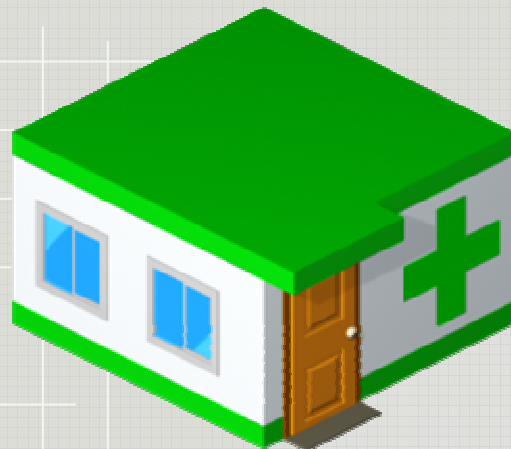
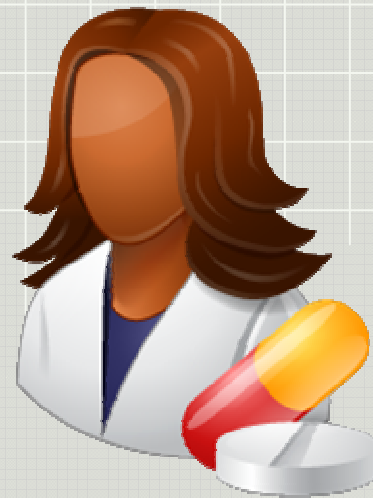


Fraud Pelayanan Kesehatan



Edisi Oktober 2013

Edisi ini merupakan adaptasi, penyempurnaan dan penyesuaian yang ide dasarnya diambil dari buku *“Health Care Fraud: An Introduction to Detection, Investigation and Prevention”* yang diterbitkan oleh Center for Insurance Education Professional Development dari America’s Health Insurance Plans (AHIP), tahun 2001. Edisi Oktober 2013 ini dilakukan oleh Dra. Nurbaiti, M.Kes, MPH dan Dr. Susilo Surachmad, SE, MPH, HIA dan Ir. Heru Susmono.

Fraud Pelayanan Kesehatan

Buku ini dipersiapkan sebagai bahan utama pendidikan profesi asuransi kesehatan yang diujikan oleh PAMJAKI. Untuk informasi lengkap tentang pendidikan profesi asuransi kesehatan silakan kunjungi website PAMJAKI di www.pamjaki.org

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak isi buku ini baik sebagian atau seluruhnya dalam bentuk apapun tanpa izin tertulis dari Penerbit

Diterbitkan oleh

PAMJAKI

(Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia)

Jakarta.

Sanksi Pelanggaran Pasal 44 : Undang-undang No. 7 tahun 1987

Tentang Perubahan atas Undang-undang Nomor 6 Tahun 1982

Tentang Hak Cipta

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/ atau denda paling banyak Rp 100.000.000,- (seratus juta rupiah)
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/ atau denda paling banyak Rp 50.000.000,- (lima puluh juta rupiah)

KATA PENGANTAR

Keinginan untuk membuat bahan pendidikan profesi untuk ujian Ahli Asuransi Kesehatan sudah lama diidamkan oleh Pengurus PAMJAKI, namun demikian, perkembangan perasuransian dan kesibukan penulis yang juga merupakan pengurus PAMJAKI menyebabkan keinginan tersebut baru kali ini terwujud. Sebelum buku ini disusun, ujian PAMJAKI menggunakan buku *Fraud: The Hidden Cost of Health Care* yang diterbitkan oleh *Health Insurance Association of America*, dan diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia oleh DR. Drg. Yaslis Ilyas, MPH (kerjasama antara *Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI* dan *PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia*) pada Mei 2000.

Mulai akhir Oktober 2013 buku tersebut digantikan dengan buku ini yang dipersiapkan oleh Dra. Nurbaiti. M.Kes, MPH dan Dr. Susilo Surachmad, SE, MPH, HIA dan Ir. Heru Susmono. Sumber utama penulisan buku ini diambil dari buku *Health Care Fraud: An Introduction to Detection, Investigation and Prevention* dari *America's Health Insurance Plans (AHIP)* edisi 2001.

Kami berharap buku ini dapat memudahkan calon peserta ujian dalam mempersiapkan diri menghadapi ujian **PAMJAKI** untuk memperoleh pengakuan sebagai **profesional**, baik sebagai **Ajun Ahli Asuransi Kesehatan** ataupun **Ahli Asuransi Kesehatan**. Diharapkan buku ini bermanfaat pula bagi para mahasiswa di bidang kesehatan ataupun praktisi asuransi dalam mencari bahan-bahan rujukan yang terkait dengan asuransi kesehatan.

Akhir kata, untuk meningkatkan kualitas pembelajaran di masa depan PAMJAKI mengundang para pembaca untuk memberikan kritik dan saran bagi penyempurnaan buku ini. Kritik dan saran dapat disampaikan melalui sekretariat@pamjaki.org.

Selamat belajar, Semoga sukses!

Oktober 2013

PAMJAKI

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Bab 1. Sekilas tentang fraud Pelayanan Kesehatan	1
1.1. Pendahuluan	1
1.2. Defenisi kecurangan atau fraud.....	2
1.3. Fraud asuransi.....	3
1.4. Fraud pelayanan Kesehatan	3
1.5. Fraud Pelayanan Kesehatan vs Penyalahgunaan Pelayanan Kesehatan.....	4
1.6. Jenis fraud Pelayanan kesehatan.....	4
a. Fraud oleh provider	4
b. Fraud oleh konsumen	5
c. Fraud oleh agen, broker, dan Karyawan perusahaan asuransi.	6
1.7. Fraud pada <i>Fee-for-Service</i> vs fraud pada kapitasi	7
1.8. Ringkasan	7
Bab 2. Fraud dan Abuse oleh Provider	9
2.1. Pendahuluan.....	9
2.2. Klaim palsu.....	9
2.3. Skema Penagihan.....	10
a. <i>Upcoding</i>	10
b. <i>Unbundling</i>	11
c. Penagihan untuk pelayanan yang tidak dijamin	11
2.4. Fraud Diagnosa dan Pelayanan yang tidak perlu.....	12
a. DRG Creep.....	12
2.5. Penggunaan berlebihan atau Overutilisasi	12
2.6. Fraud Tanggal Layanan	13
2.7. Pembebasan lur Biaya	14
2.8. Skema Pelayanan Medis Gratis.....	14

2.9. Suap, rabat, dan pemecahan biaya	14
2.10. Penipu	15
2.11. Fraud oleh Apotek, laboratorium dan agen jasa penagihan.....	15
a. Apotek.....	15
b. Laboratorium	16
c. Agen Jasa Penagihan	16
2.12. Ringkasan	17
Bab 3. Fraud oleh Konsumen	18
3.1. Pendahuluan	18
3.2. Fraud klaim	18
a. Pengajuan klaim Langsung.....	18
b. Pengalihan Manfaat.....	19
c. Fraud Klaim dari Negara Asing	19
d. Spekulasi Asuransi	19
e. Fraud berantai dan Kecelakaan Kendaraan Bermotor.....	20
3.3. Fraud aplikasi	20
3.4. Fraud Kelayakan atau eligibilitas	21
a. Fraud Eligibilitas Berdasarkan Status tanggungan	21
b. Fraud Eligibilitas Berdasarkan Status Pekerjaan	22
3.5. Fraud Konsumen dan Asuransi kesehatan kumpulan.....	22
a. Swa-kelola dan verifikasi awal klaim oleh pemegang Polis	22
b. Kumpulan fiktif	23
3.6. Ringkasan	23
Bab 4. Fraud oleh Agen, Broker, dan Karyawan	25
4.1. Pendahuluan	25
4.2. Fraud oleh Agen/Broker	25
a. Fraud Aplikasi.....	25

b. Iklan palsu	26
c. Misrepresentasi Pertanggungangan	26
d. Penggantian polis secara tidak benar	27
4.2. Fraud oleh Karyawan perusahaan asuransi	28
4.3. Ringkasan	28
5. Fraud pada Managed Care.....	29
5.1. Pendahuluan	29
5.2. Fraud Kapitasi	29
a. Underutilisasi	29
b. Rujukan yang tidak tepat.....	30
5.3. Fraud oleh Provider Lainnya	30
a. Suap	30
b. Diagnosa palsu	30
c. Menarik selisih biaya.....	31
d. Fraud <i>Copayment</i>	31
e. Misrepresentasi dalam kredensialing	31
f. Fraud oleh Provider Pelayanan Kesehatan Lainnya.....	31
5.4. Fraud oleh Konsumen	32
5.5. Fraud <i>fee for service</i> pada Managed Care	32
5.6. Ringkasan	32
Bab 6. Fraud Asuransi Disabilitas Pendapatan	33
6.1. Pendahuluan	33
6.2. Fraud Aplikasi.....	33
a. Misrepresentasi terhadap Faktor disabilitas	33
b. Misrepresentasi Keuangan	34
c. Fraud Aplikasi pada Asuransi Disabilitas kumpulan	35
6.3. Fraud Klaim	35

a. Misrepresentasi disabilitas pada klaim	36
b. Misrepresentasi Keuangan Klaim	37
6.4. Ringkasan	37
Bab 7. Frekuensi Berbagai Jenis Fraud	39
7.1. Pendahuluan	39
a. Berdasarkan Jenis Pelaku	39
b. Berdasarkan Jenis Skema	41
7.2. Tren kedepan dari Fraud Pelayanan Kesehatan	42
a. Apakah Fraud memang meningkat? Atau apakah kesadaran terhadap Fraud yang meningkat?	42
b. Pembayaran dengan Kartu Kredit	42
c. Internet	42
7.3. Ringkasan	43
Bab 8. Program Anti-Fraud perusahaan asuransi	44
8.1. Pendahuluan	44
8.2. Program Anti-Fraud	44
a. Pernyataan Kebijakan Anti-Fraud dan Rencana Anti-Fraud	44
b. Unit Khusus Investigasi	44
c. Pelatihan Karyawan dan Prosedur anti-Fraud	45
d. Kerjasama antar bagian	46
e. Kerjasama dengan Instansi Pemerintah dan Perusahaan asuransi lainnya	46
f. Pendidikan Konsumen dan Provider	46
8.3. Mengejar Kasus Fraud: Deteksi, Investigasi, dan Litigasi	46
8.4. Kegiatan Anti-Fraud dari berbagai departemen di Perusahaan Asuransi	47
a. Departemen Pelayanan pelanggan	47
b. Underwriting dan Departemen Aktuaria	47
c. Sistem Informasi	48
d. Departemen Hubungan Masyarakat	48

e. Departemen Hukum	48
f. Departemen Medis	48
8.5. Pertimbangan dalam Merancang Program Anti-Fraud.....	49
8.6. Ringkasan	50
Bab 9. Mendeteksi Fraud	51
9.1. Pendahuluan	51
9.2. Pedoman Deteksi	51
9.3. Proses Klaim Elektronik dan Fraud	52
9.4. Teknologi Anti-Fraud	52
a. <i>Systems Red flag</i>	53
b. Sistem Profiling Provider	53
c. <i>Upcoding dan unbundling</i>	53
d. Teori Analisis Agregat	54
e. Analisis Data Canggih	54
9.5. Teknologi baru	54
a. Artificial Intelligence dan Fuzzy Logic	54
b. Analisis Tautan	55
c. Neural Networks	55
d. Algoritma Genetika	55
9.6. Sumber Data	56
a. File Provider	56
b. File eligibilitas calon tertanggung	56
c. Sumber luar	56
d. Database dari Sponsor Pemerintah	56
9.7. Cara lain Mendeteksi Fraud	57
a. Perilaku <i>Claimant</i>	57
b. Medical Review	57

c. Audit Klaim Pasca Pembayaran.....	58
9.8. Tren kedepan.....	58
9.9. Ringkasan.....	58
10. Investigasi: Review File dan Rekaman.....	59
10.1. Pendahuluan.....	59
10.2. File dan Rekaman yang diperiksa.....	59
10.3. File dan Rekaman Perusahaan asuransi.....	60
a. File Klaim.....	60
b. File Investigasi sebelumnya.....	60
c. File Aplikasi Asuransi.....	60
d. Riwayat Pembayaran dan riwayat NPWP.....	61
e. File dan rekaman perusahaan asuransi lainnya.....	61
10.4. Rekaman Lainnya.....	61
a. Rekaman Medis Tertanggung.....	61
b. Rekaman Lisensi Provider.....	63
c. Rekaman Keuangan.....	63
d. Rekaman milik instansi dan lembaga pemerintah.....	63
e. Catatan dan Informasi lain- lainnya.....	63
10.5. Informasi mengenai Latar Belakang.....	64
10.6. Ringkasan.....	65
11. Investigasi: Wawancara dan <i>Surveillance</i>	66
11.1. Pendahuluan.....	66
11.2. Merencanakan dan Melaksanakan Wawancara.....	66
a. Wawancara tatap muka, telepon, atau tertulis?.....	66
b. Urut-urutan Wawancara.....	67
c. Mewawancarai Anak-anak.....	68
11.3. Merekam Wawancara.....	68

11.4. Signed Statements and Affidavits	68
11.5. <i>Surveillance</i>	70
a. Rekaman Percakapan.....	70
b. Operasi penyamaran	71
11.6. Ringkasan	71
12. Investigasi: Bukti dan Pelaporan.....	72
12.1. Pendahuluan	72
12.2. Apa yang dimaksud dengan Bukti?.....	72
12.3. Memelihara Integritas Bukti	72
a. Prosedur bukti	73
12.4. Pertimbangan lain mengenai Bukti.....	74
a. Aturan Bukti Terbaik.....	74
b. Cap pos	74
c. Faksimili.....	75
d. Kontak Pelanggan	75
e. Klaim Otomatis	75
12.5. Laporan Investigasi	75
12.6. Standar Bukti	76
12.7. Ringkasan	77
Bab 13. Deteksi dan Investigasi Fraud pada Managed Care	78
13.1. Pendahuluan	78
13.2. Pengaturan Kontrak.....	78
13.3. <i>Red Flags</i> pada Managed Care	79
a. <i>Red Flags</i> yang menunjukkan underutilisasi	79
b. <i>Red Flags</i> Lainnya	80
13.4. Berkas kredensialing Provider	80
13.5. Ringkasan	81

14. Deteksi dan Investigasi Fraud Pada Disabilitas Pendapatan.....	82
14.1. Pendahuluan.....	82
14.2. <i>Red flag</i>	82
14.3. Wawancara.....	82
14.4. <i>Surveillance</i>	83
14.5. Ringkasan.....	84
Bab 15. Kolaborasi Upaya Anti-Fraud.....	85
15.1 Pendahuluan.....	85
15.2. Konsumen dan Provider.....	85
a. Mempromosikan Kesadaran akan Fraud.....	85
b. Peringatan tentang Fraud.....	85
c. Penjelasan Manfaat.....	86
d. Hotline.....	86
e. Program imbalan hadiah.....	86
15.3. Kolaborasi dengan Instansi Pemerintah dan dengan Perusahaan asuransi lainnya.....	87
15.4. Instansi Pemerintah yang terlibat dalam Upaya Anti-Fraud.....	88
a. Pemerintah Negara bagian.....	88
b. Department of Justice.....	89
c. Department of Health and Human Services.....	89
d. Agen Federal Lainnya.....	89
e. Kolaborasi institusi Pemerintah.....	90
15.5. Asosiasi Anti-Fraud.....	91
a. Health Insurance Association of America.....	91
b. National Health Care Anti-Fraud Association.....	91
c. International Claim Association.....	91
d. Asosiasi Regional.....	91
15.6. Jasa Investigasi Komersial.....	91

15.7. Ringkasan	92
Bab 16. Hukum Terhadap Fraud pelayanan Kesehatan	93
16.1. Pendahuluan	93
16.2. Hukum Pidana dan Perdata	93
16.3. Hukum Umum	93
16.4. Hukum Negara bagian AS	94
a. New Jersey	94
b. Illinois	94
c. NAIC Model Act	95
d. Commercial bribery statue	95
16.5. Hukum pemerintah federal AS	95
a. Fraud melalui pos	95
b. Fraud melalui telegram	96
c. HIPAA dan Kejahatan pada Fraud Pelayanan Kesehatan	96
d. The Racketeer Influenced and Corrupt Organizations Act	96
e. <i>The Employee Retirement Income Security Act</i>	96
16.6. Hukum Terhadap Fraud Pelayanan kesehatan dalam Program Pemerintah	97
a. False Claims Act	97
b. Laporan Palsu ke Instansi Pemerintah	97
c. Statuta Anti-Kickback	97
d. Undang-undang Stark	98
16.7. Restitusi	98
16.8. Ringkasan	99
Bab 17. Masalah Hukum yang Mempengaruhi Aktivitas Anti-Fraud	100
17.1. Pendahuluan	100
17.2. Gugatan Terhadap Penanggung	100
a. Fitnah	100

b. Pelanggaran Privasi.....	101
c. Interferensi atas Kontrak atau atas Hubungan Bisnis Prospektif	101
d. Penuntutan balik	102
17.3. Statuta kekebalan	102
17.4. Hak istimewa	103
a. Batasan pada Conditional Privilege	104
17.5. <i>Immunity</i> dan <i>Privilege</i> di Tingkat federal	105
17.6. Hukum Lain yang Relevan.....	105
a. Hukum Antitrust	105
b. the Violent Crime Control and Law Enforcement Act.....	105
c. Peraturan Operasional perusahaan asuransi.....	105
D. Hukum lain-lainnya.....	105
17.7. Kepatuhan Anti-Fraud.....	106
17.8. Ringkasan	106
18. Hasil Kegiatan Anti-Fraud	108
18.1. Pendahuluan	108
18.2. Tindakan internal	108
18.3. Pengadilan perdata.....	108
a. Pengadilan Qui Tam	109
b. Penyelesaian diluar Pengadilan	109
18.4. Penuntutan Pidana	109
a. Sanksi pidana	110
18.5. Sanksi Peraturan	111
18.6. Dikeluarkan dari Jaringan	111
18.7. Investigasi <i>Spin Off</i>	111
18.8. Haruskah Diambil Tindakan Hukum ?	112
a. Pilihan Lain	112

b. Bukti.....	112
c. Pemulihan Keuangan	112
d. Pencegahan	113
e. Hubungan masyarakat	113
f. Tindak Perdata atau Pidana?.....	113
18.9. Dampak Kegiatan Anti-Fraud.....	114
18.10. Ringkasan.....	114
Lampiran	115
Contoh Pernyataan Kebijakan Anti Fraud.....	115
Daftar Istilah	116

BAB 1. SEKILAS TENTANG FRAUD PELAYANAN KESEHATAN

1.1. PENDAHULUAN

Modul Fraud Asuransi Kesehatan ini, seperti juga modul-modul yang digunakan dalam ujian profesi Ahli Asuransi Kesehatan/Ajun Ahli Asuransi Kesehatan yang diselenggarakan oleh PAMJAKI, banyak merujuk pada buku-buku yang dikeluarkan oleh AHIP (America's Health Insurance Plan). Walaupun telah diupayakan sebisa mungkin mendapatkan rujukan dari apa yang terjadi di Indonesia, belum sepenuhnya dapat menjelaskan apa yang terjadi di negeri sendiri karena terbatasnya referensi yang ada, terlebih pada masalah penyelesaian kasus fraud melalui jalur hukum. Walaupun demikian karena sedemikian lengkapnya perangkat yang digambarkan dalam modul yang dijadikan rujukan, diyakini modul ini tetap dapat dipakai sebagai rujukan bagi mereka yang ingin mendalami masalah fraud asuransi kesehatan, apa itu fraud, siapa pelakunya, bagaimana mendeteksi, mencegah dan menyelesaikannya.

Meningkatnya biaya pelayanan kesehatan menjadi keprihatinan kita semua. Peningkatan ini mempengaruhi semua orang, karena berarti premi asuransi kesehatan menjadi lebih tinggi dan beban pajak lebih besar untuk mendukung program pemerintah (di Amerika Medicare dan Medicaid, di Indonesia program Jaminan Kesehatan Masyarakat atau Jamkesmas dan sejenisnya).

Perawatan medis yang mahal dan obat-obatan merupakan kontributor yang paling besar dalam masalah ini. Tapi faktor yang sering dilupakan adalah Fraud pelayanan kesehatan. Selama tahun 2000 pengeluaran untuk pelayanan kesehatan di Amerika Serikat melebihi \$ 1,3 triliun. Sebuah estimasi memperkirakan jumlah fraud mencapai \$ 500 miliar per tahun. Di Indonesia tidak diketahui dengan pasti angkanya namun dapat diperkirakan biaya yang hilang sia-sia akibat fraud pelayanan kesehatan tidak kalah dahsyatnya.

Di Amerika saja baru dalam dekade terakhir ini asuransi swasta dan pemerintah mengambil langkah-langkah efektif terhadap Fraud kesehatan. Di masa lalu, tantangan dalam upaya mendeteksi dan menyelidiki fraud terhambat oleh banyak hal. Juga, undang-undang yang ada membuat fraud sulit untuk dibuktikan dan sulit untuk memperoleh kembali (*recovery*) uang dari pelaku atau mengadili mereka sebagai penjahat.

Perang terhadap fraud dapat dilancarkan melalui beberapa cara. Perusahaan asuransi dapat mendirikan unit investigasi khusus (Special Investigative Unit/SIU), menggunakan teknologi canggih, membuat jaringan dengan asuransi dan asosiasi lainnya, dan meningkatkan kesadaran konsumen terhadap fraud. Di bidang hukum, pembaruan seperangkat undang-undang baik perdata maupun pidana akan mempermudah perolehan kembali dana dan menuntut pelaku.

Selain itu, pemerintah dan badan-badan penegak hukum semakin berfokus dalam mengejar pelaku fraud kesehatan. Di Amerika, Departemen Kehakiman AS (*US Department of Justice*) sejak pertengahan 1990-an telah memberikan prioritas utamanya pada upaya penegakan hukum melawan kecurangan Pelayanan kesehatan, setelah upaya melawan kejahatan kekerasan dan obat ilegal. Prioritas ini tercermin dalam peningkatan pendanaan, tenaga kerja dan alat penegakan hukum.

CONTOH

Salah satu contoh kemajuan dalam perang melawan fraud: Pada tahun 1999, Departemen Kesehatan dan Pelayanan Kemanusiaan (*Department of Health and Human Services*) meningkatkan hukuman fraud pelayanan kesehatan sebesar 57 persen dibandingkan tahun 1998 dan lebih dari 80 persen sejak tahun 1992. Akibatnya, pemerintah federal tahun lalu dapat memulihkan hampir \$500 juta dari penuntutan kasus pelayanan kesehatan. Sejak tahun 1996, penegakan yang lebih gencar telah memulihkan hampir \$ 1,9 miliar, sementara usaha-usaha lain untuk mencegah pengeluaran yang tidak tepat dan boros telah menyelamatkan pembayar pajak sebesar kira-kira \$ 60 juta sejak tahun 1993.

Walaupun telah ada kemajuan, perang melawan fraud belum selesai. Skema fraud yang baru dan berbahaya terus berkembang. Selain mencari cara untuk mengurangi biaya pelayanan kesehatan atau setidaknya menekan laju peningkatan, perhatian yang lebih besar harus difokuskan pada menghapuskan kecurangan (fraud) dan penyalahgunaan (abuse).

