-mata lahir dari niat individu, tetapi juga dari celah kebijakan, fragmentasi sistem informasi, hingga ambiguitas regulasi yang secara struktural membuka ruang deviasi.

Keterbatasan ini semakin terlihat ketika teori-teori tersebut dihadapkan pada realitas implementasi kebijakan. Studi Widodo et al. (2024) menunjukkan bahwa meskipun rumah sakit telah membentuk tim pencegahan fraud sebagai amanat regulasi, efektivitasnya tidak berjalan karena tidak didukung oleh kejelasan fungsi, standar operasional, dan mekanisme kerja yang konkret. Hal ini mengindikasikan bahwa pendekatan teoretis yang terlalu menekankan pada struktur formal (seperti pembentukan tim) gagal menjelaskan dinamika implementasi yang sebenarnya ditentukan oleh interaksi antara aktor, kapasitas institusi, dan lingkungan kebijakan.

Lebih jauh, pendekatan teoretis dalam studi fraud juga cenderung terfragmentasi antara perspektif akuntansi, manajemen risiko, dan teknologi informasi. Misalnya, kajian Febriansyah et al. (2025) menyoroti pentingnya integrasi antara *Good Corporate Governance* (GCG) dan manajemen risiko dalam mencegah fraud. Namun, studi ini juga mengakui bahwa implementasi sering kali bersifat formalistik dan tidak menyentuh dimensi perilaku maupun budaya organisasi. Di sisi lain, pendekatan berbasis teknologi seperti *predictive analytics* dan *machine learning* menawarkan kemampuan deteksi yang lebih canggih, tetapi

masih menghadapi keterbatasan dalam hal kualitas data, interpretabilitas model, dan kesiapan institusi (Sumalatha & Prabha, 2019; Razzaq & Shah, 2025).

Keterbatasan pendekatan teoretis ini juga diperkuat oleh temuan empiris global. Studi Villegas-Ortega et al. (2021) menunjukkan bahwa tidak terdapat konsensus tunggal mengenai definisi fraud dalam asuransi kesehatan, dengan setidaknya enam definisi berbeda dan puluhan faktor yang memengaruhi terjadinya fraud, mulai dari faktor individu hingga faktor makro seperti regulasi dan budaya. Temuan ini menegaskan bahwa fraud adalah fenomena multidimensional yang tidak dapat direduksi hanya pada satu kerangka teori. Kompleksitas ini bahkan lebih tinggi karena melibatkan interaksi antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, serta peserta sebagai pengguna layanan.

Keterbatasan pendekatan teoretis ini semakin nyata ketika dibandingkan dengan kerangka normatif yang diatur dalam. Regulasi tersebut secara eksplisit menekankan bahwa pencegahan fraud harus dilakukan secara sistematis, terstruktur, dan melibatkan berbagai aktor melalui pembentukan tim lintas sektor. Namun, pendekatan teoretis yang digunakan dalam banyak studi belum sepenuhnya mampu menjelaskan bagaimana koordinasi antar-aktor tersebut berjalan dalam praktik, atau mengapa sering terjadi fragmentasi peran dan lemahnya integrasi kebijakan.

Temuan dari laporan evaluasi BPKP juga memperlihatkan adanya kesenjangan antara desain teoretis dan realitas implementasi. Misalnya, pada halaman 6–7 laporan evaluasi tahun 2024, disebutkan bahwa Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan belum memiliki basis data kepesertaan JKN yang mandiri dan masih bergantung pada data BPJS, sehingga menghambat proses verifikasi dan pengendalian. Kondisi ini menunjukkan bahwa pendekatan teoretis yang menekankan pada penguatan kontrol internal tidak cukup, karena masalah utama justru terletak pada infrastruktur data dan integrasi sistem yang bersifat lintas institusi.

