



Seminar
PERAN KEPALA DINAS
KESEHATAN, DIREKTUR RUMAH
SAKIT DAN KETUA KOMITE
MEDIK DALAM MENCEGAH
***FRAUD* PADA PELAKSANAAN**
JAMINAN KESEHATAN
NASIONAL

15 Maret 2014

Sebuah program di

ANNUAL SCIENTIFIC MEETING

dalam rangka

DIES NATALIES FK UGM ke 68 dan ULANG
TAHUN RSUP DR. SARDJITO ke 32

Pengantar Kegiatan

- Memahami mengapa perlu perhatian pada fraud
- Fraud dan potensinya di Indonesia
- Skenario penanganan fraud di dalam Jaminan Kesehatan Nasional (Hasil Diskusi di Jakarta)
- Tujuan Pertemuan
- Langkah lebih lanjut

Mengapa perlu memperhatikan Fraud di Jaminan Kesehatan?



Tidak terlepas dari perkembangan Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia

Dari out of pocket/fee-for-service ke Jaminan Kesehatan berbasis pembayaran tipe DRG.

Sistem Klaim INA-CBG dalam Jaminan Kesehatan Nasional:



Dapat menjadi pemicu untuk fraud seperti yang terjadi di negara lain

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)

Fraud di pelayanan kesehatan

- Fraud atau kecurangan pelayanan kesehatan merupakan bentuk kriminal “kerah putih” yang canggih dan berefek terhadap sistem pembayaran kesehatan publik maupun swasta
- Fraud pelayanan kesehatan merupakan faktor dominan yang menyebabkan melambungnya biaya pelayanan kesehatan di Amerika Serikat.
- Di Indonesia, dalam sistem Jamkesmas sudah ada gejala Fraud walaupun belum dapat dibuktikan

Contoh Fraud Kesehatan

Pihak Pengelola Jaminan:

- Melakukan korupsi tradisional
- Melakukan pembayaran klaim yang tidak ada
- Membiarkan RS melakukan fraud, atau melakukan down-coding

Pihak RS/Provider:

- Pemalsuan diagnosa untuk mensahkan pelayanan yang tidak dibutuhkan dan tarif yang mahal (**Upcoding**)
- Tagihan jasa yang tidak pernah dilakukan → **tagihan fiktif**
- Pemeriksaan laboratorium dan diagnostik atas indikasi yang **tidak tepat**
- Pemonudukan pasien di RS yang tidak perlu.

dan berbagai hal lainnya

Contoh Kasus Upcoding:

Mengapa mungkin terjadi?

Perbedaan tarif INA CBG berdasarkan tingkat kesulitan prosedur/keparahan



Dapat memicu Fraud

Prosedur	Kategori	Kelas III	Kelas II	Kelas I
		Dibulatkan dalam juta		
OPERASI CAESAR	Ringan	5	7	8
	Sedang	6	7	8
	Berat	8	10	12
INFARK MIOKARD AKUT	Ringan	7	8	9
	Sedang	12	14	16
	Berat	17	20	24
KATETERISASI JANTUNG	Ringan	10	12	14
	Sedang	13	16	19
	Berat	28	34	40
BYPASS KORONER	Ringan	55	66	77
	Sedang	66	80	93
	Berat	91	110	128

Kerugian yang terjadi:

- BPJS membayarkan claim lebih besar dari yang seharusnya
- RS dapat menerima pembayaran yang menguntungkan dari tindakan ini

- Merupakan tindakan yang dapat menular
- Rumahsakit yang melakukan, tidak terdeteksi, dan tidak ditindak akan menjadi contoh bagi RS lain untuk melakukannya
- Tanpa pencegahan dan penindakan: Kerugian akan membesar, dan terus membesar



Kerugian akibat Fraud

- **Estimasi di Amerika Serikat**
- **Proyeksi di Indonesia**

DI Amerika Serikat (sumber FBI 2013)

estimated between 5 and 10 percent
of total health care expenditures

Proyeksi kerugian akibat Fraud di Indonesia

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



Potensi kerugian fraud dengan angka di Amerika Serikat

Hitungan 5% = 1.8 T

Hitungan 10% = 3.6T

Proyeksi di Indonesia

- Fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia terkonsentrasi di daerah maju, terutama yang mempunyai teknologi tinggi;
- Fraud mungkin akan menyedot dana BPJS, dan lebih sering dilakukan oleh RS-RS serta oknum dokter di Jawa karena masalah jumlah dan kesempatan;
- Fraud mungkin akan memperburuk keseimbangan pembiayaan kesehatan antara daerah sulit dan maju.