1.2. DEFENISI KECURANGAN ATAU FRAUD

Kecurangan atau fraud terjadi pada berbagai upaya manusia. Akibatnya, ada beberapa definisi hukum yang berbeda tentang fraud. Definisi yang luas terdapat dalam kamus Black Law sebagai berikut:

Sebuah penyimpangan kebenaran yang disengaja untuk tujuan mendorong orang lain agar percaya melepaskan sesuatu miliknya yang berharga atau menyerahkan haknya; memberikan keterangan palsu atas suatu fakta, baik dengan kata-kata atau perilaku, melalui tuduhan palsu atau menyesatkan, atau menyembunyikan apa yang seharusnya diungkapkan, menipu dan bermaksud untuk menipu orang lain dan menimpakan akibat cedera hukumnya pada pihak lain tersebut.

Walaupun definisi fraud ini bervariasi, semuanya mempunyai elemen fundamental yang sama, yaitu:

- Pelaku membuat pernyataan material (*material statement*) tentang fakta. Sebuah *material statement* adalah pernyataan yang relevan dengan subjek masalah dan cenderung mempengaruhi tindakan orang yang menerima pernyataan itu.
- Pernyataan tersebut adalah palsu, dan orang yang membuat pernyataan tahu bahwa itu adalah palsu.
- Orang yang membuat pernyataan palsu bermaksud untuk menipu atau menyesatkan orang yang menerima pernyataan itu dengan harapan menerima sesuatu yang bernilai.
- Orang yang menerima pernyataan palsu tersebut diharapkan dapat percaya pada pernyataan itu.

Mari kita lihat beberapa hal dari unsur-unsur tersebut.

- Sebuah pernyataan material dapat diajukan secara lisan (secara langsung atau melalui telepon), secara tertulis, atau melalui komunikasi elektronik (faks, e-mail, website, dll).
- Fraud tidak hanya membuat pernyataan yang tidak benar. Hal ini juga dapat dilakukan dengan menyembunyikan fakta material.

CONTOH

Seseorang menyembunyikan kondisi penyakitnya yang sudah membaik sehingga dia dapat terus menerima obat melalui resep. (sebenarnya dia tidak lagi membutuhkan obat-obatan, tapi obat-obatan tersebut dijual kembali untuk memperoleh keuntungan.)

- Sebuah pendapat yang disampaikan merupakan pernyataan palsu jika pembicaranya sendiri tidak percaya pada pendapat yang ia katakan.

CONTOH

Seorang dokter menyatakan pada pasiennya "Saya yakin penyakit anda ini (*Lyme disease*) bisa menyebabkan kematian dalam waktu satu tahun kecuali Anda mendapatkan antibiotik intravena," tapi sebenarnya dokter tersebut tidak percaya akan hal ini.

- Fraud bisa terjadi ketika seseorang membuat sebuah janji yang dia tidak berniat memenuhinya.

CONTOH

Seorang wiraniaga panti jompo mengatakan, "Jika Anda pindah ke rumah jompo kami, dalam waktu tiga bulan anda akan memiliki ruang pribadi dan anda tidak akan disuruh keluar walaupun Anda tidak dapat membayar," sementara dia sesungguhnya tidak berniat untuk menyediakan ruang pribadi atau melanjutkan perawatan dalam hal orang tersebut tidak mampu membayar.

- Biasanya, orang-orang yang menerima pernyataan palsu menderita kerugian finansial, sedangkan orang yang membuat pernyataan menyadari keuntungan finansial yang diperolehnya. Tapi keuntungan pelaku dan kerugian korban harus **lebih dari sekadar kebetulan**. Pelaku harus **berniat** untuk menipu atau menyesatkan dengan harapan bahwa korban akan **percaya** dan menanggung kerugian dari pernyataan palsunya dan pelaku memperoleh keuntungan dari tindakannya tersebut. Elemen-elemen "niat" dan "percaya" inilah fakta material yang paling sulit untuk dibuktikan.

1.3. FRAUD ASURANSI

Semua kejadian fraud cocok dengan definisi yang disebutkan di atas dan memiliki elemen dasar yang telah disebutkan. Selain itu, ada berbagai bentuk fraud tertentu yang masing-masing memiliki definisi yang lebih spesifik. Salah satu bentuk fraud yang spesifik tersebut adalah fraud asuransi.

Selama bertahun-tahun, beberapa negara bagian bagian di USA telah menetapkan definisi hukum fraud asuransi. Namun baru sekitar tahun 1995 National Association of Insurance Commissioners (NAIC) mulai mempromosikan definisi standar untuk semua negara bagian bagian. Definisi ini terkandung dalam the Insurance Fraud Prevention Model Act

Definisi dalam UU tersebut menggabungkan unsur fraud yang telah disebutkan di atas dan memberlakukannya untuk transaksi dan kegiatan asuransi. Berdasarkan definisi UU tersebut, " tindakan fraud asuransi " termasuk secara sadar dan sengaja memalsukan informasi mengenai aplikasi, besaran premi, pembayaran premi, penerbitan dokumen, klaim, pemulihan kembali keanggotaan asuransi (*reinstatement*), atau pembayaran manfaat yang berhubungan dengan polis asuransi.

CONTOH

Seseorang yang mengajukan asuransi menyembunyikan kondisi kesehatannya yang sebenarnya sehingga ia bisa mendapatkan tingkat premi yang lebih baik.

Seorang dokter mengajukan klaim di mana ia berbohong tentang pelayanan yang dia berikan sehingga ia dapat menerima pembayaran manfaat yang lebih tinggi.

1.4. FRAUD PELAYANAN KESEHATAN

Pemerintah Negara bagian dan federal di Amerika juga telah membuat hukum yang secara khusus mendefinisikan fraud pelayanan kesehatan. Definisi ini menerapkan unsur-unsur dasar fraud dalam pemberian pelayanan dan pembayaran untuk barang dan jasa pelayanan kesehatan. Walaupun berbagai undang-undang mempunyai definisi yang agak berbeda tentang fraud kesehatan, contoh yang baik terdapat dalam UU Asuransi Kesehatan Portabilitas dan Akuntabilitas tahun 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act/HIPAA). Dalam undang-undang ini, delik fraud pelayanan kesehatan yang relatif baru didefinisikan secara luas sebagai berikut:

... sadar dan sengaja mengeksekusi, atau mencoba untuk mengeksekusi skema, atau berbuat untuk menipu setiap program manfaat pelayanan kesehatan, untuk mendapatkan uang yang dimiliki atau dalam

pengelolaan atau kontrol dari setiap program manfaat pelayanan kesehatan dengan cara menggunakan identitas, representasi atau janji palsu.

1.5. FRAUD PELAYANAN KESEHATAN VS PENYALAHGUNAAN PELAYANAN KESEHATAN

Penyalahgunaan pelayanan kesehatan (*Health Care Abuse*) berkaitan erat dengan fraud pelayanan kesehatan (*Health Care Fraud*) namun ada perbedaan. Meskipun tidak mendefinisikan secara tepat istilah "*Health Care Abuse*", umumnya perusahaan asuransi mengartikannya sebagai setiap kegiatan yang secara tidak adil "merampok" sistem pelayanan kesehatan namun tidak merupakan fraud. Dalam *abuse*, provider atau konsumen dapat memperoleh uang atau pelayanan kesehatan yang bukan haknya, tetapi tidak ada maksud untuk menipu seperti yang terjadi pada *fraud*.

Contoh-contoh berikut memperjelas perbedaan antara *fraud* dan *abuse*:

CONTOH

Seorang ahli bedah sengaja mengajukan tagihan untuk tindakan yang tidak dia lakukan. Ini adalah *fraud* karena ahli bedah tersebut sadar dan sengaja membuat pernyataan yang keliru dalam rangka memperoleh keuntungan finansial.

Seorang dokter selalu melakukan tes laboratorium yang tidak perlu karena dia percaya tes tersebut diperlukan. Ini adalah *abuse* karena sistem pelayanan kesehatan menanggung pengeluaran yang tidak sah dan dokter menerima pembayaran yang bukan haknya. Tapi ini bukan fraud karena dokter tidak membuat pernyataan yang keliru. (Dokter secara akurat melaporkan ia telah melakukan tes, dan pendapatnya memang tulus bahwa tes itu diperlukan.)

Perbedaan antara *fraud* dan *abuse* penting, karena *fraud* adalah tindak pidana sementara *abuse* biasanya tidak. Jika *abuse* terjadi, perusahaan asuransi dapat mengupayakan untuk memperoleh uang yang seharusnya tidak dibayar, tetapi seringkali tidak terbukti adanya kejahatan. Dalam kasus *fraud*, kejahatan telah terjadi dan dapat dilakukan penuntutan pidana.

1.6. JENIS FRAUD PELAYANAN KESEHATAN

Ada tiga kategori fraud kesehatan, berdasarkan siapa pelaku tindakan fraud:

- fraud oleh provider,
- fraud oleh konsumen, dan
- fraud yang dilakukan oleh agen, broker, atau karyawan perusahaan asuransi.

Dalam akhir bab ini, secara singkat akan dibahas masing-masing kategori, mengemukakan contoh dari setiap jenis fraud yang paling umum. Dalam bab-bab berikut, kita akan melihat masing-masing jenis secara lebih rinci.

A. FRAUD OLEH PROVIDER

Fraud oleh Provider (*Provider Fraud*) jauh melebihi jenis fraud yang umum. Dalam sebuah survei terhadap upaya anti-fraud asuransi yang dilakukan America's Health Insurance Plans (AHIP) pada tahun 1999, lebih dari 80 persen dari semua kasus fraud yang dicurigai melibatkan provider.

Walaupun sebagian besar provider adalah profesional yang baik dan tidak berpartisipasi dalam fraud, fraud oleh provider terjadi di seluruh spektrum provider, baik individu maupun perusahaan. Provider yang terlibat fraud termasuk dokter, rumah sakit dan klinik, apoteker, laboratorium, dan lain-lain.

Jenis-jenis utama fraud oleh provider adalah:

- klaim palsu (*false claims*) yaitu tagihan untuk pelayanan yang tidak diberikan;
- Skema *billing schemes* (salah tagih, biasanya penagihan untuk pelayanan yang lebih mahal daripada yang diberikan);
- pemalsuan diagnosis atau tanggal pelayanan, dan
- klaim apotik/farmasi palsu.

Contoh berikut menggambarkan fraud oleh provider:

CONTOH

- Seorang dokter mengajukan klaim untuk melayani pasien yang tidak pernah berkunjung.
- Sebuah rumah sakit mengajukan klaim untuk pelayanan dokter. Padahal, pelayanan ini dilakukan oleh perawat.
- Seorang dokter gigi melakukan tindakan untuk pasien pada saat pasien sedang tidak/belum dijamin oleh asuransi. Dokter gigi menyatakan bahwa pelayanan ini dilakukan pada tanggal ketika pasien sudah dijamin.
- Seorang apoteker mengajukan klaim untuk obat yang lebih mahal daripada yang benar-benar dia diberikan.
- Seorang dokter mendiagnosa pasien sehat dengan kanker sehingga ia dapat melakukan perawatan yang tidak perlu dan mahal dan mengajukan klaim untuk mereka.

Fraud oleh Provider dibahas secara lebih rinci dalam Bab 2.

B. FRAUD OLEH KONSUMEN

Fraud oleh konsumen (*Consumer Fraud*) dibagi menjadi kategori berikut:

- fraud klaim (*claim fraud*)
- fraud aplikasi (*application fraud*)
- fraud kelayakan (*eligibility fraud*).

FRAUD KLAIM (*CLAIM FRAUD*)

Fraud klaim terjadi ketika konsumen sengaja memberikan pernyataan keliru agar dapat menerima pembayaran manfaat yang sebenarnya ia tidak berhak atau menerima pembayaran yang lebih tinggi daripada yang seharusnya.

CONTOH

- Seorang tertanggung membuat rekaman data palsu dari rumah sakit fiktif di negara bagian asing dan mengklaim penggantian untuk biaya pengobatan tersebut.
- Seorang tertanggung mengubah jumlah uang pada kuitansi dokter, menggantinya dengan angka yang lebih tinggi. Tertanggung kemudian mengajukan permintaan klaim penggantian dan mengantongi selisih jumlah tersebut.

FRAUD APLIKASI (*APPLICATION FRAUD*)

Fraud aplikasi terjadi manakala satu pihak membuat kekeliruan material pada sebuah aplikasi asuransi dengan maksud untuk menipu. Hal ini paling sering dilakukan untuk memastikan permohonannya disetujui oleh perusahaan asuransi, tingkat premi yang ditawarkan menguntungkan, dan agar tidak ada persyaratan, pembatasan (*limitation*), atau pengecualian (*exclusions*) yang dikenakan pada cakupan pertanggungan.

CONTOH

- Pemohon tidak menyatakan pada aplikasi asuransi kesehatan bahwa dia adalah seorang perokok.
- Pemohon memalsukan usia pada aplikasi-nya untuk mendapatkan tingkat premi yang lebih baik.

FRAUD KELAYAKAN ASURANSI (*ELIGIBILITY FRAUD*)

Fraud Kelayakan asuransi terjadi manakala satu pihak sengaja memberikan pernyataan keliru (*misrepresentasi*) sehingga orang-orang yang tidak memenuhi syarat dapat menerima manfaat.

CONTOH

- Seorang tertanggung mengajukan klaim biaya pengobatan yang dikeluarkan untuk anaknya. Padahal, anak tersebut tidak lagi berhak menerima manfaat dalam polis karena dia sudah menikah.
- Seorang pengusaha menambahkan kerabatnya yang sakit parah ke daftar karyawan dalam program asuransi kesehatan perusahaannya, meskipun kerabatnya tersebut sebenarnya bukan seorang karyawan sehingga tidak memenuhi syarat untuk menjadi anggota dalam grup karyawan.

Fraud oleh konsumen dibahas pada Bab 3.

C. FRAUD OLEH AGEN, BROKER, DAN KARYAWAN PERUSAHAAN ASURANSI.

Fraud dapat dilakukan oleh mereka yang bekerja di bidang asuransi kesehatan.

CONTOH

- Agen asuransi mengambil pembayaran premi awal dari konsumen yang biasanya menyertai sebuah aplikasi untuk asuransi, tapi agen tidak meneruskan permohonan tersebut ke perusahaan asuransi dan mengantongi uang tersebut.
- Seorang broker membujuk konsumen untuk mengubah polis asuransi kesehatannya dengan sengaja memberikan penjelasan yang keliru dari polis yang baru. Broker mendapatkan komisi untuk polis yang baru, namun cakupan tertanggung tidak diperbaiki sebagaimana yang dijanjikannya.
- Seorang karyawan asuransi memasukkan tertanggung yang fiktif kedalam data perusahaan asuransi, mengajukan klaim palsu untuk tertanggung palsu, dan mengantongi uangnya.

Fraud yang dilakukan terhadap perusahaan asuransi oleh karyawan sendiri (dan dalam beberapa kasus adalah agen) sering disebut sebagai fraud internal (*internal fraud*). Karena perusahaan bertanggung jawab kepada publik dan pemegang saham atas tindakan karyawan mereka, setiap kejadian fraud internal patut dikhawatirkan. Jenis fraud ini dibahas dalam Bab 4.

1.7. FRAUD PADA *FEE-FOR-SERVICE* VS FRAUD PADA KAPITASI

Sebagaimana telah kita bahas, tindakan fraud dapat dikategorikan menurut pelakunya. Selain itu, praktik kecurangan dapat dibagi menjadi yang umum dalam lingkungan *fee-for-service* dan yang khas dari lingkungan kapitasi.

Lingkungan *fee-for-service* merupakan ciri khas asuransi kesehatan ganti rugi tradisional. Dalam sistem ini, perusahaan asuransi membayar provider biaya untuk setiap pelayanan atau klaim untuk setiap pelayanan yang diberikan pada tertanggung. Kadang kadang tertanggung membayar provider untuk biaya pelayanan ini, dan perusahaan asuransi memberikan penggantian kepada tertanggung. Dalam *fee-for-service*, semakin banyak provider memberikan pelayanan atau tertanggung membuat klaim, dan semakin mahal pelayanan tersebut, semakin banyak provider atau tertanggung menerima dari perusahaan asuransi.

Provider yang tidak jujur memanfaatkan sistem *fee-for-service* dengan menggelembungkan jumlah dan biaya pelayanan yang mereka berikan. Praktek kecurangan ini berupa pemberian dan menagih pelayanan yang tidak perlu, menagih pelayanan yang tidak dilakukan (fiktif), dan menagih pelayanan lebih mahal daripada yang dilakukan.

Konsumen yang tidak jujur menggelembungkan jumlah dan biaya pelayanan yang mereka terima. Mereka mengajukan klaim untuk pelayanan yang tidak pernah mereka terima atau mengajukan klaim untuk pelayanan yang lebih mahal daripada yang benar-benar mereka terima.

Lingkungan kapitasi merupakan ciri khas organisasi managed care (MCOs) dan perusahaan asuransi yang menjual managed care. Dalam sistem ini, penjamin asuransi kesehatan membayar provider sejumlah biaya tahunan (biaya kapitasi) untuk setiap anggota/peserta asuransi (tertanggung) yang dilayaninya. Sebagai imbalannya, provider memberikan semua pelayanan yang dibutuhkan oleh anggota tersebut.

Dalam kapitasi, provider menerima biaya kapitasi tahunan yang sama tanpa melihat banyak atau sedikitnya peserta yang dilayani. Oleh karena itu, provider tidak memiliki insentif untuk menggelembungkan biaya. Namun, provider yang tidak jujur melakukan fraud dengan tidak memberikan pelayanan yang wajib diberikan untuk peserta, atau merujuk peserta ke provider lain ketimbang melayani sendiri. Konsumen yang tidak jujur melakukan fraud dengan mendapatkan pelayanan yang tidak menjadi haknya.

Dalam tiga bab berikutnya, akan dibicarakan lebih dalam jenis fraud umum di lingkungan *fee-for-service*. Dalam Bab Lima, tentang fraud pada managed care, akan dibahas praktek-praktek curang dalam lingkungan kapitasi.

1.8. RINGKASAN

Tidak dapat diketahui dengan pasti berapa biaya akibat fraud dan abuse pelayanan kesehatan, tapi diperkirakan jumlah ini sangat besar. Biaya ini berakibat pada premi yang lebih tinggi dan beban pajak yang lebih besar. Perusahaan asuransi dan instansi pemerintah harus memperkuat upaya mereka untuk memerangi fraud dan abuse.

Fraud secara umum, fraud asuransi, dan fraud pelayanan kesehatan semua dapat didefinisikan dengan cara yang berbeda. Namun, semua kasus fraud memiliki unsur-unsur kunci yang sama, yang dapat diringkas sebagai berikut: satu pihak secara sadar dan sengaja menipu pihak lain untuk mendapatkan sesuatu.

Penyalahgunaan pelayanan kesehatan (*abuse*) mirip seperti fraud kesehatan (*fraud*) dimana terjadi pembayaran manfaat secara tidak sah, tapi *abuse* berbeda dari fraud karena tidak ada niat untuk menipu.

Praktek-praktek fraud dikategorikan dalam berbagai cara berikut:

- Menurut pelaku. Ini meliputi skema fraud yang dilakukan oleh provider, oleh konsumen dan oleh agen, broker, dan karyawan perusahaan asuransi.
- Menurut sistem pemberian pelayanan kesehatan dan model pembayaran fee-for-service dan model kapitasi yang umum digunakan dalam program managed care.

Yang paling umum adalah fraud yang dilakukan oleh provider pelayanan kesehatan, tetapi fraud oleh konsumen dan fraud oleh agen, broker, dan karyawan asuransi juga memiliki dampak penting.

BAB 2. FRAUD DAN ABUSE OLEH PROVIDER

2.1. PENDAHULUAN

Fraud oleh Provider adalah jenis yang paling umum dan mahal dalam fraud pelayanan kesehatan. Hal ini karena pengetahuan mereka tentang medis, dan pemahaman mereka tentang proses dan pembayaran klaim asuransi kesehatan menempatkan mereka pada posisi yang menguntungkan untuk melakukan fraud sistem pelayanan kesehatan

CONTOH

Sistem klaim perusahaan asuransi cenderung untuk secara otomatis menerima klaim yang disampaikan dengan benar, apakah mereka sah atau tidak. Provider tahu akan hal ini, dan mereka tahu bagaimana untuk mengajukan klaim palsu agar terlihat seperti benar dan dengan demikian disetujui.

Sebagai mana telah dikatakan oleh para pengamat, kerentanan terbesar dari sistem pembayaran otomatis bukan berasal dari hacker. Sebaliknya, bahaya tersebut berasal dari sistem yang kelihatannya berfungsi secara efektif dan efisien, namun lagi lagi, dibuat atas permintaan dari orang-orang yang bermain curang dengan balutan yang sesuai menurut aturan.

Fraud oleh Provider dilakukan oleh berbagai individu dan entitas, termasuk:

- dokter individu dan grup praktek dokter,
- rumah sakit dan klinik,
- apotek dan perusahaan farmasi,
- perawatan di panti (*nursing homes*) dan pelayanan kesehatan rumah (*home care*),
- laboratorium, dan
- Perusahaan peralatan medis

Dalam Bab sebelumnya, jenis utama dari kecurangan provider seperti klaim palsu, kecurangan penagihan, pemalsuan diagnosa atau tanggal pelayanan, dan kecurangan klaim obat/farmasi telah dibahas secara singkat. Dalam bab ini jenis fraud dan abuse lain oleh provider digali secara lebih dalam.

Semua skema yang dikemukakan dalam bab ini adalah fraud yang dilakukan terhadap perusahaan asuransi swasta. Namun beberapa juga dilakukan terhadap program pemerintah seperti Medicare dan Medicaid di Amerika.

2.2. KLAIM PALSU

Sebuah klaim palsu terjadi ketika provider mengajukan klaim untuk penggantian atas pelayanan medis yang diberikan kepada tertanggung padahal sebenarnya dia tidak melakukan pelayanan tersebut.

CONTOH

Dokter mengaku telah melakukan penelitian, melakukan wawancara dokter dengan pasien dalam masa penyembuhan di sebuah pusat rehabilitasi. Sebenarnya, ia hanya mengumpulkan nama dan informasi pasien, kemudian ia gunakan untuk mengajukan klaim kepada perusahaan asuransi mereka. Dalam klaim ia menyatakan bahwa ia telah memberikan pelayanan kepada pasien, padahal sebenarnya dia tidak pernah memberikan pelayanan tersebut.

Fraud yang jauh lebih besar daripada klaim palsu oleh dokter individu adalah klaim yang diajukan oleh rumah sakit, laboratorium, pemasok peralatan medis, apotek, dan perusahaan perawatan kesehatan di rumah. Pada fraud oleh lembaga ini, rekayasa klaim dapat terjadi dalam skala besar, bisa mencapai jutaan dan ratusan juta rupiah.

CONTOH

- Sebuah perusahaan *home care* secara rutin mengajukan klaim untuk pelayanan yang diberikan kepada orang yang tidak pernah dilayani.
- Sebuah *hospice* mengajukan klaim atas jasa yang dilakukan untuk pasien yang sekarat. Ternyata, pada tanggal pelayanan yang di klaim pasien tersebut sudah meninggal.

Klaim palsu adalah salah satu tindakan fraud yang paling sulit untuk dideteksi dan dibuktikan. Hal ini karena seringkali tidak ada bukti nyata untuk menunjukkan apakah pelayanan diberikan atau tidak, dan seringkali bahkan pasienpun tidak dapat mengatakan apakah pelayanan diberikan atau tidak.