Selain itu, laporan monitoring fraud juga mengungkap bahwa di berbagai kabupaten/kota, implementasi upaya pencegahan fraud masih bersifat administratif dan belum menyentuh aspek substantif. Pada laporan fraud tahun 2024, misalnya, ditemukan bahwa beberapa daerah belum melakukan sosialisasi fraud secara optimal, koordinasi antar instansi masih terbatas, dan pemahaman terhadap prosedur klaim masih beragam. Sementara itu, dalam laporan tahun 2025, meskipun telah terbentuk tim fraud dengan struktur yang lebih formal, kegiatan yang dilakukan masih didominasi oleh sosialisasi dan monitoring, tanpa indikasi adanya sistem deteksi berbasis risiko atau analisis data yang mendalam.

Kondisi ini mengarah pada satu kesimpulan penting: bahwa pendekatan teoretis yang ada belum mampu menangkap fraud sebagai fenomena sistemik yang melibatkan interaksi kompleks antara struktur, aktor, dan teknologi. Pendekatan yang terlalu normatif cenderung berhenti pada level desain kebijakan, sementara pendekatan yang terlalu teknis sering mengabaikan dimensi kelembagaan dan politik kebijakan.

Dengan demikian, diperlukan reposisi pendekatan teoretis dalam studi fraud JKN. Bukannya dengan melihat fraud sebagai deviasi individual atau sekadar kegagalan kontrol internal, fraud perlu dipahami sebagai hasil dari

ketidakseimbangan sistem: antara regulasi dan implementasi, antara data dan keputusan, serta antara aktor dan kepentingannya. Pendekatan yang lebih integratif—yang menggabungkan perspektif governance, risk management, dan sistem kompleks—menjadi kebutuhan mendesak untuk menghasilkan pemahaman yang lebih utuh dan relevan terhadap realitas lapangan.

#### **Implikasi dalam Tata Kelola *Fraud* JKN**

Temuan dalam memperlihatkan satu hal yang cukup tegas: persoalan fraud JKN bukan terletak pada ketiadaan regulasi atau struktur, melainkan pada cara sistem itu dijalankan. Dari sini, implikasi yang muncul tidak bisa lagi berhenti pada perbaikan administratif, tetapi harus menyentuh cara tata kelola dibangun secara lebih utuh, konkret, dan bisa dikerjakan.

1. Tata kelola fraud perlu bergeser dari pendekatan berbasis laporan menuju pendekatan berbasis risiko. Selama ini, sistem terlalu bergantung pada laporan kasus atau aduan. Padahal, sebagaimana terlihat dari adanya periode “nihil fraud” di laporan, kondisi tersebut lebih mencerminkan lemahnya deteksi daripada tidak adanya fraud. Implikasinya jelas: pemerintah daerah dan BPJS perlu mulai membangun risk profiling berbasis data klaim—misalnya dengan mengidentifikasi pola klaim tidak wajar, lonjakan diagnosis tertentu, atau anomali rujukan. Ini bukan hal abstrak; bisa dimulai dari dashboard sederhana berbasis data INA-CBGs yang sudah tersedia.
2. Penguatan fungsi tim fraud harus diarahkan dari sekadar simbol kelembagaan menjadi unit kerja yang operasional. Saat ini, tim fraud cenderung berhenti pada sosialisasi dan monitoring rutin. Implikasi konkretnya adalah perlunya redefinisi peran: tim fraud harus memiliki mandat analisis, bukan hanya koordinasi. Misalnya, setiap triwulan tim wajib menghasilkan fraud risk mapping wilayah atau fasilitas kesehatan, bukan hanya laporan kegiatan.
3. Integrasi data menjadi prioritas yang tidak bisa ditunda. Ketergantungan pada data BPJS tanpa verifikasi lokal, sebagaimana ditemukan dalam evaluasi, menunjukkan lemahnya kontrol daerah. Implikasinya, dinas kesehatan perlu mulai membangun data reconciliation system—minimal dengan menyandingkan data kependudukan, kepesertaan JKN, dan utilisasi layanan. Ini akan langsung berdampak pada kemampuan mendeteksi anomali sejak awal.
4. Mekanisme pengendalian klaim perlu diperkuat di hulu, bukan hanya di hilir. Selama ini audit cenderung dilakukan setelah klaim dibayar. Implikasinya, perlu ada penguatan pre-claim validation, terutama pada diagnosis berisiko tinggi (*high-cost cases*). Rumah sakit juga perlu didorong memiliki audit internal berbasis coding dan clinical pathway.
5. Koordinasi antar aktor harus dinaikkan levelnya dari koordinatif menjadi integratif. Selama ini relasi antar dinas kesehatan, BPJS, dan fasilitas kesehatan masih berjalan sendiri-sendiri. Implikasinya, perlu dibangun forum rutin berbasis data (bukan seremonial), di mana semua aktor membaca data yang sama dan menyepakati tindak lanjut bersama.

