

# **Deteksi dan Investigasi Fraud dalam Asuransi Kesehatan: Bagaimana di Indonesia?**

*Yulita Hendrartini  
Universitas Gadjah Mada*

# Isi:

1. Pendahuluan
2. Definisi dan jenis Fraud
3. Kerugian akibat Fraud
4. Apakah Fraud merupakan tindakan kriminal?
5. Bagaimana Pencegahan dan pengendalian di Luar Negeri
6. Diskusi Penutup: Bagaimana di Indonesia?

# 1: Pendahuluan

- Fraud atau kecurangan pelayanan kesehatan merupakan bentuk kriminal “kerah putih” dan berefek terhadap sistem pembayaran kesehatan publik maupun swasta
- Biaya fraud dan penyalahgunaan pelayanan kesehatan yaitu sebesar 10% dari uang yang dibelanjakan untuk kesehatan selama setahun (HIAA, 1997)
- Fraud pelayanan kesehatan merupakan faktor dominan yang menyebabkan melambungnya biaya pelayanan kesehatan di Amerika Serikat.

## 2: Definisi Fraud

- Fraud adalah kesengajaan melakukan kesalahan terhadap kebenaran untuk tujuan mendapatkan sesuatu yang bernilai atas kerugian orang lain
- Upaya penipuan untuk memperoleh keuntungan pribadi.
- Definisi fraud bervariasi tergantung *legal jurisdiction*.

(Black' s Law Dictionary)

# TIGA PRASYARAT FRAUD

- Harus ada pernyataan atau data baik tertulis maupun tidak tertulis yang menunjukkan adanya ***penyimpangan***
- Orang atau pihak tersebut mengetahui bahwa tindakan yang dilakukan adalah tidak benar (***Kesengajaan***)
- Harus ***ada keuntungan*** yang diperoleh oleh orang atau pihak yang membuat pernyataan dan harus ada pula pihak yang dirugikan

# Fraud Pelayanan kesehatan

- Segala bentuk kecurangan dan ketidakwajaran yang dilakukan berbagai pihak dalam mata-rantai pelayanan kesehatan untuk memperoleh keuntungan sendiri yang (jauh) melampaui keuntungan yang diperoleh dari praktek normal.
  - Pemeriksaan yang tidak atas indikasi
  - Peresepan bahan dan obat yang manfaatnya masih diperdebatkan

# **TIGA PELAKU UTAMA FRAUD**

- **Pemberi Pelayanan Kesehatan**
- **Peserta / Pasien**
- **Asuransi Kesehatan**

# Contoh Fraud Kesehatan

- Mempengaruhi pasien untuk menjalani tindakan bedah atau tindakan medik lain yang sebenarnya tidak perlu → **supply induced demand**
- Tagihan jasa yang tidak pernah dilakukan → **tagihan fiktif**
- Pemberian obat-obatan **atas indikasi yang tidak jelas manfaatnya**
- Pemeriksaan laboratorium dan diagnostik atas indikasi yang **tidak tepat** → **over utilisasi**
- Pemakaian kamar operasi (besar) untuk tindakan yang sebenarnya tidak memerlukan kamar operasi besar → **over treatment**



# Contoh Fraud Kesehatan

## (lanjutan)

- Pemalsuan diagnosa untuk mensahkan pelayanan yang tidak dibutuhkan dan tarif yang mahal (**Upcoding**)
- Tagihan untuk pembayaran yang tidak disertai dengan tersedianya dokumen seperti sinar X atau hasil laboratorium
- PPK tidak *qualified*, tetapi memiliki izin sebagai PPK dan spesialis
- Jual beli kartu Jamkesmas/BPJS → Orang yang sakit yang tidak berhak mendapat pelayanan kesehatan
  - Pemalsuan identitas
    - merugikan perusahaan penjamin
    - mendorong kenaikan premi.