CONTOH

- Sebuah perusahaan yang menyediakan pelayanan gawat darurat selalu mengajukan klaim untuk pemeriksaan/tindakan yang sebenarnya tidak dilakukan pada pasien yang tidak sadar. Karena pasien tidak dapat mengatakan apakah ada pemeriksaan/tindakan atau tidak, fraud ini sulit dibuktikan.
- Sebuah laboratorium besar, dalam mengajukan klaim selalu menambahkan biaya untuk pemeriksaan yang tidak dilakukan. Pasien tidak memiliki pengetahuan teknis untuk tahu persis pemeriksaan yang dilakukan pada mereka, sehingga sekali lagi, fraud sulit untuk dibuktikan.

2.3. SKEMA PENAGIHAN

Bentuk umum lain dari fraud provider adalah skema penagihan (*billing schemes*). Dalam skema ini, provider benar-benar melakukan pelayanan yang dia klaim, tetapi melakukan kecurangan dalam penagihan sehingga memperoleh pembayaran yang lebih tinggi daripada hak yang sebenarnya.

Skema penagihan ini sering melibatkan penyalahgunaan kode tagihan. Kode tagihan adalah kode numerik (atau kadang-kadang kode nomor dan huruf) yang menunjukkan jenis pelayanan pemeriksaan medis atau bedah. Mereka dirancang untuk memfasilitasi pengajuan klaim dalam format standar, sehingga biaya pengolahan klaim lebih efisien dan hemat biaya.

The Physicians' Current Procedural Terminology yang diterbitkan oleh American Medical Association, berisi deskripsi yang rinci dari pelayanan dan pemeriksaan yang sesuai dengan masing-masing kode. Hal ini memungkinkan provider untuk menggunakan kode yang tepat untuk pelayanan yang diberikan. Namun, baik kesalahan murni maupun klaim palsu terjadi, dan karena tagihan kode diproses oleh sistem otomatis, fraud mungkin tidak terdeteksi.

Tiga skema penagihan yang umum terjadi adalah *upcoding*, *unbundling*, dan penagihan untuk pelayanan yang tidak dijamin (*noncovered*.)

A. UPCODING

Dalam *upcoding*, provider mengajukan tagihan dengan tidak menggunakan kode sebenarnya dari pelayanan yang dilakukan. Sebaliknya, ia menggunakan kode untuk pelayanan sejenis atau terkait yang lebih mahal. Pembayaran dari perusahaan asuransi menjadi lebih tinggi dari yang seharusnya.

CONTOH

- Seorang dokter mengajukan klaim menggunakan kode untuk *visite*, padahal sebenarnya dia hanya berbicara dengan pasien melalui telepon.
- Seorang dokter gigi menambal lubang gigi, tapi dia mengajukan klaim dengan kode untuk perawatan saluran akar gigi.

Pasien di ruang gawat darurat sebuah rumah sakit selalu dirawat oleh asisten dokter, tetapi rumah sakit mengajukan klaim menggunakan kode untuk pengobatan oleh dokter ahli.

Seperti klaim palsu, jenis fraud ini sulit dibuktikan. Ketika dihadapkan dengan kasus *upcoding*, provider yang tidak jujur mungkin mengatakan bahwa mereka hanya melakukan kesalahan penagihan, bukan fraud. Namun, pola kesalahan jangka panjang tersebut dapat merupakan bukti kuat adanya niat untuk menipu.

B. UNBUNDLING

Perusahaan asuransi mengharuskan bahwa beberapa pelayanan yang terkait, atau pelayanan tertentu yang dilakukan pada saat yang bersamaan, akan ditagih bersama-sama sebagai pelayanan gabungan, dengan menggunakan salah satu kode tagihan. Jika pelayanan tersebut sengaja ditagih secara terpisah, provider bisa menerima kompensasi lebih dari hak yang sesungguhnya.

Unbundling adalah pengajuan yang klaim yang sengaja dipisah untuk pelayanan yang seharusnya ditagih bersama sebagai satu pelayanan gabungan. Dengan *unbundling*, provider menerima total biaya lebih daripada yang akan diterima jika klaim diajukan secara benar yaitu menggunakan salah satu kode.

CONTOH

- Perusahaan asuransi mewajibkan satu pengajuan klaim untuk beberapa tes laboratorium yang dilakukan secara bersamaan pada pasien. Tes hanya dapat ditagih secara terpisah jika mereka dilakukan pada waktu yang berbeda. Perusahaan asuransi membayar lebih besar untuk tes yang dilakukan secara terpisah daripada tes yang dilakukan pada waktu yang sama. Dalam rangka mendapatkan kompensasi yang lebih besar, laboratorium mengajukan tagihan untuk beberapa tes seolah-olah mereka dilakukan secara terpisah, padahal sebenarnya mereka dilakukan pada waktu yang sama.
- Jaminan asuransi pasien biasanya menggabungkan pembayaran untuk prosedur bedah dan prosedur tindak lanjut tertentu dalam satu kode tagihan. Bukannya mengajukan penagihan operasi dan prosedur tindak lanjut bersama-sama, dokter ahli bedahnya malah mengajukan klaim yang terpisah untuk masing-masing tindakan agar mendapatkan pembayaran yang lebih tinggi.

C. PENAGIHAN UNTUK PELAYANAN YANG TIDAK DIJAMIN

Dokter kadang-kadang menggunakan pengobatan alternatif atau eksperimental yang belum disetujui pada pasien sehingga tidak dijamin (*noncovered*) oleh asuransi. Agar tagihan asuransi untuk pengobatan yang tidak ditanggung tersebut bisa diklaim, dokter mengajukan klaim dengan menggunakan pengobatan yang mirip dan ditanggung.

CONTOH

Dalam kasus tertentu, seorang psikoterapis merawat pasien dengan meminta mereka menonton film tertentu seperti *Lethal Weapon*, *Tootsie*, *Ghostbusters*, dan *Batman*. Menyadari bahwa "pengobatan" seperti itu tidak dapat ditagih, dokter mengajukan klaim ke perusahaan asuransi dengan menggunakan kode klaim sesi psikoterapi konvensional.

2.4. FRAUD DIAGNOSA DAN PELAYANAN YANG TIDAK PERLU

Provider yang tidak jujur terkadang melaporkan diagnosa palsu untuk membenarkan pelayanan yang tidak perlu.

CONTOH

- Seorang dokter kulit mendiagnosa pasien sebagai penderita kanker kulit lesi, padahal tahu persis itu tidak benar. Dokter tersebut kemudian mengobati kulit pasien yang sebenarnya tidak menderita kanker tersebut dengan penyemprotan nitrogen cair dan mengajukan klaim untuk prosedur ini.
- Seorang dokter gigi mendiagnosa pasien sedemikian rupa sehingga mencabut gigi pasien yang sehat. Dokter gigi tersebut tidak hanya mengajukan klaim untuk pencabutan gigi, ia juga menaikkan jumlah klaim dengan mengajukan klaim gigi palsu untuk mengganti gigi yang telah dicabut.

Kecurangan misrepresentasi seperti itu terjadi ketika provider melengkapi formulir klaim. Standar Formulir Klaim Asuransi Kesehatan (HCFA 1500) mengharuskan provider untuk menyatakan bahwa pelayanan yang dicantumkan pada formulir tersebut adalah berdasar indikasi medis dan diperlukan untuk kesehatan pasien.

Dalam kasus lain, provider mengajukan diagnosis palsu sehingga dia dapat mengajukan tagihan untuk pelayanan tidak perlu yang sebenarnya tidak dilakukan. (Ini adalah jenis klaim palsu.)

CONTOH

Dokter mata secara rutin mendiagnosa pasien memiliki katarak. Hal ini memungkinkan dia mengajukan klaim untuk mikroskopi endotel, prosedur precataract yang langka, yang sebenarnya tidak dilakukan.

Kadang-kadang dokter menyampaikan diagnosis palsu agar penyakit pasien yang dilaporkan termasuk pelayanan yang dijamin asuransi.

CONTOH

Bedah kosmetik elektif tidak dijamin dalam polis asuransi kesehatan pasien. Untuk ini ahli bedah yang mengoperasi pasien mengajukan klaim yang menyatakan bahwa pasien mengalami kecelakaan dan membutuhkan operasi rekonstruksi wajah, yang dijamin asuransi.

A. DRG CREEP

Bentuk lain dari fraud diagnosis adalah yang terkait dengan Diagnostic Related Group (DRG). DRGs adalah bagian dari struktur klasifikasi yang membagi diagnosa ke lebih dari 20 bagian tubuh utama dan membagi lagi kedalam lebih dari 450 grup. Setiap DRG mencerminkan diagnosa sekunder, prosedur, komplikasi, dan faktor lainnya. Pembayaran yang diterima oleh rumah sakit dari asuransi program pemerintah atau asuransi swasta bisa didasarkan pada DRG pasien. Sebuah praktik fraud yang dikenal sebagai *DRG creep* terjadi ketika seorang pasien sengaja ditempatkan dalam DRG yang berbeda sehingga rumah sakit dapat memperoleh pembayaran yang lebih tinggi daripada yang seharusnya.

2.5. PENGGUNAAN BERLEBIHAN ATAU OVERUTILISASI

Kadang-kadang provider melakukan dan menagih untuk pelayanan yang secara medis tidak diperlukan, tetapi provider dengan itikad baik percaya bahwa pelayanan ini sebenarnya diperlukan. Dalam kasus yang demikian, provider tersebut tidak terlibat dalam fraud, melainkan overutilisasi atau berlebihan, yang merupakan bentuk paling umum dari *abuse* pelayanan kesehatan.

Garis antara fraud penagihan untuk pelayanan yang tidak perlu dan overutilization kabur, karena perbedaannya terletak dalam pikiran dari provider. Jika provider bermaksud untuk memberikan pelayanan yang dia tahu tidak diperlukan untuk tujuan keuntungan finansial, itu tindakan pidana fraud, dan tentu saja pengetahuan dan niat ini sulit untuk dibuktikan. Namun, pola-pola kegiatan tertentu dapat memberikan bukti kuat adanya motif fraud.

CONTOH

- Seorang dokter secara teratur meminta tes tertentu dilakukan pada pasien, tetapi ia tidak memeriksa hasilnya.
- Seorang dokter tidak dapat menunjukkan pemahaman tentang tujuan dari tes yang dia lakukan secara rutin.
- Seorang dokter memberikan pemeriksaan tertentu hanya untuk pasien-pasien yang ditanggung asuransi, kepada pasien lain dengan diagnosis yang sama yang tidak dijamin asuransi pemeriksaan tersebut tidak ia lakukan.
- Seorang dokter selalu mengajukan tagihan dalam jumlah maksimum untuk pelayanan pasien yang diasuransikan.

Bahkan walaupun pelayanan yang tidak perlu itu bukan merupakan fraud, ia tetap merupakan masalah yang serius, karena menambah biaya perawatan kesehatan yang tidak perlu. Juga harus dicatat bahwa dalam beberapa kasus, jika provider benar-benar percaya bahwa pelayanan medis yang tidak perlu memang diperlukan, dia dapat dipersalahkan atas ketidakmampuan medis atau malpraktik. Kasus tersebut harus dilaporkan kepada otoritas perizinan yang sesuai.

2.6. FRAUD TANGGAL LAYANAN

Provider dapat memalsukan tanggal kapan mereka melakukan layanan.

CONTOH

Seorang dokter mengobati pasien yang baru saja mulai bekerja dimana jaminan kesehatan grup dari tempat kerjanya belum berlaku. Dokter mengajukan klaim yang menyatakan bahwa pengobatan terjadi ketika jaminan kesehatan pasien telah diberlakukan.

Skema lain berupa **DRG payment window violations**. Menurut peraturan Medicare, pembayaran *coinsurance* 20 persen tidak diperlukan untuk pelayanan tertentu yang diberikan kepada pasien dalam periode tiga hari sebelum rawat inap. Agar bisa menerima pembayaran penuh dari perusahaan asuransi rumah sakit yang melakukan fraud sengaja merubah tanggal layanan, dan menyatakan bahwa pelayanan diberikan dalam tiga hari sebelum dirawat padahal tidak.

CONTOH

Lima hari sebelum pasien dijadwalkan untuk masuk rawat inap di Rumah Sakit, pasien merasa sesak di dada dan menjalani tes di klinik milik rumah sakit. Biaya untuk tes adalah \$ 1.000. Pasien membayar rumah sakit \$ 200 (20 persen *coinsurance* untuk pelayanan yang diberikan lebih dari tiga hari sebelum rawat inap). Namun, rumah sakit melapor kepada perusahaan asuransi bahwa tes dilakukan dalam tiga hari sebelum rawat inap, sehingga tidak menerima pembayaran *coinsurance*, dan mengajukan tagihan ke perusahaan asuransi penuh \$ 1.000. rumah sakit menerima \$ 200 kelebihan biaya tes, dan perusahaan asuransi dirugikan sejumlah ini.

2.7. PEMEBBASAN IUR BIAYA

Umumnya asuransi mewajibkan konsumen untuk membayar sebagian dari pelayanan kesehatan mereka melalui iur biaya (*cost sharing*) seperti *coinsurance*, *copayments*, dan *deductible*. Iur biaya ini dimaksudkan untuk mencegah konsumen dari penggunaan pelayanan yang tidak diperlukan dan untuk menekan premi asuransi.

Biasanya provider menerima pembayaran iur biaya dari pasien dan kemudian menagih ke perusahaan asuransi pasien selisih dari biaya pelayanan yang telah diberikan. Beberapa provider tidak mewajibkan pasien untuk melakukan pembayaran iur biaya ini. Pembebasan iur biaya tersebut dapat merupakan fraud.

CONTOH

Pasien membeli kacamata dari optikal. Harga eceran optikal tersebut untuk sebuah kacamata adalah Rp. 500.000, dan asuransi pasien mengharuskan pasien untuk membayar 20 persen *coinsurance*. Biasanya, pasien akan membayar optikal Rp. 100.000, dan perusahaan akan menagih asuransi nya untuk sisa Rp 400.000. Namun, dalam upaya untuk mengalahkan pesaingnya, optikal tersebut membebaskan pasien dari kewajiban *coinsurance* nya.

Contoh ini merupakan tindakan ilegal, tetapi bisa juga tidak. Provider dapat membebaskan iur biaya jika melakukannya untuk itikad baik meringankan beban pasien. Namun jelas merupakan fraud jika optikal tersebut menjual kacamata untuk pasien non asuransi hanya Rp. 400.000 yang merupakan harga yang sebenarnya.

2.8. SKEMA PELAYANAN MEDIS GRATIS

Skema pengobatan gratis lebih baik daripada pembebasan *cost sharing*. Dalam hal ini provider menarik pasien tidak dengan memberikan diskon tapi dengan menawarkan pelayanan gratis. Beberapa yang paling terkenal dari skema ini adalah "laboratorium keliling (*rolling labs*)." Ini adalah klinik berjalan yang bergerak dari satu lingkungan ke satu lingkungan menawarkan pemeriksaan fisik gratis. Yang juga sering terjadi adalah ahli tulang yang memikat pasien ke tempat praktek mereka dengan menawarkan pemeriksaan bebas.

Bagaimana cara pelayanan kesehatan gratis melakukan fraud? Provider menawarkan jasa hanya untuk memperoleh dan mengumpulkan informasi yang kemudian mereka gunakan untuk menipu perusahaan asuransi.

CONTOH

Dalam kasus nyata Medicare di New York City, sebuah perusahaan ahli tulang (*Citywide Footcare*) menawarkan pemeriksaan kaki gratis pada seluruh penduduk lanjut usia dari lingkungan kota yang berpenghasilan rendah. Setelah klinik memperoleh nama-nama pasien dan nomor peserta Medicare, mereka mengajukan klaim untuk pelayanan yang sebenarnya tidak diberikan. Dalam satu hari, klinik mengajukan 50 klaim yang meliputi 150 tindakan/pemeriksaan pada 28 pasien, dengan total sebesar \$ 8.6 juta.

2.9. SUAP, RABAT, DAN PEMECAHAN BIAYA

Rumah sakit, perusahaan farmasi, dan laboratorium kadang-kadang menawarkan kompensasi kepada dokter untuk membujuk mereka agar merujuk pasien atau merekomendasikan produk atau jasa mereka. Kompensasi bisa berupa pembayaran tunai, dalam hal ini disebut sebagai *kickback*. Dalam kasus lain, kompensasi berupa diskon pada harga produk atau jasa, dalam hal ini disebut rabat. Praktek yang demikian adalah ilegal karena mereka terlalu mempengaruhi penilaian profesional dokter. Mereka juga dapat merupakan fraud jika seorang dokter,

dalam rangka memperoleh kickback, menyatakan bahwa pasien membutuhkan pelayanan yang sebenarnya secara medis tidak diperlukan.

CONTOH

- Rumah sakit membayar dokter untuk merujuk pasien agar menjalani pelayanan rawat inap.
- Rumah sakit/laboratorium klinis membayar dokter agar merujuk pasien untuk tes laboratorium.
- Pembuat peralatan medis membayar suap untuk ahli bedah ortopedi untuk mendorong pasien mereka agar menggunakan produk-produknya.
- Sebuah perusahaan farmasi membayar suap kepada dokter untuk meresepkan obat-obatnya.

Yang sangat mirip dengan suap dan rabat adalah skema memecah biaya (**fee-splitting schemes**) secara ilegal.

CONTOH

Dalam sebuah kasus nyata, dokter membayar dokter lain "biaya interpretasi" sebesar 40 persen dari tagihan untuk setiap pasien yang dirujuk ke fasilitas pelayanan monitoring jantung miliknya. Skema ini ilegal karena biaya interpretasi yang dibayar jelas sebagai bujukan untuk dokter lainnya.

2.10. PENIPU

Praktek-praktek fraud yang telah dibahas sejauh ini melibatkan para praktisi atau badan yang benar-benar berlisensi. Tapi praktek berbahaya lainnya (dan berpotensi membahayakan pasien) adalah orang yang tanpa izin dan tidak memenuhi syarat menyamar sebagai dokter.

CONTOH

- Seseorang menyatakan dirinya sebagai ahli osteopatik, tetapi sebenarnya dia tidak terlatih dan tidak berlisensi. Dia mulai dengan memeriksa pasien, dan meskipun dia tidak benar-benar melakukan setiap pelayanan osteopatik (karena dia tidak tahu bagaimana), ia mengajukan klaim untuk pelayanan tersebut. Ketika pasiennya mulai curiga, dia pindah ke lokasi berikutnya.
- Ada lagi yang menipu dengan membuat sebuah perusahaan, memperoleh kotak pos dan nomor telepon, dan membuka rekening bank. Orang tersebut mencuri daftar pasien dan nama dokter dari perusahaan yang dia dapat sebelumnya. Perusahaan palsu tersebut mulai menagih untuk pelayanan yang tidak pernah dilakukan. Setelah beberapa bulan, perusahaan dan pemiliknya dengan rekening banknya yang sudah menggelembung, menghilang begitu saja.

2.11. FRAUD OLEH APOTEK, LABORATORIUM DAN AGEN JASA PENAGIHAN

Apotek, laboratorium, dan lembaga penagihan merupakan provider khusus di bidang kesehatan. Peran unik mereka menimbulkan jenis fraud yang unik pula.

A. APOTEK

Apotek terkadang memberikan obat generik pada pasien dan ketika mengajukan klaim menagih untuk obat bermerek yang lebih mahal.

CONTOH

Apotek menerima resep untuk Claritin, obat yang membantu mengatasi gejala alergi. Claritin jauh lebih mahal dibandingkan obat generik alergi yang kurang terkenal. Apotek selalu melayani resep dengan obat generik tetapi mengajukan klaim untuk Claritin, dan mengantongi selisih biayanya. Bentuk fraud lainnya adalah dengan sengaja memberikan obat yang berdosisi lebih rendah dari yang diresepkan dokter dengan maksud memperbanyak jumlah obat yang diberikan ketika memenuhi dosis yang diresepkan dokter.

CONTOH.

Dokter meresepkan 20 kapsul antibiotik dengan dosis 500mg sekali konsumsi, apotik memberikan 40 kapsul dengan kemasan 250 mg dengan petunjuk 2 kapsul sekali konsumsi. Harga kapsul dengan kemasan 500mg tersebut berbeda tipis dengan kemasan 250 mg. Dengan cara demikian apotik bisa menjual jumlah obat yang lebih banyak dan menerima pembayaran yang lebih besar.

B. LABORATORIUM

Laboratorium melakukan berbagai macam tes darah, urine, dan lainnya untuk dokter, klinik, dan rumah sakit. Sifat pemeriksaannya yang sangat teknis dan kurangnya pengawasan sering menimbulkan lingkungan yang mempermudah terjadinya fraud.

Kegiatan fraud yang umum dilakukan oleh laboratorium adalah klaim fiktif untuk tes yang tidak dilakukan.

CONTOH

Sebuah laboratorium mengubah formulir yang digunakan oleh dokter untuk permintaan tes darah standar. Laboratorium merubah formulir tersebut dengan menambahkan dua tes tambahan, satu untuk kolesterol dan satu untuk zat besi dalam darah, yang sebenarnya tidak diminta oleh dokter. Dokter mengira bahwa dua tes tambahan yang ditambahkan ke dalam tes darah standar tersebut tanpa biaya tambahan. Padahal laboratorium mengajukan klaim untuk tes darah standar (yang pemeriksaannya dilakukan) dan juga untuk dua tes tambahan (yang pemeriksaannya tidak dilakukan).

C. AGEN JASA PENAGIHAN

Diatas telah diuraikan bagaimana beberapa provider pelayanan kesehatan terlibat dalam berbagai praktek penagihan fraud. Dampak dari praktek-praktek ini menjadi lebih besar ketika dokter individu, klinik, dan rumah sakit menyewa jasa khusus untuk menangani penagihan mereka. Jasa penagihan ini biasanya dibayar berdasar komisi dari jumlah yang mereka kumpul dan tagihkan, sehingga mereka memiliki insentif untuk meningkatkan jumlah tersebut. Provider jasa yang tidak jujur melakukannya dengan cara merekayasa klaim, *upcoding*, dan *unbundling*.

CONTOH

Perusahaan X adalah perusahaan yang memberikan pelayanan penagihan dan penggajian untuk dokter anak. Kompensasi yang diterimanya adalah komisi 0,5 persen dari semua pembayaran yang ditagih dan dibayar. Perusahaan X ini secara rutin mengajukan klaim fiktif untuk pemeriksaan dan pengobatan yang sebenarnya tidak ada. Praktek ini meningkatkan pendapatan bagi klien dan komisi untuk dirinya sendiri

2.12. RINGKASAN

Sebagian besar provider pelayanan kesehatan adalah mereka yang jujur, profesional pekerja keras, berniat memberikan perawatan setulus hati untuk pasien mereka. Tapi pengetahuan yang dalam tentang sistem yang ada memberi kesempatan kepada provider yang tidak jujur untuk masuk ke berbagai skema fraud, seperti fakta bahwa sistem cenderung untuk secara otomatis membayar klaim yang diajukan secara benar walaupun sebenarnya mungkin mengandung kecurangan (fraud).

Fraud kesehatan melibatkan semua jenis provider. Fraud Provider meliputi:

- mengajukan klaim palsu;
- terlibat dalam skema kecurangan penagihan seperti *upcoding*, *unbundling*, dan penagihan untuk pelayanan yang tidak ditanggung (*noncovered services*)
- memberikan diagnosis palsu dan penagihan untuk pelayanan yang tidak perlu;
- memalsukan tanggal pelayanan
- terlibat dalam skema pembebasan *cost sharing* dan pelayanan kesehatan gratis, dan
- membayar atau menerima suap atau rabat atau terlibat dalam *fee-splitting*.

Abuse dalam pelayanan kesehatan juga mengakibatkan biaya yang tidak perlu dalam sistem perawatan kesehatan. Bentuk yang paling umum dari *abuse* adalah penggunaan berlebihan (*overutilization*.)