#### **Novelty**

Novelty utama dari penelitian ini terletak pada upaya mereposisi fraud dalam Program JKN bukan lagi sebagai deviasi perilaku individual, melainkan sebagai

manifestasi kegagalan sistemik yang lahir dari interaksi kompleks antara desain pembiayaan, tata kelola, data, dan relasi antar aktor. Pendekatan ini secara tegas melampaui dominasi kerangka klasik seperti fraud triangle, moral hazard, maupun pendekatan hukum normatif yang selama ini cenderung reduksionis dan terfragmentasi.

1. Penelitian ini menawarkan konsep “*fraud as system failure*” yang dibangun dari kontradiksi empiris antara laporan formal fraud yang cenderung rendah dengan temuan audit yang menunjukkan kelemahan struktural signifikan. Dengan mengintegrasikan laporan fraud daerah dan hasil evaluasi BPKP, penelitian ini mengungkap adanya epistemic gap antara reported fraud dan actual fraud risk. Ini menjadi kontribusi penting karena sebagian besar studi sebelumnya hanya berfokus pada data yang “terlihat”, tanpa mempertanyakan validitas sistem deteksi itu sendiri.
2. Penelitian ini mengembangkan kerangka analisis berbasis multi-gap framework yang mengidentifikasi enam celah utama secara simultan: *empirical gap*, *policy-implementation gap*, *institutional gap*, *data and technology gap*, *financial control gap*, dan *literature gap*. Pendekatan ini menghadirkan cara baca baru yang lebih komprehensif terhadap fraud JKN, tidak hanya sebagai fenomena tunggal, tetapi sebagai hasil akumulasi kegagalan lintas dimensi. Dalam literatur sebelumnya, gap-gap ini cenderung dibahas secara parsial dan tidak terintegrasi dalam satu model analitik.
3. Penelitian ini memperkenalkan perspektif *governance illusion*, yaitu kondisi di mana sistem tampak berjalan baik secara administratif—ditandai dengan rendahnya laporan fraud—namun secara substantif menyimpan deviasi yang tidak terdeteksi. Konsep ini memperkaya diskursus fraud di sektor kesehatan dengan menunjukkan bahwa keberhasilan semu dalam indikator formal justru dapat menjadi indikator kegagalan sistem deteksi.
4. Dari sisi metodologis, penelitian ini melakukan integrasi lintas sumber data yang jarang dilakukan dalam studi sebelumnya, yaitu mengombinasikan laporan operasional (tim fraud), audit independen (BPKP), serta literatur ilmiah internasional dalam satu kerangka analisis kritis. Pendekatan triangulasi ini memungkinkan pembacaan yang lebih dalam dan tidak terjebak pada bias administratif.
5. Penelitian ini mendorong pergeseran paradigma menuju model pencegahan fraud berbasis risiko dan berbasis data, yang tidak hanya menekankan kepatuhan administratif, tetapi juga kemampuan sistem dalam membaca pola, memprediksi risiko, dan melakukan intervensi dini. Ini menjadi kontribusi praktis sekaligus teoretis karena menjembatani gap antara perkembangan global (*data analytics*, *risk-based approach*) dengan praktik lokal yang masih bersifat administratif.