Ketersediaan Dokter dan Spesialis

Ketersediaan	DIY	Kekurangan	NTT	Kekurangan
Dokter Spesialis	1375	?	65	157
Dokter Umum	1214	?	570	776
Dokter Gigi	611	?	158	211

Sumber: Profil Kesehatan DIY 2013

Sumber: Profil Kesehatan NTT 2013-PPT Dr. SMJ Koamesah, MMR., MMPK

Catatan tentang jumlah penduduk:

NTT: 4.6 juta orang, DIY: 3.5 juta orang

Untuk pencegahan Fraud di JKN:

PKMK FK UGM mengembangkan:

- Kajian awal di tahun 2013
- Seri Diskusi dengan para pakar
- Pelatihan memahami Fraud melalui Web (termasuk sesi ini)
- Penelitian di sistem kesehatan, di manajemen RS, dan di pelayanan klinik RS



Bagaimana Skenario Fraud di JKN?

- Hasil Diskusi di PKMK dengan beberapa pakar di Gedung Granadi tanggal 26 Februari 20134

Beberapa skenario

- **Skenario A:** Tidak ada fraud di JKN karena moral dan perilaku pemberi pelayanan dan BPJS bersifat baik;
- **Skenario B:** Ada fraud di pelayanan kesehatan, BPJS membiarkan, dan tidak ada penegakan hukum
- **Skenario C:** Ada fraud di pelayanan kesehatan, BPJS berusaha mencegah, ada tindakan dari penegak hukum

Skenario A:

Tidak ada fraud di JKN
karena moral dan perilaku
pemberi pelayanan dan
BPJS bersifat baik;

- Bagaimana
Probabilitasnya?

Skenario B:

- Ada fraud di pelayanan kesehatan, BPJS membiarkan, dan tidak ada penegakan hukum.
- Bagaimana probabilitasnya?

Mengapa fraud mungkin terjadi di Indonesia?

- Kompensasi karena persepsi pemberi pelayanan akan besaran INA CBG yang dianggap rendah
- IT di RS belum siap untuk memperoleh data fraud. Data fraud yang ditemukan PT Askes tahun lalu, masih jauh di bawah 1%.
- Data claim setelah diverifikasi 15 hari, belum dilakukan investigasi.
- Pemberantasan Fraud masih belum mempunyai kekuatan hukum: KPK belum memikirkan sampai penyelidikan; Otoritas Jasa Keuangan masih dalam situasi observasi; Polisi belum bergerak.
- Motivasi mencari “keuntungan ekonomi” merupakan naluri dasar manusia.

Yang terjadi dalam skenario B:

- OJK dan DJSN tidak ada kegiatan terkait dengan fraud;
- BPJS tidak melakukan apa-apa;
- KPK baru bergerak dalam tahap Pencegahan
- KPK tidak mempunyai tenaga cukup untuk penindakan
- Bagi KPK terlihat kemungkinan kesulitan penindakan di RS Swasta
- Polisi tidak melakukan penindakan karena tidak memahami masalahnya

Kekawatiran:

- Kerugian negara diperkirakan akan bertambah namun bukti sulit didapat;
- Tanpa ada pencegahan dikawatirkan fraud akan menjadi budaya kerja tenaga kesehatan dan manajer rumahsakit
- Ada kemungkinan terjadi fenomena menular. Keberhasilan sebuah RS untuk melakukan fraud tanpa ditindak akan mendorong RS lain melakukan hal serupa

Skenario C:

Ada fraud di pelayanan kesehatan, BPJS berusaha mencegah, ada tindakan dari penegak hukum

- Berapa kemungkinan skenario ini?
- Terjadi situasi yang mirip di Amerika Serikat dimana pengawasan eksternal dan tindakan dari penegak hukum dijalankan bersama.

Hasil diskusi:

Sebagian besar pakar dan pemimpin lembaga melihat Skenario C lebih mungkin terjadi di banding A dan B.