BAB 3. FRAUD OLEH KONSUMEN

3.1. PENDAHULUAN

Berdasarkan survei yang dilakukan AHIP mengenai upaya anti-fraud perusahaan asuransi, jumlah fraud konsumen sekitar 10 persen dari semua fraud kesehatan. Meskipun persentase ini kecil dibandingkan dengan lebih dari 80 persen kasus yang dilakukan oleh provider, jumlah ini cukup bermakna. Dengan asumsi bahwa jumlah semua fraud perawatan kesehatan sampai \$ 500 miliar per tahun, konsumen tidak jujur saja menghabiskan biaya sistem pelayanan kesehatan (dan akhirnya masyarakat) sekitar \$ 50 milyar per tahun.

Fraud Provider dilakukan oleh dokter, rumah sakit, laboratorium, dan apotek yang tidak jujur, yang memanfaatkan status mereka sebagai orang dalam dalam sistem perawatan kesehatan. Fraud konsumen, sebaliknya, dilakukan oleh pihak-pihak yang berada di luar sistem. Hal ini dapat terjadi melalui beberapa cara:

- Seorang konsumen bertindak untuk mengambil keuntungan yang tidak sah melalui perbuatannya sendiri.
- Konsumen dan provider melakukan kolusi, untuk tujuan fraud.
- Grup yang besar dan terorganisir menyusun skema fraud asuransi yang canggih dalam jumlah yang sangat besar.

Seperti yang telah disampaikan dalam bab sebelumnya, kasus fraud konsumen dapat dibagi ke dalam tiga kategori:

- fraud klaim (*claim fraud*)
- fraud aplikasi (*application fraud*)
- fraud kelayakan (*eligibility fraud*)

3.2. FRAUD KLAIM

A. PENGAJUAN KLAIM LANGSUNG

Umumnya, ketika konsumen menerima pelayanan kesehatan yang dijamin oleh asuransi kesehatan, dia tidak mengajukan sendiri klaimnya. Sebaliknya, provider yang memberikan pelayanan yang menagih ke perusahaan asuransi konsumen, dan perusahaan asuransi memberikan penggantian biaya pelayanan kepada provider. Tidak ada uang yang dibayarkan langsung ke konsumen.

Namun, dalam beberapa situasi bisa dilakukan pengajuan klaim langsung oleh peserta. Dalam hal ini, tertanggung mengajukan formulir klaim kepada perusahaan asuransi, dilampiri dokumen-dokumen yang diperlukan (biasanya tagihan provider). Tertanggung membayar provider, selanjutnya perusahaan asuransi memberikan penggantian langsung kepada tertanggung. Penagihan langsung biasanya terdapat pada polis asuransi kesehatan individu, tetapi bisa juga terjadi di beberapa asuransi kumpulan.

Dalam penagihan langsung ini, konsumen terkadang sengaja membuat misrepresentasi pada formulir klaim. Dengan demikian, konsumen yang tidak jujur ini dapat memperoleh penggantian untuk pelayanan yang sebenarnya tidak pernah ia terima dan biayanya tidak pernah dia keluarkan. Atau, konsumen dapat memperoleh penggantian lebih mahal dari biaya yang benar-benar dia keluarkan.

Karena bertanggung biasanya harus melampirkan klaim tagihan provider, klaim palsu biasanya melibatkan rekayasa atau (lebih umum) pemalsuan tagihan. Dalam hal ini konsumen memerlukan formulir penagihan dokter dan melengkapi formulir dengan benar seperti nomor provider, kode tagihan, deskripsi layanan, dll. Oleh karena itu, konsumen biasanya berkolusi dengan provider yang tidak jujur. Namun, terkadang konsumen bertindak sendirian.

CONTOH

Pasien mendapat pelayanan syaraf gigi oleh dokter giginya. Dia menerima tagihan dari dokter gigi, membayarnya, dan menyampaikan klaim untuk mendapat penggantian ke perusahaan asuransi nya, disertai dengan tagihan. Kemudian, dia kembali ke dokter giginya untuk tambal gigi. Menggunakan informasi dari tagihan sebelumnya, pasien mengubah deskripsi pelayanan dan kode tagihan pada tagihan baru menjadi perawatan saluran akar, yang lebih mahal daripada tambal gigi. Dengan cara ini, pasien membayar dokter gigi untuk tambal gigi, diganti oleh asuransi nya untuk perawatan syaraf gigi, dan mengantongi perbedaan biaya tersebut.

B. PENGALIHAN MANFAAT

Seperti disebutkan di atas, meskipun manfaat kesehatan dapat dibayarkan langsung ke konsumen, lebih sering mereka dibayarkan kepada provider. Hal ini dilakukan dengan pengaturan yang disebut pengalihan manfaat (**Assignment of Benefits**), dimana atas permintaan bertanggung perusahaan asuransi membayar langsung ke provider.

Sekilas mungkin tidak terlihat bagaimana konsumen mendapat keuntungan dengan memalsukan klaim dari pengalihan manfaat, mengingat bahwa dia tidak menerima pembayaran. Tapi ada cara konsumen bisa memperoleh manfaat dari tindakan semacam itu.

CONTOH

- Seorang konsumen berkolusi dengan provider yang tidak jujur untuk mengajukan klaim palsu. Provider menerima manfaat dan membagi uangnya dengan bertanggung.
- Seorang konsumen membuat provider palsu dan mengajukan klaim palsu atas namanya.

Dalam kedua contoh ini, tagihan dan formulir klaim yang diajukan sudah benar, sehingga tidak ada alasan yang jelas untuk mencurigai fraud.

C. FRAUD KLAIM DARI NEGARA ASING

Klaim yang diajukan oleh konsumen untuk biaya pengobatan di luar negeri layak mendapat pengawasan khusus. Beberapa negara bagian terkenal karena formulir, segel, dan tanda tangan stempelnya yang palsu.

CONTOH

Seseorang bepergian ke luar negeri untuk liburan. Dia memperoleh lembar tagihan rumah sakit palsu di pasar gelap lokal. Dia menjiplak tanda tangan dan mengajukan klaim beberapa juta rupiah untuk pengobatan cedera yang sebenarnya tidak pernah terjadi.

D. SPEKULASI ASURANSI

Apa yang terjadi ketika seseorang dijamin oleh dua polis asuransi kesehatan, sehingga secara teoritis ia dapat menerima manfaat ganda untuk pelayanan yang sama dan memperoleh lebih besar dari yang benar-benar dia bayarkan? Polis asuransi kesehatan selalu mencakup ketentuan koordinasi manfaat (**coordination of benefits, COB**) untuk mencegah pembayaran ganda tersebut.

Ketentuan COB sudah menetapkan satu polis sebagai polis utama dan polis lain sebagai polis sekunder. Polis utama biasanya akan membayar semua manfaat jika tidak ada pertanggung jawaban tambahan. Polis sekunder membayar manfaat tambahan, tapi tidak lebih dari seluruh biaya yang diperlukan untuk mengganti semua biaya yang dikeluarkan bertanggung jawab. Dengan cara ini, bertanggung jawab tidak akan menerima lebih dari biaya yang sebenarnya.

Seorang konsumen bisa dengan sengaja melakukan misrepresentasi pada aplikasi atau formulir klaim bahwa dia tidak dijamin oleh polis asuransi kesehatan lain untuk menghindari ketentuan COB dan dengan demikian mendapatkan manfaat klaim ganda. Dalam beberapa kasus, konsumen mungkin sengaja memperoleh beberapa polis asuransi kesehatan sehingga dia dapat menerima pembayaran manfaat ganda untuk satu pengeluaran. Hal ini dikenal sebagai spekulasi asuransi (*insurance speculation*).

CONTOH

Seorang pria dijamin dalam asuransi kesehatan dari kantor istrinya. Dia juga memperoleh polis asuransi kesehatan individu dari beberapa perusahaan asuransi. Dalam mengisi aplikasi untuk setiap polis dan pengajuan klaim, dia tidak mengungkapkan adanya pertanggung jawaban yang lain. Orang ini memalsukan penyakit, mengajukan klaim ke semua perusahaan asuransi, dan menerima manfaat dari semuanya.

E. FRAUD BERANTAI DAN KECELAKAAN KENDARAAN BERMOTOR

Mungkin ancaman terbesar yang merupakan fraud klaim muncul bukan dari individu yang bertindak sendiri, atau dari perlakuan kolusi, tapi dari kejahatan berantai terorganisir yang melibatkan banyak konsumen, provider, dan pihak lain.

CONTOH

Sebuah perusahaan palsu dibentuk, konon untuk menawarkan terapi oksigen di rumah. Perusahaan membayar dokter yang mau bekerjasama untuk menyatakan bahwa pasien perlu terapi tersebut. Para pasien ikut menerima bagian dari hasil kolusi tersebut agar tidak melaporkan bahwa mereka sebenarnya tidak pernah menerima terapi apapun.

Skema yang melibatkan rantai fraud dan kecelakaan kendaraan bermotor palsu semakin meningkat.

CONTOH

- Konsumen, polisi, dokter, bengkel mobil, dan pengacara semua bekerja -sama dalam fraud dengan berpura-pura telah terjadi sebuah kecelakaan mobil. Grup konsumen pura-pura mengalami kecelakaan atau bekerja dengan polisi yang tidak jujur untuk mendapatkan laporan kecelakaan palsu. Para dokter mendirikan klinik palsu untuk menagih perawatan fiktif. Bengkel mobil membuat faktur palsu, dan pengacara mengajukan tuntutan hukum palsu dengan menuduh telah terjadi kelalaian dalam kecelakaan yang sebenarnya tidak pernah terjadi. Semua orang memperoleh bagian dari tunjangan yang diberikan oleh asuransi yang tidak curiga.
- Seorang petugas polisi mengaku bersalah telah menulis 16 laporan kecelakaan kendaraan bermotor yang tidak pernah terjadi. Lapornya ini digunakan untuk mendukung berbagai klaim palsu untuk pelayanan chiropractic yang sebenarnya tidak pernah dilakukan. Para pasien, petugas polisi, dan chiropractor semua bersekongkol dalam skema tersebut.

3.3. FRAUD APLIKASI

Fraud aplikasi terjadi ketika satu pihak membuat misrepresentasi material dalam aplikasi asuransi dengan maksud untuk menipu. Tujuan dari misrepresentasi tersebut meliputi:

- untuk mendapatkan pertanggungansuransi yang seharusnya ditolak;
- untuk memperoleh pertanggungansuransi yang diberikan tanpa syarat, pembatasan, atau pengecualian;
- untuk mendapatkan pertanggungansuransi dengan harga lebih rendah daripada yang seharusnya
- untuk memperluas pertanggungansuransi bagi orang-orang yang tidak berhak untuk ditanggung atau yang bahkan orangnya sebenarnya tidak ada.

Disebagian besar skema fraud yang terjadi, seorang tertanggung memperoleh pembayaran manfaat asuransi kesehatan secara tidak sah. Namun fraud aplikasi berbeda, mereka menjadi tertanggung dengan cara tidak sah.

Pada aplikasi asuransi, misrepresentasi dari informasi berikut biasanya dianggap hanya kekeliruan material:

- usia pemohon;
- status kesehatan, riwayat kesehatan, dan riwayat kesehatan keluarga;
- pekerjaan;
- gaya hidup (merokok, peminum minuman keras, pengguna narkoba), dan
- identitas dan status kesehatan anggota keluarga yang menjadi tanggungannya.

CONTOH

- Pemohon berbohong dengan menyatakan bahwa ia tidak memiliki penyakit tertentu sehingga ia dapat memperoleh pertanggungansuransi yang mungkin akan ditolak bila penyakitnya tersebut diketahui.
- Pemohon menyembunyikan riwayat penyakit keluarga untuk memperoleh pertanggungansuransi pada tingkat premi yang lebih rendah daripada yang seharusnya dia bayar.
- Pemohon menunjukkan bahwa dia memiliki tanggungan dua anak, tetapi sebenarnya dia tidak mempunyai anak. Setelah pertanggungansuransi dikeluarkan, dia berkolusi dengan dokter untuk memperoleh pembayaran untuk pelayanan fiktif.

Sebuah perusahaan asuransi biasanya diijinkan untuk membatalkan polis asuransi individu karena adanya misrepresentasi material dalam aplikasi selama dua tahun pertama (di beberapa negara bagian bisa tiga tahun). Periode ini dikenal sebagai periode *contestable (contestable period)*. Setelah lewat masa *contestable*, perusahaan asuransi tidak dapat membatalkan polis untuk misrepresentasi yang terjadi. (Kadang-kadang, sebagai alternatif agar tidak terjadi pembatalan langsung, perusahaan asuransi menawarkan untuk meneruskan pertanggungansuransi tapi membuat pengecualian atas kondisi medis yang sudah ada sebelumnya atau dikenakan biaya premi yang lebih tinggi.) Dengan demikian, penting untuk mendeteksi fraud aplikasi sejak awal.

3.4. FRAUD KELAYAKAN ATAU ELIGIBILITAS

Dalam fraud klaim, manfaat kesehatan dibayar tidak sah karena pelayanan ini tidak pernah dilakukan atau jumlah yang dibayar lebih tinggi dari yang semestinya. Dalam fraud kelayakan atau eligibilitas (*eligibility fraud*), manfaat yang dibayarkan tidak sah karena orang yang menerima itu tidak memenuhi syarat untuk menerima manfaat.

A. FRAUD ELIGIBILITAS BERDASARKAN STATUS TANGGUNGAN

Polis asuransi kesehatan biasanya membayar manfaat bagi keluarga yang menjadi tanggungan tertanggung (*dependent*). Namun, polis hanya menanggung para anggota keluarga yang memenuhi kriteria tertentu. Misalnya, anak-anak biasanya harus di bawah usia tertentu, belum menikah, dan tidak mandiri secara finansial. Fraud eligibilitas terjadi ketika tertanggung berbohong tentang kelayakan anggota keluarga tersebut sehingga ia dapat menerima manfaat.

CONTOH

- Sebuah polis asuransi kesehatan tertanggung menjamin anak-anak tertanggung yang belum menikah. Tertanggung mengajukan klaim untuk putrinya yang baru saja menikah dan dengan demikian tidak lagi memenuhi syarat untuk memperoleh pertanggungannya sebagai anak.
- Polis seorang ibu tunggal menjamin ibu dan anak-anak yang menjadi tanggungannya. Definisi anak menurut polis adalah termasuk anak yang masih kuliah. Anak tertua si ibu sudah kuliah di tahun ketiga dan memutuskan untuk bekerja paruh waktu sambil kuliah. Ketika pemuda itu terluka dalam kecelakaan bersepeda, ibu mengajukan klaim kepada perusahaan asuransinya untuk pengobatan. Dia menyembunyikan fakta bahwa status anaknya telah berubah.

Ingat bahwa ketika seseorang berbohong tentang kelayakan tanggungannya pada aplikasi asuransi, ini merupakan fraud aplikasi. Jika seseorang menipu perusahaan asuransi tentang perubahan dalam kelayakan persyaratan setelah polis berlaku, itu adalah fraud eligibilitas.

B. FRAUD ELIGIBILITAS BERDASARKAN STATUS PEKERJAAN

Asuransi kesehatan kumpulan yang disponsori pemberi kerja umumnya hanya tersedia bagi karyawan yang memenuhi kriteria tertentu, seperti pekerja penuh-waktu (*full time*). Fraud terjadi ketika catatan pekerjaan sengaja dipalsukan untuk menyatakan bahwa karyawan tersebut telah memenuhi kriteria dan memenuhi syarat untuk menerima manfaat padahal sebenarnya tidak.

CONTOH

Sebagai seorang karyawan paruh waktu dari sebuah perusahaan perangkat lunak, Tuan A tidak memenuhi syarat untuk asuransi kesehatan kumpulan perusahaan. Dia sebenarnya bisa mendapatkan polis asuransi kesehatan individu, tetapi tidak dilakukannya karena dia ingin menghemat uang dan, karena masih muda, dia pikir dia tidak membutuhkannya. Ketika mengalami kecelakaan mobil dan membutuhkan pelayanan kesehatan yang banyak, dia berkolusi dengan karyawan lain, temannya yang bekerja di bagian sumber daya manusia, untuk memalsukan catatan pekerjaan seolah-olah ia adalah karyawan penuh-waktu dan dijamin oleh asuransi kesehatan perusahaan.

Kadang-kadang fraud kelayakan kerja ini melibatkan orang yang bukan karyawan sama sekali.

CONTOH

Seorang pemilik bisnis mendaftarkan kerabat yang sebenarnya bukan karyawan sebagai karyawan penuh waktu dan membuat dokumen karyawan palsu untuknya. Dia melakukan ini agar mereka berhak untuk memperoleh pertanggungannya asuransi kesehatan perusahaannya.

3.5. FRAUD KONSUMEN DAN ASURANSI KESEHATAN KUMPULAN

Sebagian besar skema fraud yang dibahas sejauh ini terjadi pada polis asuransi kumpulan dan polis asuransi kesehatan individu. Namun, beberapa jenis fraud merupakan fraud yang khas dari asuransi kesehatan kumpulan, seperti fraud kelayakan berdasarkan status pekerjaan. Selain itu, asuransi kesehatan kumpulan memiliki beberapa hal khusus yang harus diperhatikan.

A. SWA-KELOLA DAN VERIFIKASI AWAL KLAIM OLEH PEMEGANG POLIS

Beberapa program asuransi kesehatan kumpulan dikelola sendiri oleh perusahaan pemberi kerja. Swa-kelola (*self-administration*) berarti bahwa majikan yang mensponsori program jaminan kesehatan untuk karyawannya

melakukan sendiri tugas mengelola pertanggung, kadang-kadang termasuk pemrosesan klaim. Program jaminan lainnya adalah klaim oleh pemegang polis (*policyholder submission*) untuk klaim. Dalam setting seperti ini, majikan (sebagai pemegang polis kumpulan) mengajukan klaim kepada perusahaan asuransi untuk diproses, tetapi majikan bertanggung jawab untuk terlebih dulu memverifikasi bahwa karyawan yang mengajukan klaim memang benar ditanggung dalam program tersebut.

Swa-kelola dan *policyholder submission* membawa peluang untuk kolusi antara karyawan. Misalnya, seperti disebutkan di atas, karyawan mungkin berkolusi untuk melakukan fraud kelayakan.

CONTOH

Karyawan baru di perusahaan XYZ tidak langsung ditanggung oleh program jaminan kesehatan perusahaan, melainkan ada masa tunggu tiga bulan. Seorang karyawan membujuk karyawan di bagian SDM agar ia dinyatakan dijamin dalam program jaminan sebelum waktunya.

B. KUMPULAN FIKTIF

Asuransi kumpulan hanya dapat diberikan untuk grup yang benar-benar ada atau nyata, yaitu grup yang keberadaannya karena beberapa alasan tertentu, bukan karena untuk bisa diasuransikan, seperti karyawan bisnis atau anggota dari suatu asosiasi profesional. Hal ini karena grup yang benar-benar nyata cenderung memiliki insiden penyakit dan cedera rata-rata, sementara grup yang keberadaannya hanya untuk mendapatkan asuransi bagi para anggotanya cenderung memiliki jumlah orang sakit yang tidak proporsional.

Beberapa skema fraud merupakan grup fiktif, yaitu grup yang dibentuk dengan tujuan agar bisa membeli asuransi kumpulan.

CONTOH

- Beberapa orang berkolusi untuk membuat perusahaan fiktif semata-mata untuk tujuan mendapatkan asuransi kesehatan untuk diri mereka sendiri sebagai grup karyawan palsu. Jika perusahaan asuransi menerima mereka sebagai perusahaan seperti lazimnya, mereka akan mendapat tingkat premi berdasarkan klaim rata-rata untuk grup, padahal klaim dari grup fiktif ini akan jauh lebih tinggi daripada klaim rata-rata, karena biasanya yang mau bergabung adalah orang-orang yang berisiko sakit tinggi.
- Sebuah fraud yang lebih besar dilakukan dengan menyiapkan beberapa perusahaan palsu, memalsukan beberapa pertanggung kumpulan, dan mengirimkan tagihan palsu kepada perusahaan asuransi yang berbeda dengan maksud memperoleh semua pembayaran. Jika skema yang seperti ini dilakukan berulang-ulang, dapat menyerap biaya asuransi ratusan juta sampai miliaran rupiah.

Perlu juga diwaspadai adalah jika ada orang-orang mendirikan organisasi (misalnya koperasi) dan mengajak banyak orang untuk menjadi anggota dengan iming-iming jika menjadi anggota koperasi tersebut bisa menjadi peserta asuransi kesehatan dengan premi yang rendah (jika dibandingkan dengan premi asuransi perorangan). Praktek seperti ini jelas akan membuat kerugian besar jika perusahaan asuransi menerima proposal yang mereka tawarkan.

3.6. RINGKASAN

Meskipun tidak sebanyak atau semahal fraud provider, fraud konsumen membahayakan sistem pelayanan kesehatan. Khususnya skema yang melibatkan kolusi dan sejenisnya yang merupakan kejahatan terorganisir.

Fraud konsumen ada beberapa bentuk, seperti:

- fraud klaim, berupa skema yang melibatkan pengajuan klaim langsung, penugasan manfaat (*assignment of benefits*), klaim dari negara bagian asing, spekulasi asuransi, dan fraud berantai;
- fraud aplikasi, dan
- fraud kelayakan, biasanya didasarkan pada status anggota keluarga/tanggungan atau status pekerjaan.

Kebanyakan fraud konsumen melibatkan polis individu atau asuransi kumpulan, tetapi beberapa skema khusus terdapat pada asuransi kumpulan, seperti yang melibatkan status pekerjaan atau grup fiktif.

BAB 4. FRAUD OLEH AGEN, BROKER, DAN KARYAWAN

4.1. PENDAHULUAN

Fraud kesehatan juga dilakukan oleh agen dan broker yang menjual polis asuransi kesehatan dan oleh karyawan perusahaan asuransi. Fraud yang dilakukan oleh karyawan perusahaan asuransi disebut sebagai fraud internal (**internal fraud**). Praktik fraud oleh agen juga dapat dianggap kejahatan internal, tergantung pada sejauh mana mereka berada di bawah kendali perusahaan asuransi.

4.2. FRAUD OLEH AGEN/BROKER

Polis asuransi kesehatan biasanya dijual oleh agen dan broker. Seorang agen asuransi (**insurance agent**) adalah orang yang bertindak sebagai wakil penjualan perusahaan asuransi. Agen biasanya pebisnis independen yang bekerja di bawah kontrak, bukan karyawan perusahaan asuransi. Perusahaan asuransi memberikan kompensasi kepada agen terutama melalui komisi atas penjualan polis asuransi.

Pialang (**insurance brokers**) asuransi juga penjual independen. Perbedaan antara agen dan broker biasanya adalah bahwa agen mewakili perusahaan asuransi, sedangkan broker mewakili calon pemegang polis, dan dapat bekerja dengan beberapa perusahaan asuransi untuk mendapatkan pertanggunggunaan terbaik dengan harga terbaik untuk kebutuhan pemegang polis. Namun, dalam kenyataannya, situasinya agak lebih rumit. Broker memberikan nasihat dan membantu pengusaha dan individu dalam menemukan pertanggunggunaan terbaik, dan dalam kasus asuransi grup mereka mungkin menerima biaya dari pemilik perusahaan untuk pelayanan mereka. Namun, ketika kemudian seorang broker menjual polis perusahaan asuransi untuk sebuah perusahaan atau individu, ia menjabat sebagai wakil dari perusahaan asuransi dan menerima komisi dari perusahaan asuransi, seperti agen.