#### **D. PENUTUP**

##### **Kesimpulan**

Penelitian ini menghasilkan beberapa temuan utama yang secara langsung menjawab tujuan analisis terhadap fraud JKN sebagai fenomena sistemik:

1. Fraud JKN merupakan fenomena sistemik, bukan individual. Temuan menunjukkan bahwa fraud tidak dapat dipahami hanya sebagai deviasi perilaku, melainkan sebagai produk interaksi antara desain pembiayaan, tata kelola, dan kelemahan sistem pengawasan .
2. Terdapat *empirical gap* antara *reported fraud* dan *actual fraud risk*. Nihilnya laporan fraud pada periode tertentu tidak mencerminkan ketiadaan fraud, melainkan lemahnya sistem deteksi dan *underreporting*.
3. *Policy-implementation gap* masih dominan. Regulasi seperti Permenkes No.16/2019 telah komprehensif, namun implementasinya belum efektif akibat lemahnya integrasi sistem, kapasitas kelembagaan, dan koordinasi aktor.
4. Fragmentasi aktor memperlemah tata kelola fraud. Hubungan antar BPJS, dinas kesehatan, dan fasilitas kesehatan masih bersifat koordinatif, belum integratif, sehingga menciptakan celah pengawasan.
5. Kelemahan sistem informasi menjadi titik kritis. Absennya integrasi data dan analitik menyebabkan deteksi fraud bersifat reaktif, bukan preventif.
6. Pendekatan teoretis yang digunakan masih terbatas. Dominasi teori klasik gagal menjelaskan kompleksitas fraud sebagai fenomena sistemik.

#### **Rekomendasi**

Berdasarkan temuan penelitian, penguatan tata kelola fraud JKN perlu diarahkan pada transformasi sistem, bukan sekadar penambahan aktivitas administratif, sebagai berikut:

1. Diperlukan pergeseran mendasar dari pendekatan berbasis laporan menuju *risk-based fraud management*, dengan membangun sistem pemetaan risiko berbasis data klaim secara berkala. Pemerintah daerah dan BPJS Kesehatan perlu mengembangkan dashboard analitik sederhana untuk mendeteksi pola anomali sejak dini.
2. Fungsi tim fraud harus direstrukturisasi menjadi unit analitik yang operasional, bukan sekadar forum koordinasi. Setiap tim perlu memiliki output konkret berupa fraud risk mapping dan rekomendasi intervensi berbasis data.
3. Integrasi data menjadi prioritas strategis melalui pengembangan sistem data reconciliation antara data kependudukan, kepesertaan, dan utilisasi layanan, guna menutup celah manipulasi administratif yang selama ini terjadi .
4. Pengendalian klaim harus diperkuat di tahap awal melalui mekanisme *pre-claim validation*, khususnya pada kasus berisiko tinggi, disertai penguatan audit internal di fasilitas kesehatan.
5. Perlu dibangun model kolaborasi lintas aktor yang bersifat integratif dan berbasis data, bukan sekadar koordinatif. Forum bersama harus diarahkan pada pengambilan keputusan kolektif berbasis evidence.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

Achmad, T., Ghazali, I., & Pamungkas, I. D. (2022). Hexagon fraud: Detection of fraudulent financial reporting in state-owned enterprises Indonesia. *Economies*, 10(1), 13. <https://doi.org/10.3390/economies10010013>