Dalam Skenario C: Siapa yang melakukan Pencegahan dan Pengawasan?

Internal di BPJS:

Unit anti Fraud dalam struktur BPJS yang saat ini sudah dibentuk

Eksternal BPJS;

- Dewan SJSN
- Pengawas Independen: OJK
- KPK (khususnya untuk pencegahan).
- Kemenkes/Dinas Kesehatan (?)
- Polisi (Bareskrim)

Aspek negatif

- Dapat menyakitkan kalau memang ada dokter atau manajer rumahsakit yang masuk penjara karena fraud.

Aspek positif

- Terjadi pencegahan dan penindakan yang diharapkan mampu mengurangi kerugian negara akibat fraud
- Mencegah fraud menjadi “penyakit menular” dalam manajemen JKN

Tantangan:

- Bagaimana pencegahan dan penindakan fraud di sektor kesehatan
- Adakah pemimpin di bidang kesehatan yang menyadari hal ini?
- Apakah perlu ada penelitian-penelitian tentang fraud? Bagaimana caranya?



Tujuan dan Manfaat Seminar hari ini:

Tujuan secara umum:

- Membahas peran para *leader* di sistem kesehatan dan manajemen RS untuk mencegah terjadinya penyimpangan berupa fraud dalam implementasi JKN tersebut, serta
- Membahas strategi untuk meningkatkan kinerja komite medis dalam implementasi *clinical governance* di RS untuk mencegah fraud.

Pembahasan di:

- Level Sistem Kesehatan
- Level Manajemen Rumahsakit
- Level Pelayanan Klinik oleh tenaga Medik

Manfaat untuk pengembangan leadership

- Para pemimpin di sektor kesehatan dapat menggunakan informasi ini untuk mencari solusi akibat adanya fraud
- Para pemimpin dapat di Dinas Kesehatan, Kantor Cabang BPJS, Direksi RS, sampai ke para spesialis dan Komite Medik

Manfaat lebih lanjut untuk para peneliti:

- Menjadi bahan untuk perumusan masalah penelitian di berbagai sistem
- Pertemuan ini bagian dari Blended Learning untuk memahami masalah fraud di sektor kesehatan pasca JKN dan penyusunan proposal penelitian.

Apa topik penelitian yang akan dibahas?

- Di sistem kesehatan, termasuk hubungan Dinas Kesehatan dengan berbagai stakeholders (BPJS, Dewan SJSN, KPK, OJK, lembaga penegak hukum, dll)
- Di manajemen RS termasuk melihat ke data klaim di BPJS.
- Di dalam sistem governance klinis

Dari Seminar ini:

- Hasil akan dibahas dalam Blended Learning selama 2 bulan ke depan untuk menghasilkan proposal penelitian
- Blended Learning di www.mutupelayanankesehatan.net

Peserta Pertemuan hari ini:

Kelompok-kelompok:

1. Tatap Muka di Kampus: sekitar 100 orang.
2. Melalui Jarak Jauh:
 - Para peneliti di berbagai FK dan FKM melalui Webinar: 60 orang
 - Peserta melalui Live-streaming:



Sesi 1

Panel: Implementasi JKN, Potensi Terjadinya Fraud, dan Mekanisme Pengawasan dalam Sistem Kesehatan

Pembicara:

- Dirjen BUK Kementerian Kesehatan
- Direktur BPJS
- Ketua Dewan Jaminan Sosial Nasional
- PKMK FK UGM (Dr.Hanevi Jasri MARS)

Sesi-sesi Paralel

(menjadi 3 kelompok)

Sesi Paralel 1:

- Peran Pimpinan Dinas Kesehatan dalam Pengawasan JKN

Sesi Paralel 2:

- Peran Direktur RS dalam Mencegah terjadinya Fraud pada Pelaksanaan JKN di RS

Sesi Paralel 3:

- Peran Komite Medik dalam Kerangka *Clinical Governance* untuk Mencegah *Fraud* di RS

Sesi Akhir (Pleno)

- Rangkuman
- Persiapan lebih lanjut untuk Blended Learning mengenai Fraud.
- Penetapan agenda penelitian-penelitian untuk memahami lebih lanjut pencegahan dan penindakan fraud

Selamat berseminar

- Terimakasih