Keadaan tertentu menciptakan potensi fraud pada agen dan broker, dimana:

- Agen dan broker memiliki pengetahuan sebagai ahli asuransi.
- Agen dan broker, memperoleh kepercayaan baik dari perusahaan asuransi maupun konsumen.
- Agen dan broker dibayar dengan komisi dan memiliki insentif untuk menjual lebih banyak polis.

Praktik fraud oleh agen dan broker umumnya terbagi dalam empat kategori:

- fraud aplikasi (*application fraud*),
- iklan palsu (*false advertising*),
- misrepresentasi pertanggunggunaan (*misrepresentation of coverage*),
- penggantian yang tidak tepat (*improper replacements*).

Baik konsumen maupun perusahaan asuransi bisa menderita kerugian dari tindakan fraud yang dilakukan oleh agen dan broker ini. Selain itu, perusahaan asuransi dapat bertanggung jawab atas tindakan yang dilakukan oleh agen dan broker yang bekerja atas nama mereka. Dalam kasus yang demikian, perusahaan asuransi mungkin terpaksa mengembalikan premi atau menyediakan pertanggunggunaan.

A. FRAUD APLIKASI

Agen dan broker biasanya membantu konsumen mengisi aplikasi asuransi. Dalam prakteknya mereka mewawancarai konsumen dan mengisi sendiri aplikasi tersebut berdasarkan respon konsumen terhadap

pertanyaan. (walaupun, pemohon harus menandatangani aplikasi sebagai bukti bahwa informasi di dalamnya akurat).

Dengan pengalamannya, agen dan broker sangat memahami bagaimana berbagai item informasi pada aplikasi berpengaruh terhadap pertanggung jawaban apa yang ditawarkan kepada konsumen, pembatasan apa yang dapat dikenakan, dan tingkat premi yang dikenakan. Perolehan komisi agen atau broker tergantung pada pertanggung jawaban yang ditawarkan perusahaan asuransi kepada pemohon dan apakah pemohon menerima pertanggung jawaban yang ditawarkan. Akibatnya, dalam upaya untuk memastikan tawaran perusahaan asuransi cocok dengan keinginan pemohon, agen atau broker dapat melakukan misrepresentasi tanggapan pemohon atas pertanyaan pada aplikasi. Para agen atau broker mungkin bertindak sendiri atau berkolusi dengan konsumen.

CONTOH

- Pemohon memberitahu agen bahwa dia memiliki riwayat diabetes dalam keluarga. Agen sengaja tidak membuat catatan ini pada aplikasi, takut bahwa perusahaan asuransi akan menolak aplikasi, atau akan ditambahkan pengecualian untuk diabetes pada polis, ini akan menyebabkan pemohon tidak mau membelinya.
- Seorang broker mengetahui bahwa konsumennya adalah perokok. Konsumen mengatakan pada broker bahwa ia bermaksud untuk segera berhenti merokok dan membujuk broker untuk menyatakan pada aplikasi bahwa ia bukan perokok. Broker setuju dengan konsumen dalam upaya mendapatkan tingkat premi yang lebih menguntungkan pada polis.

Ingat bahwa jika misrepresentasi yang ditemukan diluar masa *contestable*, perusahaan asuransi biasanya bertanggung jawab untuk pertanggung jawaban walaupun terdapat misrepresentasi pada aplikasi.

B. IKLAN PALSU

Agen dan broker mengiklankan produk dan pelayanan mereka kepada konsumen melalui berbagai media, seperti:

- kartu nama atau materi cetak lainnya,
- brosur pribadi,
- Iklan di surat kabar dan media berkala,
- iklan melalui pos, dan
- artikel dan publikasi lainnya.

Pernyataan yang tidak benar dalam materi iklan dapat mempengaruhi konsumen untuk membuat keputusan membeli karena pengaruh informasi yang salah atau tidak memadai.

CONTOH

- Kartu nama seorang agen mencantumkan bahwa dia adalah seorang Konsultan keuangan bersertifikat (*Certified Financial Consultant*) dan ia ahli di bidang asuransi jiwa, kesehatan, dan cacat (disabilitas). Sebenarnya dia tidak memiliki keahlian tersebut dan sarannya hanya presentasi palsu. Konsumen yang percaya dan akhirnya merugi karena mengikuti saran agen tersebut telah tertipu.
- Dalam brosur pribadinya seorang broker menunjukkan bahwa ia menyediakan "pertanggung jawaban pelayanan kesehatan yang unik" dengan "tingkat premi yang terendah." Sebenarnya, pertanggung jawaban dijual oleh broker ini serupa atau identik dengan yang dijual oleh orang lain.

C. MISREPRESENTASI PERTANGGUNG JAWAB

Dalam beberapa kasus, agen membuat kekeliruan bukan tentang kualifikasi dirinya sendiri atau produknya, tapi tentang pertanggung jawaban khusus yang dia jual.

CONTOH

- Seorang agen berbohong, mengatakan pada pemohon bahwa riwayat penyakit tekanan darah tinggi dan penyakit jantung dalam keluarga serta pengobatan penyakit jantung yang dialami pemohon sebelumnya tidak akan menghalangi penerbitan polis maupun besaran premi yang ditawarkannya.
- Seorang konsumen mengajukan aplikasi polis asuransi, dan tingkat premi yang ditawarkan perusahaan asuransi lebih tinggi daripada rata-rata, berdasarkan fakta bahwa ia adalah seorang perokok lama. Ketika broker menyerahkan polis kepada pemohon, ia tidak menjelaskan perihal premi tersebut.

D. PENGGANTIAN POLIS SECARA TIDAK BENAR

Jika agen atau broker membujuk konsumen untuk mengganti polis asuransinya yang sudah ada dengan yang baru, ia akan mendapatkan komisi untuk penjualan polis baru tersebut. Penggantian tersebut mungkin sah-sah saja jika konsumen memperoleh keuntungan dari perubahan tersebut. Namun, broker atau agen yang tidak jujur sengaja tidak menjelaskan perbedaan antara pertanggunggunaan lama dan baru untuk membujuk konsumen agar mengganti polisnya, padahal satu sama lainnya hampir sama, dia melakukan itu hanya untuk mendapatkan komisi.

Dalam beberapa kasus, konsumen bukan hanya tidak memperoleh keuntungan dari penggantian polis tersebut, tetapi malah merugi. Karena premi baru menghitung biaya awal untuk menutupi komisi dan biaya administrasi, seringkali premi menjadi lebih tinggi dari polisnya yang lama meskipun pertanggunggunaannya hampir sama.

Undang-undang asuransi negara bagian bagian di Amerika memberlakukan persyaratan tertentu dalam upaya untuk mencegah penggantian polis yang tidak benar ini. Jika agen atau broker berusaha untuk mengganti suatu polis dengan yang lain, dia harus mengisi formulir yang mencantumkan perbandingan yang lengkap dan akurat dari dua polis tersebut, dan dia harus membahas formulir ini dengan tertanggung. Selanjutnya formulir tersebut diserahkan bersama dengan aplikasi untuk perusahaan asuransi yang baru. Selain itu, perusahaan asuransi yang polisnya digantikan harus diberitahu.

Praktek penggantian yang tidak benar ini adalah *churning* dan *twisting*.

Churning terjadi ketika agen atau broker mengganti sendiri pertanggunggunaan kliennya yang sudah ada tanpa memperhatikan kebutuhan tertanggung, untuk mendapatkan komisi baru.

CONTOH

Seorang agen perusahaan asuransi X menjual asuransi grup ke beberapa pengusaha kecil di suatu wilayah. Ketika ia pindah menjadi agen perusahaan asuransi Y, agen ini mendatangi kembali para pelanggannya dan mengganti jaminan perusahaan asuransi X dengan jaminan perusahaan asuransi Y. Meskipun ia mengadministrasikan semua perubahan itu sebagaimana mestinya, dia tidak membahas penggantian tersebut dengan jelas bersama pelanggannya dan hanya mengatakan bahwa Perusahaan Y ini adalah yang terbaik. Sebenarnya nilai pertanggunggunaan dan tingkat preminya sama saja, dan motivasi agen ini yang sebenarnya adalah hanya untuk mendapatkan komisi baru.

Twisting terjadi ketika agen atau broker menargetkan prospek baru untuk tujuan mengganti pertanggunggunaan yang ada walaupun tidak diperlukan, dalam rangka mendapatkan komisi.

CONTOH

Seorang broker selalu mengganti asuransi yang dijual ke konsumen oleh agen dan broker lain. Ia memberitahu konsumen bahwa kemajuan dalam pelayanan kesehatan telah membuat polis yang lama tidak memadai dan mahal dibandingkan dengan pertanggunggunaan yang dia tawarkan, padahal sebenarnya tidak ada perbedaan yang signifikan.

4.2. FRAUD OLEH KARYAWAN PERUSAHAAN ASURANSI

Karyawan perusahaan asuransi berada dalam posisi yang menguntungkan untuk memanipulasi informasi dalam aplikasi dan klaim. Karyawan kantor pusat juga memiliki akses ke sistem penagihan otomatis dan database komputer. Akibatnya, peluang untuk fraud oleh karyawan menjadi mencuat.

CONTOH

- Seorang karyawan yang tidak jujur membuat provider fiktif dan rekening bank palsu. Dengan menggunakan formulir klaim, nama tertanggung dan nomor polis tertanggung yang asli yang diperoleh dari data perusahaan asuransi, ia mengajukan klaim hasil rekayasa, menyetujui sendiri dan mengantongi uang pembayaran klaimnya.
- Karyawan tidak jujur lainnya melakukan fraud kan dengan membuat majikan fiktif, membuat aplikasi palsu dan mendapat asuransi kumpulan. Kemudian ia mengajukan klaim untuk seluruh karyawan.

Mengingat pengetahuan karyawan yang mendalam mengenai operasional perusahaan asuransi, fraud seperti ini sangat berbahaya dan sulit untuk dideteksi.

4.3. RINGKASAN

Fraud yang dilakukan oleh agen, broker, dan karyawan memiliki dampak signifikan pada biaya pelayanan kesehatan. Hal ini juga secara langsung merugikan konsumen dan asuransi.

Agen dan broker terlibat dalam fraud dengan membuat misrepresentasi tentang:

- tertanggung (pada aplikasi asuransi),
- kualifikasi mereka sendiri dan produk (dalam iklan), dan
- pertanggungan yang mereka jual.

Misrepresentasi pertanggungan asuransi meliputi praktik *churning* (misrepresentasi pertanggungan dengan membujuk kliennya sendiri untuk mengubah polis yang sebenarnya tidak perlu) dan *twisting* (membujuk klien lain untuk mengubah polis yang sebenarnya tidak perlu).

Pegawai perusahaan asuransi memiliki posisi yang empuk untuk terlibat dalam sejumlah skema fraud.

5. FRAUD PADA MANAGED CARE

5.1. PENDAHULUAN

Secara luas diyakini bahwa meningkatnya managed care berarti berakhirnya fraud kesehatan. Memang managed care menghilangkan insentif dan kesempatan bagi beberapa bentuk fraud yang lazim dalam asuransi kesehatan tradisional dengan fee-for-service. Sayangnya, ternyata, dalam praktek managed care fraud tidak hilang, ia hanya menimbulkan bentuk-bentuk baru yang mencerminkan aturan kontrak dan keuangan yang berbeda.

5.2. FRAUD KAPITASI

Dalam asuransi kesehatan tradisional, provider pelayanan kesehatan menerima kompensasi dengan mengirimkan klaim ke perusahaan asuransi, yang membayar provider biaya untuk pelayanan yang telah diberikan kepada tertanggung. Dalam program managed care, provider dapat menerima kompensasi atas pelayanan yang mereka berikan kepada peserta program dalam beberapa cara. Kompensasi bisa dengan fee-for-service, seperti pada asuransi tradisional. Atau provider bisa menjadi karyawan penyelenggara jaminan dan menerima gaji. Atau provider dapat dibayar secara kapitasi.

Sebagaimana dijelaskan dalam Bab Satu, kompensasi provider dengan kapitasi bekerja dengan cara sebagai berikut: Sebuah provider menandatangani kontrak dengan penyelenggara managed care. Provider bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan tertentu kepada anggota dari penyelenggara. (Sebagai contoh, seorang dokter yang dikontrak dapat memberikan perawatan primer.) Penyelenggara tidak membayar provider berdasarkan pelayanan yang telah ia berikan, seperti dalam pengaturan fee-for-service. Sebaliknya, penyelenggara mengkompensasi provider dengan membayar jumlah yang ditetapkan setiap tahun untuk setiap anggota yang dilayani provider. Jumlah ini dikenal sebagai biaya kapitasi.

Jadi, dalam pengaturan kapitasi, provider dibayar sama apakah dia memberikan pelayanan kepada banyak anggota atau hanya kepada beberapa. Akibatnya, provider memiliki insentif keuangan untuk menyediakan pelayanan kesehatan dengan cara yang paling hemat biaya. Provider tidak memiliki insentif untuk menyediakan pelayanan yang tidak perlu dan tidak bisa melakukan penagihan untuk pelayanan yang tidak diberikan atau terlibat dalam *upcoding* atau *unbundling*.

Apakah ini berarti provider yang menerapkan kapitasi tidak punya cara untuk melakukan fraud? Sayangnya tidak.

A. UNDERUTILISASI

Karena provider menerima biaya kapitasi tahunan yang sama, tidak peduli berapa banyak atau betapa sedikit ia memberikan layanan, ia memiliki insentif untuk memberikan sesedikit mungkin. Karena itu sebuah provider yang tidak jujur mungkin tidak memberikan pelayanan yang secara medis diperlukan. Praktek ini dikenal sebagai underutilisasi (*underutilization*).

Underutilization adalah fraud karena provider memiliki kewajiban kontraktual untuk menyediakan semua pelayanan yang dibutuhkan oleh anggota sebagai imbalan atas biaya kapitasi tahunan. Sebuah provider yang melakukan *underutilization* sengaja menyembunyikan kebutuhan medis pasien dengan menyatakan bahwa pelayanan tersebut tidak diperlukan padahal sebenarnya diperlukan.

CONTOH

- Seorang dokter memeriksa pasien yang mengeluh sakit tenggorokan parah dan gejala lainnya. Dokter menerima kompensasi untuk pelayanan kepada pasien dengan kapitasi, jadi dia tidak akan menerima penggantian tambahan untuk melakukan tes apa pun ditempat praktek. Untuk menghindari biaya tes tersebut, dokter mengatakan pada pasien bahwa itu hanya akibat hama yang ada disekitar tenggorokan dan tidak mengambil tindakan lebih lanjut. Padahal sebenarnya pasien menderita radang tenggorokan.
- Sebuah organisasi managed care (MCO) membayar pelayanan magnetic resonance imaging (MRI) yang termasuk dalam kapitasi. Ketika anggota tersebut dirujuk untuk tes diagnostik MRI, ia diberikan jenis MRI yang jauh lebih sederhana daripada yang diminta. Ternyata kemudian bahwa pasien memiliki kanker yang seharusnya terdeteksi. Akibatnya penyakit Kanker tersebut kurang responsif terhadap pengobatan. Hal ini tidak akan terjadi kalau saja kankernya terdeteksi sejak awal.

B. RUJUKAN YANG TIDAK TEPAT

Dalam beberapa kasus provider berusaha untuk menghindari pemberian pelayanan yang dibutuhkan dengan merujuk anggota ke provider lain.

Pada kebanyakan program managed care, dokter perawatan primer dibayar dengan kapitasi sementara spesialis dibayar secara fee-for-service. Akibatnya, ketika seorang pasien dirujuk yang sebenarnya tidak perlu (*improper referrals*), baik dokter perawatan primer maupun spesialis sama-sama memperoleh keuntungan dimana dokter primer tidak melaksanakan pelayanan dan spesialis dapat menagih dan memperoleh pembayaran. Oleh karena itu, spesialis mungkin tidak melaporkan rujukan dokter yang tidak pada tempatnya, dan fraud ini mungkin tidak terdeteksi.

CONTOH

Dr A adalah seorang dokter anak dikontrak oleh MCO untuk memberikan pelayanan kepada anggotanya dengan biaya kapitasi. Dr A sering merujuk bayi dengan infeksi telinga ke spesialis THT (telinga, hidung, dan tenggorokan). Sebagian besar pasiennya hanya memerlukan perawatan rutin, yang dapat disediakan oleh Dr A sendiri dan dia memiliki kewajiban kontraktual untuk menyediakan pelayanan tersebut.

5.3. FRAUD OLEH PROVIDER LAINNYA

Pengaturan managed care menciptakan insentif untuk praktek fraud provider lainnya.

A. SUAP

Seperti disebutkan di atas, ketika seorang dokter perawatan primer yang dikontrak dengan kapitasi merujuk pasien yang tidak perlu ke spesialis yang dibayar berdasarkan fee-for-service, kedua provider tersebut mendapat keuntungan. Kadang-kadang spesialis membayar suap kepada dokter perawatan primer untuk membuat rujukan tersebut.

B. DIAGNOSA PALSU

Salah satu praktik fraud yang paling umum dilakukan oleh provider dalam managed care adalah mengirimkan diagnosa palsu agar mendapatkan otorisasi untuk melakukan pelayanan tertentu. Biasanya, MCO tidak akan memberi otorisasi kepada provider untuk melakukan pelayanan jika tidak ada pernyataan dokter ahli bahwa pelayanan tersebut sesuai dengan penyakit pasien. Dalam kasus tersebut, karena provider ingin melakukan pelayanan dan mendapatkan bayaran, ia menyerahkan diagnosa palsu kepada MCO, seolah-olah kondisi medis

pasien membutuhkan pelayanan tersebut. Seorang dokter juga terkadang memalsukan informasi klinis untuk mendukung diagnosa palsu nya.

C. MENARIK SELISIH BIAYA

Beberapa provider melayani anggota MCO dan juga melayani pasien lain yang bukan peserta MCO. Biaya pelayanan yang diterimanya dari MCO untuk pasien non-MCO biasanya lebih besar dari kompensasi para anggota MCO. Jadi, mengapa provider mau kontrak dengan MCO? Bekerjasama dengan MCO membawa sejumlah besar pasien, sehingga meskipun mereka menerima jumlah yang kecil per layanan, mereka memiliki total pendapatan yang lebih besar.

Tetapi beberapa provider mencoba untuk memiliki kedua-duanya. Mereka melakukan praktek yang dikenal dengan menarik selisih biaya atau **Balance Billing**, dimana provider tidak hanya menerima dari MCO tetapi juga menagih pasien untuk "Menyeimbangkan", yaitu perbedaan (selisih besaran) antara yang diterima dari MCO dan apa yang akan dikenakan pada pasien non-MCO. Sebagian besar kontrak antara provider dan MCOs melarang **Balance Billing**. Dalam kasus tersebut, provider yang melakukan *balanced billing* telah melanggar kontrak sekaligus melakukan fraud dengan memalsukan apa yang dia lakukan ke MCO.

D. FRAUD COPAYMENT

Dalam program managed care, anggota biasanya harus membayar *copayments* kepada provider untuk pemeriksaan dokter dan pelayanan lainnya. Provider yang tidak jujur mungkin menarik terlalu mahal untuk copayments ini. Kadang-kadang praktek ini mirip dengan *balanced billing*. Dengan menarik copayment yang berlebihan, provider membuat perbedaan antara apa yang diterimanya untuk anggota MCO dan dari pasien lain.

E. MISREPRESENTASI DALAM KREDENSIALING

Organisasi managed care mempromosikan perawatan kesehatan berkualitas tinggi dengan hanya mempekerjakan atau mengontrak provider pelayanan yang memenuhi standar tertentu. Sebelum provider dapat menjadi anggota jaringan provider MCO (grup provider yang dikontrak), identitasnya harus diperiksa dan disetujui. Keuntungan finansial jika berafiliasi dengan MCO sering mendorong provider yang tidak bermoral melakukan misrepresentasi tentang kualifikasi pendidikan, riwayat pekerjaan, atau informasi lainnya.

CONTOH

Seorang dokter ingin meningkatkan jumlah pasien dengan berafiliasi dengan MCO yang memiliki anggota yang banyak di daerahnya. Agar dapat diterima oleh MCO, dia melebih-lebihkan pendidikan dan pengalamannya.

F. FRAUD OLEH PROVIDER PELAYANAN KESEHATAN LAINNYA

Sebagian besar fraud provider dalam Managed Care yang telah dicontohkan diatas berkaitan dengan dokter. Namun, perlu dicatat bahwa MCOs juga kontrak dengan provider lain, seperti rumah sakit, ruang gawat darurat, pemasok peralatan medis, dan laboratorium, dan provider ini mungkin terlibat dalam skema fraud seperti yang melibatkan dokter.

CONTOH

Sebuah rumah sakit atau fasilitas lainnya mungkin terlibat dalam *underutilization* dengan mengabaikan pelayanan yang dibutuhkan untuk memaksimalkan keuntungan.

5.4. FRAUD OLEH KONSUMEN

Lingkungan managed care juga menciptakan kesempatan bagi konsumen untuk melakukan fraud. Contoh yang paling umum dari fraud konsumen adalah penyalahgunaan kartu yang dikeluarkan untuk setiap peserta sebagai identitas bahwa dia adalah anggota dari program pertanggungjanaan dan berhak atas layanan.

CONTOH

- Seorang anggota MCO meminjamkan kartu pengenalnya kepada orang lain yang bukan anggota untuk mendapatkan pelayanan media.
- Pada tahun 1980an sebuah pengelola asuransi kesehatan sosial terbesar di Indonesia saat itu melakukan penelitian terhadap kepatuhan pesertanya dan menemukan bahwa sebanyak 17 % peserta pernah meminjamkan kartunya kepada orang lain dan tidak menganggap perbuatannya sebagai pelanggaran hukum.
- Seorang anggota MCO mengubah tanggal kedaluwarsa kartunya. Meskipun masa berlaku kartu telah habis, dokter yang menerimanya tidak sadar akan hal itu, dan MCO tersebut menderita kerugian yang cukup besar.

5.5. FRAUD *FEE FOR SERVICE* PADA MANAGED CARE

Banyak orang menganggap bahwa jenis fraud yang dilakukan dalam lingkungan fee-for-service tidak terjadi pada managed care. Kesalahpahaman umum ini terjadi karena mereka tidak mengetahui bahwa tidak semua kompensasi pelayanan dibayar secara kapitasi. Untuk beberapa pelayanan MCOs juga membayar provider atas dasar fee for service, dan juga ada risiko *upcoding*, *unbundling*, tagihan untuk pelayanan yang sebenarnya tidak diberikan, dan semua skema umum lainnya yang ada dalam asuransi tradisional.

5.6. RINGKASAN

Perkembangan managed care tidak menghilangkan fraud. Sebaliknya, ia membuka kesempatan bagi bentuk fraud yang baru dan berbeda. Kunci untuk mengenali fraud dalam MCO adalah memahami hak-hak dan kewajiban mengenai keuangan dan lainnya sebagai mana diatur dalam kontrak. Banyak MCO membayar provider dengan biaya kapitasi. Hal ini menciptakan insentif bagi provider pelayanan untuk mengabaikan peyediaan pelayanan yang dibutuhkan atau melakukan rujukan yang tidak tepat. Provider juga dapat terlibat dalam *balanced billing*, menarik copayments yang terlalu mahal, atau mengajukan diagnosa palsu untuk mendapatkan otorisasi pelayanan yang tidak diperlukan.

Fraud managed care juga dilakukan oleh konsumen. Fraud konsumen biasanya melibatkan penyalahgunaan kartu anggota.