- Ademola, A., George, C., & Mapp, G. (2024). Addressing the interoperability of electronic health records: The technical and semantic interoperability, preserving privacy and security framework. *Applied System Innovation*, 7(6), 116. <https://doi.org/10.3390/asi7060116>
- Agustini, P., Veranica, R., Dickson, D., & Mahadewi, E. P. (2025). Analysis of the possibility of fraud in the national health insurance program in Indonesia. *International Journal of Health Promotion*, 5(1). <https://doi.org/10.51601/ijhp.v5i1.394>
- Albagmi, S. (2024). Impact of inaccurate clinical coding on financial outcome: A study in a local hospital in Najran, Saudi Arabia. *F1000Research*, 13, 820.
- American Health Information Management Association (AHIMA). (2021). Impact of computer-assisted coding on coding accuracy and productivity.
- Anzola, A. (2025, December 10). Understanding DRG reviews and their role in payment integrity. *Machinify*. <https://www.machinify.com>
- Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP). (2024a). Laporan hasil penugasan evaluasi atas transformasi pembiayaan kesehatan pada Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2024 (Nomor PE.09.03/LHP-218/PW16/2/2024).
- Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP). (2024b). Laporan Hasil Evaluasi Transformasi Pembiayaan Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan Nomor PE.09.03/LHP-18/PW16/2/2024.
- Belrhiti, Z., Bigdeli, M., Lakhal, A., Kaoutar, D., Zbiri, S., & Belabbes, S. (2024). Unravelling collaborative governance dynamics within healthcare networks: A scoping review. *Health Policy and Planning*, 39(4), 412–428. <https://doi.org/10.1093/heapol/czae005>
- Cai, J., Yin, Y., Peng, Y., Xie, Y., Hu, H., & Wang, C. (2025). Why cooperation fails? An analysis of mechanisms and models in cross-border governance: A systematic literature review. *Frontiers in Political Science*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpos.2025.1713710>
- D'Andreamatteo, A., Grossi, G., Mattei, G., & Sargiacomo, M. (2024). The intersection between “the audit society” and public sector corruption and fraud: A literature review and future research agenda. *Qualitative Research in Accounting & Management*, 21(1), 29–40. <https://doi.org/10.1108/QRAM-01-2022-0012>
- Daisley, W. P. S., & Mortier, N. C. (2026). Healthcare reimbursement audits: What providers need to know. *Sands Anderson*.
- Dehghan, M., et al. (2026). Challenges and facilitators of electronic health record implementation: A scoping review. *International Journal of Medical Informatics*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan. (2024). Laporan Tim Fraud Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2024.
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan. (2025). Laporan tim pencegahan dan penanganan kecurangan (fraud) JKN tingkat provinsi Kalimantan Selatan tahun 2025.

- Einav, L., & Finkelstein, A. (2018). Moral hazard in health insurance: What we know and how we know it. *Journal of the European Economic Association*, 16(4), 957–982. <https://doi.org/10.1093/jeea/jvy017>
- Fabes, J., et al. (2022). Information asymmetry in hospitals: Evidence of the lack of cost awareness in clinicians. *Applied Health Economics and Health Policy*, 20(5), 693–706.
- Fauzia, R., & Rani, P. (2025). The role of the fraud hexagon in detecting financial restatements with audit quality as a moderator in Indonesia's healthcare sector (2020–2022). *JRSSEM*, 5(4).
- Febriansyah, S., Nasruddin, N., & Darni, S. (2025). Mewujudkan transparansi keuangan: Kolaborasi GCG dan manajemen risiko dalam mengurangi fraud. *Journal of Economics, Management, and Accounting*, 3(1).
- Gandolfi, S., Bellè, N., & Nuti, S. (2025). Please mind the gap between guidelines & behavior change: A systematic review and a consideration on effectiveness in healthcare. *Health Policy*, 151, 105191. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105191>
- Ghannam, D., Angelé-Halgand, N., & Kosremelli-Asmar, M. (2025). Fragmentation of healthcare systems: Challenges through patients' eyes. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 20(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2025.2598719>
- Hamid, Z., Khalique, F., Mahmood, S., Daud, A., Bukhari, A., & Alshemaimri, B. (2024). Healthcare insurance fraud detection using data mining. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 24, 112. <https://doi.org/10.1186/s12911-024-02512-4>
- Hana, M. Z., & Prabowo, H. Y. (2025). Implementing fraud prevention and detection strategies in Indonesia's National Health Insurance: A case study at BPJS Kesehatan Yogyakarta. *At-Taradhi: Jurnal Studi Ekonomi*, 16(1).
- Indriasih, D., Rahmatika, D. N., & Fajri, A. (2020). What (why) does factor influence fraud tendency in public sector? *Jurnal Inovasi Ekonomi*, 5(3), 93–98. <https://doi.org/10.22219/jiko.v5i03.9894>
- Inggi, P. G., & Achadi, A. (2024). Evaluation of fraud prevention policies in the national health insurance system in Indonesia: Narrative literature review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia*, 7(10). <https://doi.org/10.56338/mppki.v7i10.6164>
- International Social Security Association (ISSA). (2022). Detecting fraud in health care through emerging technologies.
- Islam, M. M., Ahmed, M., Palit, R., Rahman, M. S., & Islam, S. (2025). Fraud detection in privacy preserving health insurance system using blockchain technology. *Engineering Reports*. <https://doi.org/10.1002/eng2.70315>
- Janah, M., & Rahayu, A. Y. S. (2019). Study of fraud prevention in Indonesia national health insurance program: A collaborative governance approach. *International Business Information Management Association (IBIMA)*.

