

## ABSTRAK

Sistim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang telah diterapkan di Indonesia sejak tahun 2014 memiliki beberapa tantangan dalam pelaksanaannya termasuk *fraud*. Berdasarkan data KPK pada tahun 2016 di Indonesia *fraud* layanan kesehatan dengan nilai terbesar adalah *upcoding* senilai 50%. Pemaksimalan keuntungan, kesalahan pengkodean, kurangnya pedoman pengkodean yang jelas, kurangnya pelatihan koder, serta kurangnya koordinasi antara rumah sakit dan BPJS menjadi penyebab terjadinya *upcoding*. Tujuan penelitian ini adalah untuk memahami praktik *upcoding* pada rumah sakit di Semarang, memahami makna *upcoding* yang dilakukan oleh rumah sakit dari sisi BPJS dan penyedia layanan kesehatan (rumah sakit) dan memahami sistem pengendalian internal dalam mencegah *upcoding*. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan *case study*. Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa *upcoding* yang ditemukan oleh BPJS Kesehatan masih berupa indikasi atau *red flags* akan tetapi belum ada tindak lanjut yang tegas dari temuan *red flags* tersebut atau masih kurangnya *fraud awareness* baik dari BPJS Kesehatan maupun rumah sakit. BPJS Kesehatan masih belum menerapkan sanksi yang tegas jika terdapat pengulangan kasus pada klaim pending sehingga dapat memunculkan kesempatan *fraud*. Sedangkan rumah sakit tidak menindaklanjutinya sebagai sebuah risiko *fraud* yang berakibat pada sistem pengendalian internal rumah sakit. Peningkatan *fraud awareness* penting untuk mengurangi kesempatan terjadinya *fraud* dan peningkatan sistem pengendalian internal untuk mencegah *fraud*.

Keywords : Fraud, Fraud layanan kesehatan, sistem pengendalian internal, Upcoding