BAB 6. FRAUD ASURANSI DISABILITAS PENDAPATAN

6.1. PENDAHULUAN

Meskipun kurang mendapat perhatian media dibanding fraud asuransi kesehatan lainnya, yang tidak kalah penting diperhatikan perusahaan asuransi adalah fraud asuransi disabilitas. Diperkirakan di Amerika fraud dalam asuransi jiwa dan asuransi disabilitas jika digabung bisa mencapai \$ 5 miliar per tahun.

Asuransi Disabilitas Pendapatan atau Asuransi Disabilitas (*Disability Income Insurance*) secara mendasar berbeda dari sebagian besar jenis asuransi kesehatan. Kebanyakan asuransi kesehatan membantu tertanggung membayar biaya pengobatan yang timbul ketika ia jatuh sakit, mengalami kecelakaan, atau membutuhkan perawatan kesehatan karena beberapa alasan lainnya. Asuransi disabilitas, di sisi lain, tidak membayar biaya pengobatan melainkan menggantikan pendapatan tertanggung yang hilang ketika ia tidak dapat bekerja akibat penyakit atau cedera. Tunjangan disabilitas adalah pembayaran bulanan dalam jumlah yang telah ditetapkan, bukan pembayaran atas biaya yang telah dikeluarkan. Karena perbedaan dasar ini, fraud yang terjadi pada asuransi disabilitas berbeda dan akan dibahas secara khusus dalam bab ini.

6.2. FRAUD APLIKASI

Seperti telah dijelaskan, fraud aplikasi terjadi ketika calon pemegang polis, baik individu atau majikan perusahaan, melakukan misrepresentasi fakta material dalam aplikasi asuransi dengan maksud untuk menipu. Pada aplikasi asuransi disabilitas, materi fakta utama yang mungkin menjadi objek misrepresentasi oleh pemohon meliputi dua hal (yang merupakan pertimbangan utama dalam underwriting asuransi disabilitas) yaitu tingkat kecatatannya dan pendapatan berikut aset tertanggung.

A. MISREPRESENTASI TERHADAP FAKTOR DISABILITAS

Tingkat kecacatan (disabilitas) seorang pemohon dipengaruhi oleh faktor-faktor berikut:

- usia;
- kondisi medis, riwayat kesehatan, dan riwayat kesehatan keluarga, dan
- pekerjaan dan tingkat pendapatan. (beberapa pekerjaan tertentu mengakibatkan kecenderungan untuk disabilitas lebih besar dibandingkan pekerjaan lain, mereka yang berpenghasilan rendah mempunyai kecenderungan untuk disabilitas lebih tinggi dibanding mereka yang berpenghasilan tinggi.)

Pengetahuan yang akurat tentang faktor-faktor pemohon ini harus dimiliki oleh seorang underwriter untuk menentukan apakah suatu polis dapat ditawarkan kepada pemohon, apakah pengecualian (*exclusions*) atau pembatasan (*limitations*) harus ditambahkan pada polisnya, dan berapa premi yang harus dibayar pemohon. Konsumen yang tidak jujur mungkin melakukan misrepresentasi informasi yang berkaitan dengan faktor-faktor ini dalam rangka memperoleh pertanggunganan, menghindari *exclusions* atau *limitations*, atau mendapatkan premi yang lebih rendah daripada seharusnya.

CONTOH

Seorang pengacara mengajukan aplikasi untuk polis DI. Dalam menanggapi pertanyaan medis pada aplikasi ia tidak mengungkapkan sejarah panjang depresinya, dimana ia menjalani perawatan psikiatri rutin sebelum permohonan diajukan. Tidak dicantumkannya informasi ini sangat mempengaruhi keputusan underwriter karena disabilitas akibat gangguan kejiwaan dijamin dalam polis. Jika perusahaan

asuransi mengetahui fakta ini, mungkin ditambahkan *exclusion* untuk gangguan tersebut atau polisnya dimodifikasi dengan beberapa cara lain.

B. MISREPRESENTASI KEUANGAN

Berbeda dengan jenis asuransi kesehatan lain, dalam underwriting asuransi DI pendapatan dan aset tertanggung merupakan pertimbangan yang sangat penting. Mengapa? Tunjangan disabilitas adalah pembayaran bulanan, jumlahnya ditetapkan di muka. Jumlah ini harus cukup tinggi agar tertanggung bisa hidup nyaman. Namun, jika jumlah tunjangan bulanan terlalu tinggi, tertanggung mungkin merasa pendapatan yang diterima dari santunan sama besar dengan pendapatan yang diperoleh dengan bekerja, atau bahkan lebih. Godaan untuk memalsukan disabilitasnya sehingga bisa hidup tanpa bekerja akan menjadi besar. Atau, seorang tertanggung yang benar-benar cacat mungkin tergoda untuk pura-pura sakit (**malingering**), yaitu tetap seperti cacat padahal kondisinya sudah membaik untuk bisa kembali bekerja.

Oleh karena itu, perusahaan asuransi mencoba untuk menetapkan jumlah santunan yang memadai tetapi secara signifikan lebih kecil dari pendapatan rutin tertanggung. Untuk melakukan hal ini, perusahaan asuransi harus memiliki informasi yang akurat tentang pendapatan dan aset tertanggung. Namun, konsumen yang tidak jujur dapat melakukan misrepresentasi tentang kondisi keuangannya pada aplikasi agar mendapatkan polis dengan manfaat santunan yang tinggi sesuai pendapatannya.

CONTOH

Seorang pemohon mengajukan aplikasi untuk polis DI, menyatakan pada aplikasi bahwa dia adalah seorang desainer perangkat lunak *freelance* dan pendapatan bersih yang diperolehnya pada tahun sebelumnya adalah rp 250.000.000,-. Percaya pada pernyataan yang diberikan pemohon, perusahaan asuransi menerbitkan polis DI dengan manfaat sebesar rp 5.000.000,- per bulan. Ternyata pemohon bukanlah seorang desainer *software* melainkan seorang pelayan restoran dengan pendapatan setahun hanya rp 15.000.000,-Pendapatannya dari santunan disabilitas akan jauh lebih tinggi dari pendapatan jika dia terus bekerja, karena itulah dia memalsukan keadaannya agar seolah-olah dalam keadaan cacat.

Dalam menetapkan jumlah tunjangan bulanan, perusahaan asuransi harus memperhitungkan tidak hanya pendapatan aktif tertanggung, tetapi juga pendapatan pasifnya (penghasilannya dari investasi dan asetnya). Pendapatan pasif yang ditambahkan ke santunan manfaat dapat memberikan total pendapatan yang tinggi pada tertanggung, sehingga ia tergoda untuk tidak bekerja. Bahkan aset yang saat ini tidak menghasilkan harus dipertimbangkan, karena mereka dapat dialihkan ke investasi yang menghasilkan pendapatan.

CONTOH

Seorang guru menyatakan dengan benar dalam aplikasi DI bahwa pendapatannya setahun sebesar rp 40.000.000,-. Namun, dia tidak melaporkan aset dari warisan. Tunjangan disabilitas bulannya hanya 60 persen dari pendapatannya aktifnya, jadi jika dia tidak punya dana lainnya dia tidak akan cenderung berlama-lama dalam kecacatannya. Namun, manfaat DI nya yang dikombinasikan dengan pendapatan pasif dari aset warisan memberinya penghasilan yang baik, sehingga ketika dia benar-benar sakit, dia tidak segera kembali bekerja walaupun sudah bisa.

Pertimbangan lain adalah adanya polis DI lain yang menjamin tertanggung, karena pertanggung ganda dapat menghasilkan manfaat ganda yang jauh melebihi pendapatan rutin. Dengan demikian, dalam aplikasi ditanyakan apakah ada pertanggung lain dan apakah pemohon bermaksud untuk memberhentikan pertanggung lain tersebut jika polis yang diminta terbit. Konsumen yang tidak jujur mungkin membeli beberapa pertanggung dan melakukan misrepresentasi pada pertanyaan-pertanyaan pada setiap aplikasi dengan tujuan melakukan spekulasi asuransi (*insurance speculation*)

Misrepresentasi keuangan oleh pemohon yang merupakan perusahaan pribadi, perusahaan kemitraan, perusahaan korporasi merupakan masalah tersendiri. Para pemilik usaha tersebut memiliki kemampuan untuk memanipulasi laba bersih bisnis mereka serta pendapatan pribadi mereka. Seorang pemilik perusahaan mungkin tergoda untuk menambah penghasilannya dengan meningkatkan tunjangan bulanan yang diterima melalui polis DI.

C. FRAUD APLIKASI PADA ASURANSI DISABILITAS KUMPULAN

Dalam *underwriting* polis kumpulan, dua pertimbangan utamanya sama seperti pemohon perorangan: menentukan kemungkinan kecacatan anggota grup dan menetapkan tingkat manfaat pada tingkat yang tepat sesuai dengan pendapatan tertanggung. Dalam aplikasi untuk pertanggungan disabilitas kumpulan, fakta-fakta material yang diperlukan adalah:

- jumlah karyawan *full time* dalam grup, pekerjaan dan gaji mereka;
- jenis bisnis atau industri dimana anggota grup bekerja;
- pengalaman klaim disabilitas grup diwaktu lampau, dan
- kesehatan keuangan perusahaan.

Seorang majikan dapat melakukan misrepresentasi fakta untuk mendapatkan penawaran yang lebih baik untuk diri sendiri dan karyawannya.

CONTOH

- Seorang majikan menyatakan pada aplikasi asuransi disabilitas bahwa bisnisnya adalah pengembangan perangkat lunak. Sebenarnya perusahaan ini bergerak dalam pembuangan bahan-bahan berbahaya yang digunakan untuk membuat chip silikon. Karena berbahaya, jenis perusahaan seperti ini tidak dapat diasuransikan dan perusahaan asuransi tidak akan menawarkan pertanggungan jika tahu keadaan yang sebenarnya
- Seorang majikan mendaftarkan beberapa karyawannya dengan menyatakan kelas kerja mereka berbeda dari yang sebenarnya. Dengan demikian mereka berhak untuk manfaat yang lebih tinggi.

6.3. FRAUD KLAIM

Tunjangan disabilitas adalah pembayaran bulanan yang cukup besar dan dapat berlangsung untuk jangka waktu yang panjang. Ini membawa dua implikasi untuk fraud klaim:

- Bahkan tanpa melibatkan kolusi berskala besar dan fraud berantai, fraud yang dilakukan oleh pelaku tunggal yang bukan penjahat profesional sekalipun, jumlah yang diakibatkan suatu kasus fraud klaim asuransi disabilitas bisa sangat besar.
- Rata-rata konsumen biasanya memiliki lebih banyak keuntungan dengan melakukan fraud asuransi disabilitas dibanding asuransi kesehatan lainnya. Seorang konsumen dapat memperoleh pembayaran bulanan yang besar, bebas dari kewajiban untuk bekerja, seringkali untuk jangka waktu lama. Oleh karena itu, godaan untuk melakukan fraud menjadi besar, bahkan untuk orang-orang biasanya jujur.

Isu-isu utama dalam fraud klaim asuransi disabilitas adalah apakah pengaju klaim (*claimant*) telah melakukan misrepresentasi kepada perusahaan asuransi atas klaim disabilitas yang diajukan dan apakah misrepresentasi tersebut bermakna bagi keputusan klaim asuransi. Misrepresentasi dalam proses klaim biasanya adalah kesalahan mengenai kecacatan atau mengenai situasi keuangan tertanggung.

A. MISREPRESENTASI DISABILITAS PADA KLAIM

Bentuk yang paling umum dari fraud klaim disabilitas adalah misrepresentasi tentang apakah claimant mengalami disabilitas, yaitu tidak dapat bekerja karena sakit atau cedera. Ada dua definisi kecacatan yang digunakan dalam polis asuransi disabilitas:

- Definisi untuk pekerjaan sendiri (***own occupation defenition***). Tertanggung dianggap benar-benar disabilitas jika ia tidak mampu untuk melakukan pekerjaannya sendiri secara normal.
- Definisi untuk semua pekerjaan (***Any-occupation***). Tertanggung dianggap disabilitas hanya jika ia tidak mampu untuk melakukan semua pekerjaan yang cocok dengan pendidikan, pelatihan, atau pengalamannya.

Umumnya, definisi *own occupation* digunakan untuk periode awal (seperti dua atau tiga tahun pertama), dan selanjutnya digunakan definisi ***Any-occupation defenition***. (Ini memberikan waktu bagi tertanggung yang menderita disabilitas jangka panjang untuk mendapatkan pendidikan dan pelatihan yang dia perlukan untuk memulai pekerjaan baru.)

Apakah tertanggung mampu melakukan tugas-tugas suatu pekerjaan (baik tugasnya sendiri atau yang lain) tergantung pada *limitations* dan *restrictions* kondisinya.

- **Limitations** adalah kegiatan yang tidak mampu dilakukan claimant secara fisik maupun mental akibat dari kondisi lumpuhnya.
- **Restrictions** adalah kegiatan yang bisa tetapi tidak boleh dilakukan claimant karena akan memperburuk atau memperparah penyakitnya.

Dalam banyak kasus tertanggung benar-benar cedera atau sakit, dan dia tidak melakukan misrepresentasi tentang kondisi medisnya. Namun, dia melakukan misrepresentasi tentang *limitations* dan *restrictions* kondisinya, seolah-olah mereka tidak dapat melakukan pekerjaannya padahal sebenarnya tidak demikian

CONTOH

Tuan A mengalami cedera dalam kecelakaan mobil, di mana dia telah mendapat perawatan medis. Dia mengklaim bahwa dia tidak mampu melakukan aktivitas fisik yang berat sehingga tidak dapat bekerja di pekerjaannya dibidang konstruksi. Namun, ketika diamati dia sedang memotong kayu di luar rumahnya.

Dalam kasus lain tertanggung sebenarnya memang tidak dapat bekerja, tapi dia membuat misrepresentasi tentang penyebab kondisi medisnya. Ia mengklaim penyebab disabilitasnya adalah karena penyakit yang ditanggung dalam polis padahal sebenarnya penyebab disabilitasnya adalah penyakit yang tidak ditanggung (seperti *preexisting condition*).

CONTOH

Seorang tertanggung yang mengajukan klaim manfaat disabilitas benar-benar tidak dapat melakukan pekerjaannya akibat cedera. Namun, cedera itu akibat perbuatan sendiri sehingga tidak ditanggung oleh polisnya. Untuk menyasati hal ini, ia mengklaim bahwa cederanya adalah akibat kecelakaan olahraga.

Masih dalam kasus lain, tertanggung tidak menderita cacat sama sekali dan benar-benar memalsukan disabilitasnya. Hal ini biasa terjadi pada disabilitas subyektif (***subjective disabilities***). Ini adalah disabilitas dimana tidak ada tes medis atau protokol medis yang bisa membuktikan benar atau tidaknya kondisi atau gejala disabilitas tersebut.

CONTOH

- Seorang akuntan mengaku menderita sindrom kelelahan kronis (*chronic fatigue syndrome - CFS*). Sebenarnya, ia memperoleh informasi tentang CFS dari internet dan terampil meniru gejalanya.

- Seorang dokter gigi mengaku menderita depresi dan penyakit kecemasan yang membuatnya tidak bisa melakukan tugas pekerjaannya. Sebenarnya, dokter gigi tersebut sedang mencari akal agar tetap mendapat uang walaupun tidak bekerja, padahal dia sedang mengejar karir lain.

Dalam klaim untuk kondisi subyektif, dokter yang merawat sebagian besar percaya pada sejarah medis dan laporan gejala yang diberikan oleh claimant.

Ini menimbulkan salah satu aspek yang paling menantang dari jenis fraud klaim, yaitu menentukan apakah dokter claimant juga merupakan pelaku atau hanya benar-benar membantu pasien.

B. MISREPRESENTASI KEUANGAN KLAIM

Dalam beberapa kasus, setelah periode awal disabilitas total (**total disability**, di mana tertanggung tidak dapat bekerja sama sekali), tertanggung memasuki masa sisa disabilitas (**residual disability**). Residual disability berarti bahwa tertanggung, sementara masih dinonaktifkan, dapat bekerja tetapi tidak bisa mendapatkan bayaran sebanyak seperti sebelumnya. Daya produktifnya berkurang, baik karena dia tidak bisa bekerja penuh waktu atau karena dia tidak bisa bekerja di pekerjaan sebelumnya. Dalam kasus seperti itu, banyak polis membayar **residual disability**, yang jumlahnya didasarkan pada perbedaan antara apa tertanggung terima sebelum dan setelah disabilitas. Tertanggung dapat menipu asuransi mereka dengan melakukan misrepresentasi penghasilan mereka saat ini seolah-olah lebih rendah daripada yang sebenarnya, sehingga tunjangan sisa disabilitasnya lebih tinggi.

CONTOH

Tuan X menerima pembayaran sisa disabilitas bulanan, jumlahnya berdasarkan perbedaan antara apa yang diperolehnya sebelum ia dinonaktifkan dengan gaji pekerjaan baru yang jauh lebih rendah. Baru-baru ini, ia mendapatkan pekerjaan dengan gaji yang lebih baik, sehingga perbedaan antara pra-dan pasca-pendapatan disabilitasnya jauh lebih sedikit dan manfaat yang diperlukan untuk mengkompensasi perbedaan ini berkurang. Ia melakukan kecurangan dengan tidak melaporkan perubahan tersebut kepada perusahaan asuransi dan terus menerima manfaat sebesar sebelumnya.

Seperti dalam fraud aplikasi, pemilik usaha kecil lebih mudah menyembunyikan pendapatan mereka yang sebenarnya. Mereka dapat menyembunyikan pendapatan pasca-disabilitas untuk meningkatkan pembayaran sisa disabilitas mereka.

6.4. RINGKASAN

Fraud asuransi disabilitas berbeda dari jenis fraud kesehatan lain dalam dua hal dasar:

- Jumlah manfaat didasarkan atas penghasilan dan kondisi keuangan tertanggung, yang karenanya dapat mengalami misrepresentasi.
- Manfaat asuransi disabilitas berupa pembayaran bulanan yang cukup besar yang dapat terus selama bertahun-tahun, sehingga jumlah total manfaat dalam satu kasus bisa besar. Dengan demikian dampak fraud dalam satu kasus dapat menjadi besar.

Fraud disabilitas bisa dalam bentuk fraud aplikasi. Pelamar melakukan misrepresentasi faktor-faktor penentu untuk memenuhi kriteria disabilitas, atau pendapatan dan aset mereka, di mana faktor-faktor tersebut menjadi dasar tingkat benefit yang diterima. Dalam pertanggungans grup, pengusaha dapat melakukan misrepresentasi fakta yang berkaitan dengan karyawan mereka untuk mendapatkan kesepakatan yang lebih baik.

Fraud disabilitas juga bisa berbentuk fraud klaim. Seorang tertanggung dapat melakukan misrepresentasi tentang kondisi medisnya atau kemampuannya untuk bekerja. Dalam hal tunjangan sisa disabilitas dibayar untuk

mengkompensasi pendapatan yang berkurang, tertanggung juga dapat melakukan misrepresentasi tentang jumlah yang dia terima.

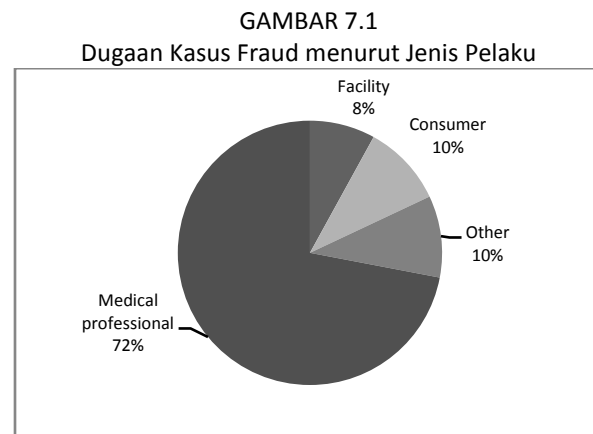
BAB 7. FREKUENSI BERBAGAI JENIS FRAUD

7.1. PENDAHULUAN

Kita telah membicarakan banyak cara melakukan fraud kesehatan. Manakah yang paling umum? Sebuah survei yang diadakan oleh AHIP mengenai Program Anti-Fraud Perusahaan Asuransi Kesehatan menemukan beberapa data tentang kejadian berbagai jenis fraud. Hasilnya adalah sebagai berikut: (Perlu diingat bahwa angka-angka yang dicantumkan adalah hasil survei pada satu waktu tertentu. Kejadian sebenarnya bisa bervariasi dari tahun ke tahun, dari tempat ke tempat, dan dari perusahaan ke perusahaan. Angka-angka yang disajikan hanya untuk memberikan gambaran dampak relatif dari jenis fraud yang berbeda)

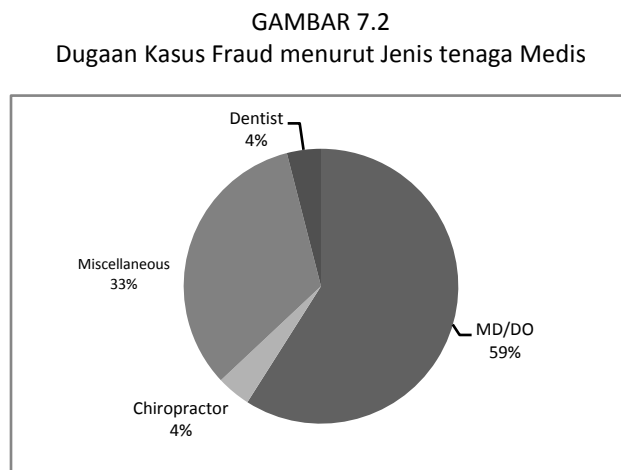
A. BERDASARKAN JENIS PELAKU

Dari semua kasus, yang melibatkan para profesional dan fasilitas medis sebesar 80 %. Fraud konsumen sekitar 10 %, dan sisanya adalah dilakukan pelaku lainnya (termasuk beberapa provider lain-lain). (Lihat Gambar 7.1.)



Sumber: America's Health Insurance Plans

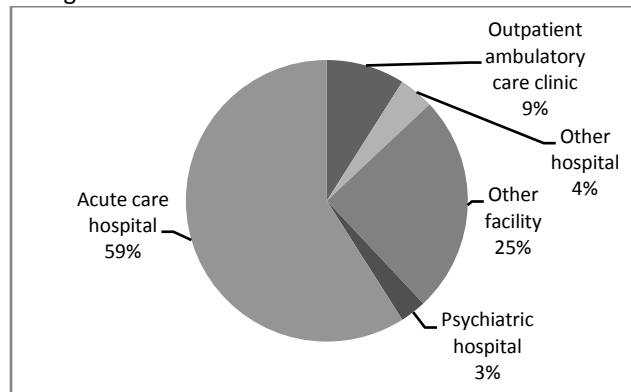
Dari kasus-kasus yang melibatkan para profesional medis, sekitar 60 persen dilakukan oleh dokter. (Lihat Gambar 7.2.)



Sumber: America's Health Insurance Plans

Dari fraud yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan, 60 persen berasal dari rumah sakit perawatan akut. (Lihat Gambar 7.3.)