# 3: Kerugian akibat Fraud

- Di US
- Proyeksi di Indonesia

# Besaran Fraud Kesehatan

- USA 2006: 20% dari volume industri kesehatan USA yang bernilai US \$ 2 triliun per tahun
  - Setara dengan US\$ 400 milyar; melebihi GDP
- Indonesia : mungkin prosentasenya lebih besar. **Mengapa?**
  - Bila 20% dari volume industri kesehatan Indonesia yang bernilai Rp. 260 trilliun per tahun (2007), setara dengan Rp. 52 trilliun

estimated between 5 and 10 percent of total health care expenditures

# POTENSIAL LOSS

- Prediksi premi BPJS 2014 : sekitar 38,5 T
  - Kepesertaan : jamkesmas Askes, Jamsostek, TNI POLRI, dan sebagian BUMN



POTENSIAL FRAUD SEKITAR 5%  
=1,8 T

**→ SIAPA YANG MENGONTROL DAN MENGAWASI ??**

# Bagian 4.

- Perlakuan Fraud:
- Apakah Tindakan Kriminal atau bukan
- Bagaimana hukumnya?

# Perlakuan Fraud

- Dapat diperlakukan sebagai **kejahatan**
  - (kriminal)
- Dalam keadaan lain dapat dianggap sebagai **penipuan**
  - (perdata)

# **Bagian 5. Siapa dan Lembaga mana yang Mencegah dan Mengawasi?**

- Di Luar Negeri
- Di Indonesia

# Lembaga Pengawasan dan Penanganan Fraud Pelayanan Kesehatan di Amerika Serikat:

- Departemen Kehakiman
  - Divisi kriminal
  - Divisi perdata
- Departemen Kehakiman bekerja sama dengan FBI dan inspektur jenderal dari Departemen kesehatan membentuk **Health Care Fraud and Abuse Control Program (HCFAC)**



# FBI

- Tidak punya otoritas prosecution, tetapi diberi tugas untuk menyelidiki kecurangan pelayanan kesehatan kriminal
- FBI saat ini mempunyai ratusan personel tetap yang spesial ditugasi untuk menyelidiki pelayanan kesehatan kriminal
  - Bekerjasama dengan inspektorat jenderal untuk menyelidiki skema kecurangan pada program Medicaid (jamkesmas)

# NATIONAL ASSOCIATION OF INSURANCE (NAIC) → setara OJK ??


- Organisasi nasional yang beranggotakan pejabat negara yang bertugas mengatur organisasi asuransi kesehatan → tidak mempunyai kekuasaan resmi tetapi berpengaruh besar
- Asosiasi dibentuk untuk mempromosikan keseragaman peraturan perasuransian secara nasional
  - Persyaratan keuangan
  - benefit

# PENGAWASAN MEDICAID / PBI

- **Medicaid Fraud Control Unit** → is a single identifiable entity of state government, annually certified by the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services,
  - that conducts a statewide program for the investigation and prosecution of health care providers that defraud the Medicaid program.
  - Pendanaan : 75% ditanggung pemerintah pusat (dianggarkan melalui Department of Health and Human Services.) dan 25% oleh propinsi.

# DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (PERPRES 44/2008)

- Tugas :
  - Melakukan **kajian dan penelitian** yang berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan sosial
  - Mengusulkan **kebijakan investasi dana** JSN
  - Mengusulkan **anggaran jaminan sosial bagi PBI** dan tersedianya anggaran operasional



Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya DJSN dapat :  
Meminta masukan dari masyarakat dan bantuan tenaga ahli sesuai dengan kebutuhan

# WEWENANG DJSN

- DJSN berwenang melakukan **monitoring dan evaluasi** program jaminan sosial untuk menjamin terselenggaranya program jaminan sosial dan **tingkat kesehatan keuangan** BPJS sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada masing masing BPJS

## 6. Diskusi

Bagaimana Pengawasan dan Pencegahan Fraud di Indonesia?

- Kemenkes
- KPK
- OJK
- DJSN
- .....



# Penutup

- Permasalahan fraud kesehatan merupakan sesuatu yang relatif baru di Indonesia
- Fraud merupakan bentuk kriminal “kerah putih” dan berefek melambungnya biaya pelayanan kesehatan
- Di Indonesia, perlu lembaga pengawas untukantisipasi Fraud → melibatkan semua institusi terkait yang dapat berkontribusi terhadap program anti fraud , tetapi jangan sampai **OVERLAPPING**