- Kajwang, B. (2022). Implications for big data analytics on claims fraud management in insurance sector. *International Journal of Technology and Systems*, 7(1).
- Kohar, Y. P., Darmawati, & Rahmawati, H. S. (2024). Overview of fraud dynamics in government: Trends, causes, and mitigation strategies. *Jurnal Economic Resource*, 7(2).
- Kristiana, I., Selima, N. S., & Setiawan, D. (2025). Revisiting fraud theories in Indonesian context: A systematic and critical literature analysis. *TIAR*, 15(1). <https://doi.org/10.14414/tiar.v15i1.5021>
- Kumaraswamy, N., Markey, M. K., Ekin, T., & Barner, J. C. (2022). Healthcare fraud data mining methods: A look back and look ahead. *Perspectives in Health Information Management*, 19(1), 1–10.
- 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, 1199912. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1199912>
- Macena, A., & de Oliveira, V. E. (2022). Discretion and local health policy implementation: Street-level bureaucrats and integrative and complementary therapies in Santos' local health units. *Primary Health Care Research & Development*, 23, e34. <https://doi.org/10.1017/S1463423622000172>
- Machmud, R., Syafrawati, S., Aljunid, S. M., & Semiarty, R. (2020). Does moral hazard occur in the implementation of social health insurance? Evidence from public hospitals in a rural province of Indonesia. *APF Journal*, 5(1). <https://doi.org/10.21532/apfjournal.v5i1.133>
- Martens, M., Danhieux, K., Van Belle, S., Wouters, E., Van Damme, W., Remmen, R., & Van Olmen, J. (2021). Integration or fragmentation of health care? Examining policies and politics in a Belgian case study. *International Journal of Health Policy and Management*, 11(9), 1668–1681.
- Muhammad, R., et al. (2025). Fraud detection and explanation in medical claims using GNN architectures. *Scientific Reports*.
- Mukhlis, E., & Halim, D. P. (2018). Violation reporting system as the implementation of fraud control plan in the public sector (A study at Dr. Moewardi Hospital). *Asia Pacific Fraud Journal*, 3(2), 307–318. <https://doi.org/10.21532/apfj.001.18.03.02.13>
- Owen, O. (2025). Real-time fraud detection in healthcare transactions using streaming machine learning models. *SSRN*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud).
- Razzaq, K., & Shah, M. (2025). Next-generation machine learning in healthcare fraud detection: Current trends, challenges, and future research directions. *Information*, 16(9), 730. <https://doi.org/10.3390/info16090730>
- Riswanti, H., Tohir, T., & Lucyanti, A. (2026). Evaluasi dan penguatan sanksi hukum dalam penanggulangan kecurangan (fraud) pada sistem pembayaran JKN di Indonesia. *JURRISH*, 5(2). <https://doi.org/10.55606/jurrish.v5i2.7257>