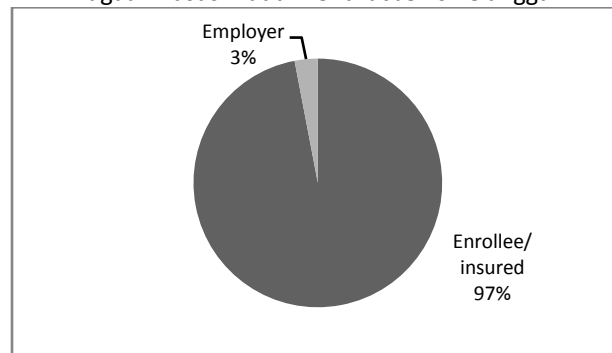
GAMBAR 7.3
Dugaan Kasus Fraud menurut Jenis Fasilitas kesehatan



Sumber: America's Health Insurance Plans

Dalam kategori konsumen, yang luar biasa adalah 97 persen kasus yang dapat ditelusuri mengarah ke tertanggung dan peserta, bukan perusahaan. (Lihat Gambar 7.4.)

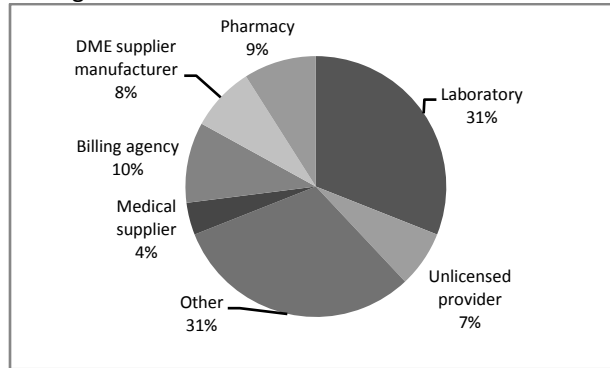
GAMBAR 7.4
Dugaan Kasus Fraud menurut Jenis Pelanggan



Sumber: America's Health Insurance Plans

10 persen kasus yang digrupkan dalam kategori "lain-lain" adalah provider khusus seperti laboratorium, apotek, agen penagihan, dan pemasok dan produsen peralatan medis serta pelaku lainnya. (Lihat Gambar 7.5.)

GAMBAR 7.5
Dugaan Kasus Fraud menurut Jenis Pelaku lain-lain



Sumber: America's Health Insurance Plans

B. BERDASARKAN JENIS SKEMA

Beberapa skema yang dilakukan oleh provider menunjukkan fraud campuran, dengan persentase terbesar adalah kasus tagihan fiktif (klaim palsu). (Lihat Tabel 7.1.)

TABEL 7.1

Dugaan Fraud Provider menurut jenisnya

Upcoding	22%
Billing for services not rendered	34%
Fraudulent diagnoses or dates	18%
Fee splitting	4%
Waiving copays and deductibles	8%
Pharmacy provider fraud	10%
Other	35%

Source: America's Health Insurance Plans

Menurut survei, bentuk paling umum dari fraud konsumen adalah pemalsuan klaim, namun fraud aplikasi dan fraud eligibility juga cukup besar. (Lihat Tabel 7.2.)

TABEL 7.2

Dugaan Fraud Konsumen menurut Jenis

False records of employment/eligibility	13.2%
Falsifying claims	36.2%
Misrepresentation on applications	13.9%
Sale of health insurance coverage information	2.5%
Consumer fraud related to pharmacy	12.0%
Other	25.9%

Source: America's Health Insurance Plans

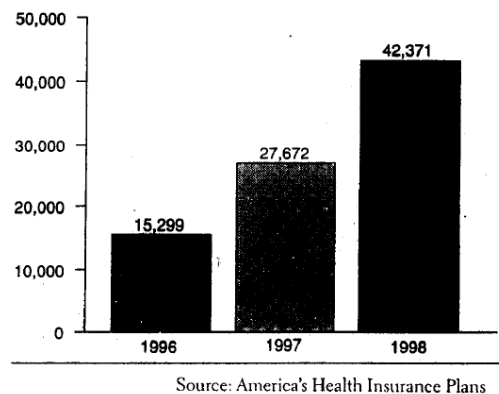
7.2. TREN KEDEPAN DARI FRAUD PELAYANAN KESEHATAN

A. APAKAH FRAUD MEMANG MENINGKAT? ATAU APAKAH KESADARAN TERHADAP FRAUD YANG MENINGKAT?

Menanggapi survei AHIP, perusahaan asuransi melakukan penyelidikan, hasilnya menunjukkan jumlah dugaan kasus fraud meningkat hampir tiga kali lipat dari 1996-1998, seperti ditunjukkan dalam Gambar 7.6.

GAMBAR 7.6

Dugaan Kasus Fraud menurut penyelidikan perusahaan asuransi Kesehatan, 1996-1998



Peningkatan jumlah kasus yang diselidiki tidak selalu menunjukkan peningkatan kasus fraud. Sebagian hal ini disebabkan peningkatan kesadaran akan fraud.

B. PEMBAYARAN DENGAN KARTU KREDIT

Semakin banyak konsumen yang melakukan pembayaran pelayanan medis dengan kartu kredit. Perkembangan ini membuat perusahaan asuransi menghadapi semua fraud seperti yang dihadapi oleh bisnis lain yang menerima kartu kredit. Selain itu, diperkirakan dalam waktu tidak lama, para pelaku fraud ini akan menggabungkan fraud kartu kredit dengan fraud pelayanan kesehatan untuk memaksimalkan keuntungan mereka.

C. INTERNET

Tantangan lain muncul ketika asuransi kesehatan mulai memproses klaim melalui Internet. Seperti yang baru baru ini dinyatakan oleh John Bentivoglio, penasihat khusus Department Kehakiman Amerika untuk fraud perawatan kesehatan, "Sayangnya, walaupun Internet menjadi alat yang berharga untuk meningkatkan pelayanan kesehatan termasuk menghilangkan hambatan akses, kemampuannya untuk mencapai jutaan pengguna internet dengan biaya sedikit atau tanpa biaya, dan tidak adanya batas geografis dan Negara bagian, internet juga menjadi alat yang ideal untuk meningkatkan fraud dan kejahatan online lainnya."

Internet membuat provider yang tidak jujur lebih mudah dari sebelumnya untuk menyembunyikan identitas atau lokasi geografisnya.

CONTOH

- Dalam satu kasus yang dipublikasikan secara luas, sebuah apotek pindah dari Michigan ke Florida. Dengan menggunakan informasi asuransi pelanggan sebelumnya dia mengajukan klaim palsu melalui internet.
- Sebuah provider yang tampaknya seperti berada di Amerika Serikat sebenarnya beroperasi sebagai fasilitas asing di negara bagian di mana fraud merajalela.

Beberapa fraud internet melibatkan pencurian informasi pasien. Pelaku menggunakan informasi ini untuk "menguji" sistem klaim otomatis, mengajukan berbagai jenis klaim sampai mereka menemukan apa yang mudah dan cepat dibayar. Kemudian mereka membanjiri sistem klaim tersebut dengan klaim palsu.

Kekhawatiran lain adalah akses ke obat-obatan online. Hal ini dapat mengakibatkan kurangnya kontak dengan dokter, manipulasi resep obat dan, dan overutilisasi obat.

7.3. RINGKASAN

Asuransi kesehatan menghadapi serangkaian skema fraud yang pelik:

- Provider mengajukan tagihan palsu, menagih terlalu banyak (dengan cara *upcoding* dan *unbundling*), menyerahkan diagnosa palsu dan tanggal pelayanan palsu, membebaskan *costsharing*, pelayanan kesehatan gratis, dan suap.
- Konsumen juga mengajukan tagihan palsu, spekulasi asuransi, membuat misrepresentasi pada aplikasi, dan membuat misrepresentasi status pekerjaan mereka atau status tanggungan mereka.
- Agen dan broker berkolusi dalam melakukan misrepresentasi pada aplikasi, melakukan misrepresentasi atas kualifikasi diri mereka sendiri dan nilai pertanggungan yang mereka berikan, dan secara tidak patut mengganti polis untuk mendapatkan komisi.
- Dalam managed care, provider mengurangi pelayanan dengan melakukan *underutilization* atau merujuk pasien ke fasilitas lain. Mereka juga melakukan penagihan selisih biaya (*balance billing*), menarik *copayment* terlalu mahal, atau mengirimkan diagnosa palsu untuk mendapatkan otorisasi pelayanan yang tidak diperlukan.
- Pada asuransi disabilitas, konsumen melakukan misrepresentasi pada aplikasi dan klaim, baik tentang kesehatan maupun tentang status keuangan mereka.

BAB 8. PROGRAM ANTI-FRAUD PERUSAHAAN ASURANSI

8.1. PENDAHULUAN

Dalam bab-bab sebelumnya telah dijelaskan berbagai skema fraud yang dilakukan oleh provider, konsumen, dan lain-lain. Bab ini dan bab-bab berikut fokusnya beralih ke upaya perusahaan asuransi untuk melawan aktivitas fraud.

Ada beberapa tindakan yang dapat diambil perusahaan asuransi terhadap fraud. Tapi agar tindakan ini memiliki dampak sebesar mungkin, mereka harus dikoordinasikan. Cara terbaik bagi perusahaan asuransi adalah memastikan karyawan bekerja sama secara efektif membangun program anti-fraud yang formal. Dalam bab ini, kita akan melihat bagaimana program tersebut bekerja.

8.2. PROGRAM ANTI-FRAUD

Sebagian besar program anti-fraud asuransi memiliki komponen berikut:

- pernyataan kebijakan anti-fraud,
- rencana anti-fraud,
- unit investigasi khusus (special investigative unit - SIU),
- pelatihan karyawan,
- prosedur anti-fraud,
- kerjasama antar departemen,
- kerjasama dengan instansi pemerintah dan perusahaan asuransi lainnya,
- pendidikan kesadaran terhadap fraud bagi konsumen dan provider.

A. PERNYATAAN KEBIJAKAN ANTI-FRAUD DAN RENCANA ANTI-FRAUD

Langkah pertama dalam mengadakan program anti-fraud adalah memberikan pemahaman yang jelas tentang sikap perusahaan terhadap fraud, pada semua yang terlibat (manajemen, karyawan, dan agen perusahaan asuransi, serta konsumen, provider, dan lainnya). Titik awal untuk pemahaman tersebut adalah pernyataan tertulis tentang kebijakan anti-fraud (**anti-fraud policy statement**, lihat lampiran untuk contoh.) Pernyataan kebijakan ini biasanya menetapkan tujuan komprehensif perusahaan untuk mengurangi fraud yang merugikan perusahaan dan menetapkan kebijakan "zero toleransi". Pernyataan ini disampaikan melalui publikasi resmi, website, kaset video, materi promosi, surat, dan orientasi karyawan baru.

Setelah pernyataan kebijakan ditetapkan, langkah selanjutnya adalah pengembangan rencana anti-fraud (**anti-fraud plan**). Rencana ini menggambarkan langkah-langkah khusus yang diambil perusahaan asuransi untuk menerapkan kebijakan anti-fraud nya.

B. UNIT KHUSUS INVESTIGASI

Kebanyakan rencana anti-fraud menyediakan unit khusus investigasi (**special investigative unit - SIU**). SIU ini merupakan unit dalam perusahaan yang diciptakan untuk mengambil tanggung jawab utama dalam memerangi fraud. Ukuran, struktur, dan tanggung jawab spesifik SIUs bervariasi dari satu perusahaan ke perusahaan lain, tapi mereka biasanya terlibat dalam kegiatan sebagai berikut:

- membuat dan melaksanakan program untuk mendeteksi aktivitas fraud,
- pelatihan personil asuransi untuk memerangi fraud, dan
- melakukan penyelidikan (investigasi).

Tidak semua perusahaan asuransi memiliki SIU, tapi setiap perusahaan asuransi minimal harus menugaskan personil khusus untuk deteksi dan investigasi klaim yang mencurigakan. Atau, perusahaan asuransi mungkin mengontrakkan pekerjaan ini kepada vendor pihak ketiga. Jika upaya anti-fraud ini di-*outsourcing*-kan, harus dilakukan pengawasan untuk memastikan bahwa penyidik dari luar memiliki derajat profesionalisme yang sama seperti personil dalam perusahaan asuransi.

Promosi SIU oleh perusahaan asuransi, baik internal maupun eksternal, dapat meningkatkan keberhasilannya. Sosialisasi internal yang efektif menimbulkan kesadaran pentingnya unit SIU ini bagi karyawan. Mempromosikan upaya anti-fraud kepada pelanggan bermanfaat untuk meningkatkan kesadaran mereka tentang fraud kesehatan.

C. PELATIHAN KARYAWAN DAN PROSEDUR ANTI-FRAUD

Para karyawan perusahaan asuransi yang paling terlibat dalam memerangi fraud (selain dari staf SIU) adalah tenaga di bagian klaim. Mereka harus menerima pelatihan dalam bidang berikut:

- Wawasan tentang Fraud. Personil bagian Klaim harus memiliki pengetahuan umum mengenai jenis skema fraud yang telah dibahas sebelumnya dan harus menyadari biaya akibat skema tersebut terhadap perusahaan asuransi.
- *Red flags*. Klaim yang merupakan fraud lebih mudah dikenali dengan adanya karakteristik tertentu. Misalnya, jika klaim pelayanan tidak dilampiri diagnosa, klaim tersebut mungkin saja sah, tetapi lebih besar kemungkinan terjadi fraud dibandingkan klaim rata-rata, dan harus diselidiki. Karakteristik tersebut dikenal sebagai *Red flags* dan karyawan harus belajar untuk mengenalinya.
- Prosedur. Karyawan harus dilatih dalam langkah-langkah yang harus diambil jika mereka mendeteksi adanya *red flags* atau kecurigaan adanya fraud. Ini berarti harus merujuk kasus tersebut kepada personil di bagian investigasi. Beberapa perusahaan asuransi mengeluarkan pedoman prosedur anti-fraud.
- Masalah hukum. Setiap orang yang terlibat dalam kegiatan anti-fraud harus memiliki pemahaman dasar tentang masalah hukum yang terkait.

Penyidik juga perlu pelatihan. Pelatihan ini harus fokus pada teknik investigasi, prosedur, dan masalah hukum khususnya. Jika investigasi tidak dilakukan dalam batas-batas yang tepat hukum, perusahaan asuransi, karyawan, atau keduanya bisa dikenai tuntutan hukum perdata dan/atau penuntutan pidana, dan bukti yang tidak sah (diperoleh tidak sesuai hukum) tidak bisa diterima dalam sidang pengadilan.

Pelatihan fraud bagi karyawan biasanya fokus pada personil klaim dan penyidik, tetapi tidak harus terbatas pada mereka. Agar program antifraud sebuah perusahaan asuransi dapat efektif, seluruh karyawan harus dibuat sadar dan waspada. Semua karyawan harus menerima pelatihan dalam praktek fraud, pendeteksian fraud, prosedur untuk merujuk kasus-kasus mencurigakan, dan masalah hukum.

Semua karyawan harus memiliki semboyan:

- Deteksi,
- Cegah
- Rujuk.

(Dengan kata lain, mendeteksi adanya kecurangan untuk mencegah pelaku, dan merujuk semua aktivitas yang mencurigakan ke orang yang tepat.)

D. KERJASAMA ANTAR BAGIAN

Semua departemen atau bagian pada perusahaan asuransi harus menyadari bahwa memerangi fraud adalah tujuan bersama dan kerjasama antar departemen adalah penting. Program anti-fraud perusahaan harus melibatkan kolaborasi personil dari berbagai departemen perusahaan. Keterlibatan departemen yang berbeda dalam upaya anti-fraud ini akan dijelaskan dalam akhir bab ini.

E. KERJASAMA DENGAN INSTANSI PEMERINTAH DAN PERUSAHAAN ASURANSI LAINNYA

Perusahaan asuransi harus bekerja sama dengan penegak hukum, pembuat peraturan, dan lembaga pemerintah lainnya. Penyidik perusahaan asuransi merujuk kasus-kasus yang ditemukan ke lembaga ini dan memberikan informasi tentang pelaku fraud. Mereka juga menerima informasi dari lembaga ini yang membantu mereka mendeteksi fraud terhadap perusahaan.

Kolaborasi antara penyidik fraud dari perusahaan asuransi yang berbeda juga penting. Banyak pelaku menargetkan beberapa perusahaan asuransi secara bersamaan karena kurang menyolok untuk menipu banyak perusahaan dalam jumlah uang yang kecil daripada menipu satu perusahaan dalam jumlah besar. Mendeteksi skema tersebut akan sulit jika orang dari perusahaan yang terlibat tidak berbagi informasi.

F. PENDIDIKAN KONSUMEN DAN PROVIDER

Bagian penting dari sebuah program anti-fraud adalah pendidikan konsumen dan provider. Kebanyakan investigasi fraud diawali dengan masukan dari proses klaim yang mencurigakan, tetapi jika konsumen dan provider dibuat sadar akan dampak fraud terhadap biaya perawatan kesehatan dan jika mereka diberi informasi yang perlu untuk bisa mengenali fraud, mereka juga bisa mengetahui dan melaporkan skema fraud.

8.3. MENGEJAR KASUS FRAUD: DETEKSI, INVESTIGASI, DAN LITIGASI

Untuk memahami bagaimana karyawan asuransi dapat terlibat dalam memerangi fraud, akan sangat membantu untuk mengenal urutan-urutan peristiwa dalam kasus fraud kesehatan.

- Terdeteksinya dugaan kasus fraud. Umumnya, prosesor klaim mencurigai klaim adalah palsu dari *red flag* atau beberapa alasan lain. Bisa juga deteksi dibuat oleh seorang karyawan non klaim. Makin lama *red flag* makin sering muncul melalui program komputer yang menganalisis klaim atau data lainnya. Kadang-kadang, dugaan fraud dilaporkan oleh seseorang di luar perusahaan asuransi seperti konsumen, provider, karyawan dari perusahaan asuransi lain, atau pejabat penegak hukum.
- Kasus yang diidentifikasi sebagai dugaan fraud dirujuk ke penyidik (biasanya bekerja di SIU).
- Penyidik melakukan penyelidikan. Dia berusaha untuk menentukan apakah benar-benar telah terjadi fraud dan mengumpulkan barang bukti. Penyidik meneliti informasi yang disampaikan kepadanya, memeriksa berkas dan catatan yang relevan dengan kasus ini, dan mungkin melakukan wawancara.
- Jika penyelidikan telah selesai, informasi dan bukti-bukti disampaikan kepada pembuat keputusan, biasanya seorang pengacara, yang memutuskan tindakan apa yang akan diambil terhadap pelaku. Pembuat keputusan mungkin memutuskan untuk tidak melakukan apa-apa, misalnya jika bukti-bukti tidak kuat. Mungkin juga ia memutuskan perusahaan asuransi melakukan tindakan internal (**internal action**, yaitu tidak melibatkan seseorang dari pihak luar seperti penegak hukum atau pengadilan), misalnya dengan menolak untuk membayar klaim berikutnya dari pelaku jika tidak dilengkapi dokumen yang cukup. Putusan lainnya mungkin merujuk kasus tersebut ke badan lisensi negara bagian dan meminta untuk meneguhkan atau mencabut izin provider pelayanan kesehatan atau agen atau broker. Atau mungkin diputuskan untuk mengambil tindakan hukum.

Ada dua macam tindakan hukum, penuntutan pidana dan gugatan perdata:

- Jika pelaku fraud telah melanggar hukum pidana, perusahaan asuransi melaporkan ke badan/lembaga pemerintah, dan pemerintah dapat mengadili pelaku dengan tuntutan kriminal. (Artinya, membawa kasus ke pengadilan pidana.) Jika pelaku dihukum, pengadilan dapat mengenakan denda dan/atau hukuman penjara pada pelaku.
- Dalam kasus lain, pelaku mungkin melanggar atau tidak melanggar hukum pidana, namun asuransi yakin perbuatan tersebut telah merugikan karena melanggar hukum perdata. Perusahaan asuransi melakukan gugatan perdata (civil action) terhadap pelakunya, dan kedua belah pihak bertemu di pengadilan perdata. Jika perusahaan asuransi menang gugatan, pengadilan dapat memerintahkan pelaku untuk melakukan pembayaran dana untuk perusahaan asuransi sebagai kompensasi kerugian yang dideritanya. Pembayaran ini dikenal sebagai kompensasi atas cedera (**compensatory damages**). Kadang-kadang, pelaku bisa diperintahkan untuk membayar kepada perusahaan asuransi lebih dari kerugian yang sebenarnya terjadi sebagai akibat kerugian tersebut, pembayaran yang demikian disebut sebagai ganti rugi cedra (**punitive damages**) dan dimaksudkan untuk menghukum pelaku dan mencegah orang lain melakukan tindakan yang sama.

*Di Inggris, hukum perdata tidak sama dengan hukum pidana. hukum ini berkaitan dengan kesalahan sipil dan bagian dari hukum perdata. Hukum perdata adalah cabang hukum yang berurusan dengan perselisihan antar individu atau organisasi, di mana dapat diberikan kompensasi kepada korban. Misalnya, jika seorang korban kecelakaan mobil mengklaim kerusakan, kehilangan atau cedera yang diderita terhadap sopir atas kecelakaan, ini akan menjadi kasus hukum perdata. Hukum perdata berbeda dari hukum pidana, yang lebih menekankan pada hukuman dari pada penyelesaian sengketa.

8.4. KEGIATAN ANTI-FRAUD DARI BERBAGAI DEPARTEMEN DI PERUSAHAAN ASURANSI

Berikunya akan dibahas kegiatan departemen klaim dan SIU perusahaan asuransi. Namun, akan disoroti lebih dulu kegiatan anti-fraud di departemen lain dan bagaimana mereka bekerja dengan personil klaim dan investigasi.

A. DEPARTEMEN PELAYANAN PELANGGAN

Fraud kadang-kadang ditemukan oleh tenaga pelayanan pelanggan. Provider atau konsumen yang berniat melakukan fraud biasanya menghubungi departemen pelayananpelanggan untuk mengetahui prosedur perusahaan tentang situasi tertentu sehingga dia bisa melanjutkan aksinya. Atau provider yang tidak jujur dapat menekan staf dibagian pelayananpelanggan (dan bahkan menawarkan suap) untuk mempercepat proses klaim yang yang dipalsukan. Departemen ini harus bekerja sama dengan departemen klaim dan SIU dalam menangani situasi ini.

B. UNDERWRITING DAN DEPARTEMEN AKTUARIA

Personil yang terlibat dalam underwriting dan penilaian aplikasi perusahaan asuransi harus mengenal dengan baik fraud aplikasi, cara untuk mendeteksinya, dan prosedur untuk merujuk kasus ke SIU. Mereka juga perlu diberitahu tentang pemohon (calon konsumen) dan agen yang pernah terlibat dalam skema mencurigakan atau fraud di masa lalu.

Selain itu, desain dan harga dari produk asuransi dipengaruhi oleh pengalaman klaim, termasuk kejadian dan karakter klaim palsu. Oleh karena itu, personil underwriting dan aktuaria harus menyadari perkembangan masalah fraud ini, sehingga harus berkomunikasi erat dengan departemen klaim dan SIU.

CONTOH

Di tahun 1980-an, perusahaan asuransi disabilitas perorangan di Amerika banyak menerima klaim melebihi perkiraan, termasuk banyak klaim yang meragukan. Ini menyebabkan underwriter merancang polis yang menetapkan definisi disabilitas lebih ketat dan membatasi manfaat serta meningkatkan tingkat preminya.

C. SISTEM INFORMASI

Input, proses, dan pembayaran klaim asuransi telah semakin otomatis. Selain itu, berbagi informasi antar perusahaan asuransi dan instansi pemerintah menjadi lebih sering dilakukan melalui pertukaran data elektronik. Akibatnya, departemen yang menangani sistem informasi (Departemen IT) dalam sebuah program anti-fraud menjadi sangat penting.