- Rossi, P., Tuurnas, S., & Stenvall, J. (2024). Street-level bureaucrats as policymakers in the implementation of information system in social services. *Public Management Review*, 27(3), 702–721. <https://doi.org/10.1080/14719037.2024.2362247>
- Rostamkalae, Z. K., Jafari, M., & Gorji, H. A. (2022). A systematic review of strategies used for controlling consumer moral hazard in health systems. *BMC Health Services Research*, 22, 1260. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08613-y>
- Sales, A. E., Farr, S. L., & Spertus, J. A. (2022). The influence of health behavior theory on implementation practice and science: Brief review and commentary. *Pharmacy*, 10(5), 115. <https://doi.org/10.3390/pharmacy10050115>
- Sharma, A., Gamta, V., & Luthra, G. (2023). Ensuring patient safety and trust: The critical importance of regulatory compliance in healthcare. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 35(18), 1–15. <https://doi.org/10.9734/jpri/2023/v35i187390>
- Shaw, J., & Glover, W. (2024). The political economy of digital health equity: Structural analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e46971. <https://doi.org/10.2196/46971>
- Siddiq, F. R., & Sutopo, B. (2024). The fraud hexagon as an analytical framework for predicting financial statement fraud: A systematic literature review. *Aplikatif: Journal of Research Trends in Social Sciences and Humanities*, 3(2).
- Sommersguter-Reichmann, M., & Reichmann, G. (2024). Untangling the corruption maze: Exploring the complexity of corruption in the health sector. *Health Economics Review*, 14, 50. <https://doi.org/10.1186/s13561-024-00530-6>
- Sumalatha, M. R., & Prabha, M. (2019). Mediclaim fraud detection and management using predictive analytics. *Proceedings of the International Conference on Computational Intelligence and Knowledge Economy (ICCIKE)*. <https://doi.org/10.1109/ICCIKE47802.2019.9004241>
- Tarjo, T., Vidyantana, H. V., Anggono, A., Yuliana, R., & Musyarofah, S. (2022). The effect of enterprise risk management on prevention and detection fraud in Indonesia's local government. *Cogent Economics & Finance*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/23322039.2022.2101222>
- Thiebes, S., Gao, F., Briggs, R. O., Schmidt-Kraepelin, M., & Sunyaev, A. (2023). Design concerns for multiorganizational, multistakeholder collaboration: A study in the healthcare industry. *Journal of Management Information Systems*, 40(1), 239–270.
- Villegas-Ortega, J., Bellido-Boza, L., & Mauricio, D. (2021). Fourteen years of manifestations and factors of health insurance fraud: A scoping review. *Health & Justice*, 9(26). <https://doi.org/10.1186/s40352-021-00149-3>
- Walker, D. M., Tarver, W. L., Jonnalagadda, P., Ranbom, L., Ford, E. W., & Rahurkar, S. (2023). Perspectives on challenges and opportunities for interoperability: Findings from key informant interviews with

- stakeholders in Ohio. *JMIR Medical Informatics*, 11, e43848.  
<https://doi.org/10.2196/43848>
- Wicaksono, E. N., & Khasanah, D. R. A. U. (2025). Legal analysis of hospital fraud in the implementation of the national health insurance program. *Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan*, 5(1).  
<https://doi.org/10.30649/jhek.v5i1.243>
- 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. *Journal of Accounting and Public Policy*.  
<https://doi.org/10.26905/ap.v10i1.12538>
- Wulan, S., Dirhan, D., Syavani, D., & Rahmiyati, A. L. (2025). Aspects of fraud prevention in the national health insurance program in Bengkulu Province, Indonesia: A realist evaluation. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Kesehatan*, 14(3). <https://doi.org/10.18196/jmmr.v14i3.642>
- Yulita, F., Efrilla, E., & Edwin. (2025). Tinjauan yuridis Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 tentang fraud dan fenomena pengembalian uang. *As-Syar'i: Jurnal Bimbingan & Konseling Keluarga*, 7(3).  
<https://doi.org/10.47467/as.v7i3.8416>
- Zhang, X., Chen, Y., & Yao, Y. (2021). Dynamic information asymmetry in micro health insurance: Implications for sustainability. *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, 46(3), 468–507.