Departemen IT harus bekerja sama dengan SIUs dan departemen klaim untuk memenuhi kebutuhan kegiatan anti-fraud. Hal ini terutama karena departemen IT biasanya memiliki tanggung jawab untuk membangun dan mengelola beragam sistem komputerisasi, termasuk segala sesuatu mengenai administrasi sumber daya manusia untuk pengolahan aplikasi polis, dalam pengoperasian sistem intranet perusahaan. Sumber daya seringkali terbatas dan karenanya prioritas harus ditetapkan. Dengan demikian penting bahwa departemen klaim dan SIU kerja keras untuk membicarakan agenda mereka dengan departemen IT.

D. DEPARTEMEN HUBUNGAN MASYARAKAT

Departemen hubungan masyarakat perusahaan asuransi bertanggung jawab untuk komunikasi pelanggan dan iklan. Ini bisa berupa program kesadaran anti-fraud bagi konsumen. Departemen hubungan masyarakat dan personil anti-fraud harus bekerja sama untuk memberikan pesan yang tepat.

Dalam beberapa perusahaan, departemen hubungan masyarakat juga bertanggung jawab untuk berpartisipasi dalam upaya lobi ke pembuat undang-undang, peraturan, dan pemerintah untuk memperkuat upaya anti-fraud. Departemen ini harus mendapatkan masukan dari penyidik dan personil klaim tentang hal ini.

E. DEPARTEMEN HUKUM

Sebagaimana telah kita lihat, setelah SIU mengumpulkan bukti penyelidikan, biasanya kasus ini dirujuk ke pengacara asuransi. Ini adalah tugas pengacara untuk menentukan tindakan hukum yang akan diambil. Dalam beberapa kasus, departemen hukum dapat melakukan litigasi sendiri. Lebih sering, departemen hukum tetap terus terlibat dalam proses pengadilan tetapi tetap di luar litigasi. Dalam kasus pidana, departemen ini bekerja sama dengan jaksa menangani litigasi.

Departemen hukum juga memberikan nasihat hukum kepada SIU mengenai pelaksanaan investigasi.

F. DEPARTEMEN MEDIS

Banyak perusahaan asuransi mempekerjakan staf medis yang terdiri dari dokter, perawat, apoteker, chiropractors dan profesional lainnya. Asuransi lainnya menggunakan vendor luar untuk mengisi peran ini. Staf medis memberikan keahliannya sebagai personil anti-fraud.

CONTOH

- Seorang anggota staf medis akan menjelaskan pada penyidik tentang perlunya prosedur medis dalam kasus tertentu.

- Staf medis menyediakan informasi tentang prosedur apa yang tepat untuk diagnosis tertentu, dan SIU menggunakan informasi ini untuk mengidentifikasi *red flags*.

8.5. PERTIMBANGAN DALAM MERANCANG PROGRAM ANTI-FRAUD

Program anti-fraud perusahaan asuransi membutuhkan sumber daya dan investasi. Pelatihan karyawan, program deteksi otomatis, kampanye kesadaran konsumen, dan gaji personil anti-fraud semua membutuhkan biaya.

Tapi program anti-fraud tidak diragukan lagi membawa manfaat dalam hal:

- Menghemat Klaim. Sebuah program deteksi yang efektif dapat mengidentifikasi banyak klaim sebagai fraud yang bila tidak dicegah telah dibayar.
- Pemulihan uang. Ketika pelaku dipaksa untuk membayar ganti rugi, uang yang dibayarkan pada klaim palsu bisa dipulihkan.
- Pencegahan. Jika para calon pelaku menganggap perusahaan asuransi agresif mengejar fraud, mereka tidak akan mencoba melakukan fraud.
- Hubungan Pelanggan. Hasil penyidikan selama dua tahun yang dilakukan oleh The Public Agenda Foundation untuk mengetahui persepsi publik tentang reformasi perawatan kesehatan, diterbitkan dalam sebuah makalah pada tahun 1992. Dalam laporannya makalah tersebut menyatakan "solusi yang terpenting menurut masyarakat untuk masalah perawatan kesehatan adalah bagaimana mengatur biaya serta menindak pemborosan, fraud dan keserakahan ". Jadi, pelanggan melihat upaya memerangi fraud yang dilakukan perusahaan asuransi merupakan bagian penting dari perjuangan untuk menurunkan harga perawatan kesehatan.

Dalam merancang program anti-fraud dan menentukan jumlah sumber daya yang diperlukan, perusahaan asuransi harus menyeimbangkan biaya dan manfaat. Namun demikian, manajemen asuransi juga harus mengingat tugas sipil perusahaan asuransi untuk melawan kejahatan. Sebuah perusahaan yang baik harus mempertimbangkan dampak dari tindakannya terhadap masyarakat luas, terutama dalam menahan laju peningkatan biaya kesehatan.

Ada pertimbangan lain dalam merancang sebuah Program anti-fraud: Program tersebut harus sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang mengatur operasi asuransi, cara melakukan investigasi dan mengejar secara hukum pelaku fraud. Beberapa peraturan mengharuskan perusahaan asuransi mengambil langkah tertentu.

CONTOH

Di negara bagian-negara bagian tertentu asuransi diwajibkan oleh hukum untuk menciptakan dan memelihara pedoman prosedur anti-fraud.

Undang-undang lainnya membatasi atau melarang tindakan tertentu perusahaan asuransi.

CONTOH

Hukum/peraturan yang ada biasanya membutuhkan pembayaran klaim dengan segera, sehingga membatasi waktu klaim untuk dapat diselidiki sebelum mereka dibayar.

Sebagai bagian dari pelatihan anti fraud bagi karyawan, mereka harus disadarkan apa yang menjadi pertimbangan sampai pada keputusan ketika membentuk program antifraud perusahaan. Jika ada pemahaman yang dalam tentang pertimbangan ini, program anti-fraud akan berjalan lebih lancar.

8.6. RINGKASAN

Kegiatan anti-fraud perusahaan asuransi seharusnya dikoordinasikan melalui suatu program anti-fraud. Program tersebut meliputi:

- Pernyataan tertulis tentang kebijakan anti-fraud sejalan dengan tujuan perusahaan serta rencana anti-fraud yang menjelaskan bagaimana tujuan-tujuan tersebut akan dicapai;
- Adanya unit investigasi khusus (SIU) atau unit serupa yang diberi tanggung jawab untuk memimpin perang melawan kecurangan
- Menyusun prosedur untuk menangani fraud dan pelatihan semua personil sesuai prosedur tersebut, serta pelatihan mengenai praktek fraud, pendeteksian fraud, dan masalah hukum;
- Bekerjasama dengan instansi pemerintah dan asuransi lainnya dan kerjasama antar berbagai departemen dalam perusahaan,
- Melakukan program pendidikan pada konsumen dan provider untuk meningkatkan kesadaran mereka tentang fraud dan biaya yang ditimbulkannya.

Biasanya, kasus fraud mengikuti urutan beriku: Kemungkinan adanya fraud terdeteksi oleh seorang karyawan perusahaan asuransi atau orang lain. Kemudian dirujuk ke SIU, yang akan menyelidiki. Setelah penyelidikan selesai, kasus ini diserahkan kepada pembuat keputusan, seperti pengacara, yang memutuskan tindakan apa yang harus diambil. Tindakan tersebut dapat berupa tidak melakukan apa-apa, melakukan tindakan internal, meminta sanksi regulasi terhadap pelaku, atau mengejar tindakan hukum, baik hukuman pidana atau gugatan perdata.

Dalam perusahaan asuransi, sebagian besar karyawan yang terlibat dalam memerangi kecurangan adalah dari departemen klaim dan SIU. Namun, departemen lain memiliki peran masing-masing untuk terlibat. Departemen pelayananpelanggan menemukan perilaku yang mencurigakan ketika berurusan dengan pelanggan dan provider. Departemen Underwriting dan aktuaria berurusan dengan fraud aplikasi. Departemen IT mengelola pendeteksian otomatis dan *sharing* sistem informasi. Bagian Hubungan masyarakat terlibat dalam Program *consumer fraud awareness*. Departemen hukum membuat keputusan pada mengejar tindakan hukum terhadap pelaku. Departemen medis membantu penyidik dengan keahliannya tentang ketepatan suatu pelayanankesehatan.

Dalam merancang program anti-fraud dan memutuskan sumber daya apa yang harus disediakan, perusahaan asuransi harus mempertimbangkan:

- penghematan yang dapat diperoleh dengan mengidentifikasi dan menolak pembayaran klaim palsu dan mengupayakan kembalinya uang yang telah dibayarkan melalui tuntutan perdata;
- efek jera dari kegiatan anti-fraud pada calon pelaku;
- diperolehnya kesan yang baik dari pelanggan dengan upaya menurunkan biaya asuransi kesehatan;
- tugas perusahaan sebagai warga untuk melawan kejahatan, dan
- hukum dan peraturan yang mengatur rancangan dan penerapan Program anti-fraud,.

BAB 9. MENDETEKSI FRAUD

9.1. PENDAHULUAN

Seperti yang kita pelajari dalam bab terakhir, mengejar kasus fraud dimulai dengan deteksi, yaitu ketika prosesor klaim atau orang lain melihat adanya indikasi terjadi fraud. Jika ini terjadi, kasus dirujuk ke SIU, diselidiki, dan kadang-kadang dibawa ke pengadilan, yang dapat mengakibatkan hukuman pidana bagi pelaku dan/atau pemulihan uang bagi perusahaan asuransi.

Dengan demikian, deteksi fraud penting sebagai langkah pertama yang memicu rantai peristiwa ini. Alasan lain yang tidak kalah penting adalah deteksi berhasil menemukan klaim palsu sebelum dibayar. Cara ini jauh lebih efektif dan efisien untuk mengurangi kerugian perusahaan asuransi akibat fraud, daripada mencoba untuk memulihkan uang melalui investigasi dan litigasi.

Karena ada begitu banyak skema fraud yang berbeda, masing-masing dengan berbagai variasi dan semakin lama semakin meningkat, mendeteksi kecurangan menjadi sulit. Meskipun demikian, dengan kegigihan dan alat yang tepat, fraud dapat ditemukan. Bab ini membahas tentang alat dan teknik yang saat ini digunakan oleh perusahaan asuransi untuk mendeteksi fraud, serta survei tentang kecenderungan yang akan muncul.

9.2. PEDOMAN DETEKSI

Beberapa klaim asuransi kesehatan disampaikan dalam bentuk dokumen kertas. Ini ditelaah untuk melihat ada tidaknya penyimpangan oleh personel klaim, dan pembayaran dilakukan dengan check. Sampai saat ini, sebagian besar klaim ditangani dengan cara ini.

Deteksi dalam sistem klaim berbasis kertas, disebut juga deteksi manual (*manual detection*) mengandalkan pengenalan *red flag* oleh pemeriksa formulir klaim dan tagihan. Beberapa *red flag* memang berhubungan dengan dokumen kertas tersebut.

CONTOH

- Ada bekas tulisan yang ditimpa, dihapus atau bekas cairan koreksi.
- Tanggal memberikan layanan, jumlah uang, atau angka lainnya tampak berubah.
- Tanda tangan dari tertanggung atau provider hilang.

Red flag lain yang digunakan dalam deteksi manual adalah fakta-fakta dari kasus tersebut.

CONTOH

- Pelayanan yang diklaim tidak konsisten dengan diagnosis.
- Pelayanan rutin, tidak darurat diberikan pada hari Minggu atau hari libur.

Tagihan dokter menunjukkan banyak kunjungan, tetapi tidak ada tagihan untuk resep atau biaya terkait lainnya yang disampaikan.

Perlu dipahami bahwa deteksi manual fraud tidak selalu sesederhana memperhatikan ada tidaknya *red flag*. Deteksi manual bisa merupakan keterampilan tingkat tinggi dari ahli pemeriksa klaim, yang mempunyai pengalaman kerja bertahun-tahun dan membuat penilaian tidak hanya berdasarkan pada klaim yang meragukan semata, tetapi pada konteks seluruh catatan dan riwayatnya.

9.3. PROSES KLAIM ELEKTRONIK DAN FRAUD

Industri asuransi kesehatan mengalami transisi dari lingkungan kertas ke lingkungan elektronik. Melalui pertukaran data elektronik (*electronic data interchange, EDI*) dan transfer dana elektronik (*electronic funds transfers, EFT*), sekarang klaim disampaikan, diproses, dan dibayar secara elektronik tanpa keterlibatan manusia. Industri memulai otomatisasi penanganan klaim ini untuk meningkatkan kecepatan proses, mengurangi biaya administrasi, dan meningkatkan kontrol kualitas.

Selain itu, sekarang peraturan pemerintah memberikan mandat transisi ke otomatisasi. The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) di Amerika mensyaratkan industri pelayanan kesehatan untuk mampu melakukan transmisi elektronik untuk transaksi dan elemen data tertentu. Ini termasuk pendaftaran peserta asuransi kesehatan dan formulir eligibility, klaim asuransi kesehatan, dan informasi setara untuk pelayanan pada managed care; identifikasi nomor provider, program asuransi kesehatan, perusahaan, perorangan, kode data dan sistem klasifikasi pelayanan kesehatan, dan standar keamanan dan perlindungan.

Sistem pemrosesan klaim elektronik membawa efisiensi dan penghematan biaya, tetapi mereka juga membuat para penjahat yang pintar lebih mudah untuk melakukan fraud dari sebelumnya. Ada sejumlah alasan untuk ini, yaitu:

- Dengan pengolahan elektronik, kejelian mata dan pertimbangan canggih pemeriksa klaim yang berpengalaman menjadi hilang.
- Fraud yang dilakukan secara elektronik meninggalkan sedikit bukti dan tidak ada jejak kertas, yang secara tradisional diandalkan penyidik sebagai bukti fraud. Hal ini memungkinkan pelaku untuk bersikukuh bahwa klaim palsu sebenarnya kesalahan komputer.
- Pemrosesan elektronik mempercepat transaksi. Hal ini memungkinkan pelaku untuk menerapkan skema fraud dengan cepat.

CONTOH

Seorang kriminal menciptakan provider palsu, file klaim palsu, mengumpulkan uang, dan menghilang sebelum rencananya terdeteksi.

- Akhirnya, sistem pengolahan elektronik dapat menggoda hacker, yang sering termotivasi oleh tantangan mengalahkan pertahanan sistem dan memanipulasi data untuk memperoleh keuntungan uang.

Dengan demikian proses klaim elektronik benar-benar mengubah sifat fraud, ia mempengaruhi jenis kegiatan fraud dan bagaimana skema tersebut dilakukan.

9.4. TEKNOLOGI ANTI-FRAUD

Teknologi baru telah menciptakan peluang baru bagi penjahat, tetapi juga menyediakan alat untuk memerangi fraud. Perusahaan asuransi telah mengembangkan sistem otomatis untuk membantu mendeteksi fraud.

Sistem otomatis yang paling dasar menggunakan *red flag* sederhana untuk mengidentifikasi klaim yang mencurigakan. Sistem yang lebih canggih menggunakan analisis informasi yang banyak dengan cepat dan mengidentifikasi hubungan, pola perilaku, dan kegiatan yang terkoordinir yang terkait dengan praktik fraud. Analisis data untuk mengungkap pola fraud ini dikenal sebagai *data mining*.

A. SYSTEMS RED FLAG

Sistem *red flag* otomatis mengidentifikasi klaim yang memiliki karakteristik mencurigakan, seperti yang dilakukan prosesor klaim manusia. Banyak dari *red flag* ini sama dengan yang digunakan dalam deteksi manual, kecuali tentu saja yang khas terdapat pada dokumen kertas.

Beberapa contoh *red flag* yang digunakan dalam sistem otomatis adalah:

- Pelayanan yang diberikan tidak sesuai dengan diagnose yang dilaporkan.
- prosedur medis yang berkaitan dengan gender tertentu dilaporkan telah dilakukan pada pasien dari gender yang salah, misalnya histerektomi dilakukan pada laki-laki, operasi prostat dilakukan pada wanita.
- Pembedahan dilakukan oleh chiropractor, yang di sebagian besar negara bagian adalah ilegal.
- Ada pola (terjadinya bukan hanya sesekali) dimana pelayanan tidak darurat diberikan pada hari Minggu atau hari libur.
- Sinar X yang tanggalnya sebelum tanggal pemeriksaan dokter.
- Ada pola (terjadinya bukan hanya sesekali) dimana pelayanan diberikan di lokasi geografis yang jauh dari tempat tinggal pasien.

Sistem *red flag* otomatis harus dipantau dan dievaluasi secara berkala untuk menguji apakah kasus-kasus yang telah ditandai benar-benar layak diawasi. Hal ini karena mengidentifikasi *red flags* membutuhkan waktu dan sumber daya dan bisa jadi penghambat efisiensi sistem pembayaran. Jika *red flag* mengidentifikasi jumlah klaim palsu yang memadai, itu sepadan dengan biaya yang ditimbulkannya, tetapi jika *red flag* tidak menghasilkan kasus fraud aktual, ia harus dihilangkan dari sistem.

B. SISTEM PROFILING PROVIDER

Sistem profiling Provider (***Provider profiling systems***) mendeteksi pola perilaku abnormal antar provider. Secara khusus, mereka mengidentifikasi provider yang praktek medisnya di luar norma-norma grup sejawat mereka.

CONTOH

Sebuah sistem profiling provider mengidentifikasi seorang dokter yang memerintahkan mammogram tiga kali lipat dibanding rekan sejawatnya di lokasi geografis yang sama.

Idealnya sistem profiling provider harus melakukan semua hal berikut:

- Membuat profil pola praktek provider,
- Mengidentifikasi penyimpangan tagihan provider,
- Menghasilkan hasil studi (outcome studies) tentang provider (evaluasi hasil perawatan medis mereka dibandingkan dengan praktisi lain), dan
- Menganalisis praktik perawatan kesehatan khusus tertentu yang memiliki jumlah kasus dugaan fraud yang tinggi.

C. UPCODING DAN UNBUNDLING

Banyak sistem otomatis saat ini mampu mendeteksi *upcoding* dan *unbundling* dalam keadaan tertentu. Misalnya, mereka dapat mengidentifikasi praktek-praktek ini ketika perilaku penagihan provider berbeda dari norma-norma grup sejawatnya. Sayangnya, bagaimanapun, sistem otomatis ini mengalami kesulitan menandai contoh *upcoding* dan *unbundling* yang tidak mencolok atau yang dirancang untuk terlihat biasa-biasa saja dibandingkan dengan data lain. Misalnya, pelaku yang pintar bisa menipu sistem hanya dengan mengirimkan klaim *unbundling* menggunakan beberapa formulir klaim, tidak hanya satu formulir (di klaim terpisah-pisah)

D. TEORI ANALISIS AGREGAT

Beberapa sistem otomatis menerapkan teori analisis agregat (**aggregate analysis theory**) untuk membandingkan transaksi yang berbeda dan mengidentifikasi transaksi yang "tidak bisa ditambah (*don't add up*)."

CONTOH

Teori analisis agregat mengetahui bahwa apotek tidak dapat menjual obat lebih banyak daripada yang mereka beli dan bahwa seorang pasien tidak mungkin membeli obat melebihi dari yang bisa mereka telan dalam suatu periode tertentu.

E. ANALISIS DATA CANGGIH

Sistem dan teknologi analisis data fraud canggih lainnya mampu melihat hubungan antar satu klaim dengan lainnya, dan melacak pola hubungan antara berbagai provider dan pasien dalam jangka waktu yang lama. Dengan cara ini, mereka dapat mendeteksi pola yang menunjukkan adanya kecurangan sistematis dan kolusi. Beberapa contoh praktek yang menunjukkan analisis data canggih dapat mendeteksi kecurangan sebagai berikut:

CONTOH

- **Ping-pong referrals.** Beberapa provider berkolusi merujuk pasien bolak-balik di antara mereka sendiri, dalam rangka memberikan pelayanan yang lebih banyak dan memperoleh pembayaran. Terkadang didalamnya ada praktek suap.
- **Gang visits.** Pelayanan yang sama diberikan kepada sejumlah besar pasien di fasilitas yang sama pada tanggal yang sama.
- **Diagnosis shifting.** Untuk beberapa penyakit tertentu adakalanya polis asuransi membatasi jumlah manfaat yang akan dibayar. Ketika seorang pasien mendekati batas ini, provider mengubah samasekali diagnosanya dan menagih dengan diagnosa lain. Kadang-kadang diagnosa dirubah dari suatu penyakit medis menjadi penyakit mental atau sebaliknya.

9.5. TEKNOLOGI BARU

Teknologi yang biasa digunakan memungkinkan personil anti-fraud dapat mengidentifikasi potensi kasus fraud serta menganalisis data untuk mencari hubungan dan pola perilaku yang menunjukkan fraud. Namun, sekarang teknologi berkembang lebih jauh. Mereka secara mengagumkan dapat menghemat waktu yang dibutuhkan untuk menganalisis data dan dapat melakukan analisis yang lebih canggih.

Waktu analisis yang lebih singkat adalah penting dalam mendeteksi skema skala besar, hitungan hari atau minggu dapat berarti kerugian yang cukup besar. Analisis yang cepat juga meningkatkan produktivitas SIU dan memungkinkan penyidik dapat menangani lebih banyak kasus.

Teknologi baru ini berupa kecerdasan buatan (*artificial intelligence*), logika fuzzy (*fuzzy logic*), analisis tautan (*link analysis*), jaringan saraf (*neural networks*/pengenalan pola), dan algoritma genetika (*genetic algorithms*).

A. ARTIFICIAL INTELLIGENCE DAN FUZZY LOGIC

Kecerdasan buatan (**Artificial intelligence**) adalah suatu bentuk komputasi dimana program meniru cara manusia memecahkan masalah, belajar dari pengalaman, dan membuat kesimpulan dari informasi yang tidak lengkap. Logika fuzzy (**Fuzzy logic**) digunakan dalam beberapa aplikasi kecerdasan buatan. Logika fuzzy memperhitungkan berbagai faktor sekaligus, memberikan bobot untuk masing-masing faktor, dan mengukurnya secara kolektif untuk

mencapai kesimpulan. Kemampuan untuk menangani beberapa faktor membuat logika fuzzy cocok untuk mendeteksi potensi fraud dan abuse.

CONTOH

Sebuah program yang menggunakan *fuzzy logic* dapat menganalisis praktek dokter dengan cara sebagai berikut: Data yang terkait dengan beberapa faktor akan terlihat, seperti jumlah kunjungan pasien pada hari Minggu dan hari libur, adanya tagihan ganda yang diajukan dan sebagainya. Ia memberikan bobot untuk tiap faktor, menggabungkan bobot dari semua faktor dalam suatu total skor, dan membandingkan skor yang diperoleh dengan skor rekan sejawat (*peer group*) dokter.

B. ANALISIS TAUTAN

Analisis tautan (***Link analysis***) adalah alat bantu visual yang tangguh yang memungkinkan seseorang untuk mengungkap, menampilkan, dan menganalisa pola interaksi antara individu dan grup. Diagram tautan digunakan untuk membuat hubungan menjadi jelas secara visual.

CONTOH

Link analysis dapat membuat visual yang jelas suatu pola di mana dokter tertentu membuat sejumlah rujukan berlebihan ke dokter dan laboratorium lain, menunjukkan kemungkinan adanya kolusi atau suap. Tanpa Link analysis, informasi ada dalam data, tetapi sulit untuk dilihat.

C. NEURAL NETWORKS

Neural networks (*pengenalan pola*) adalah jenis sistem kecerdasan buatan yang mensimulasikan cara otak manusia memproses informasi, belajar, dan mengingat.

Sistem ini dapat mempelajari karakteristik klaim berpotensi fraud dan provider yang tidak jujur, dengan mendeteksi pola-pola tersembunyi dalam volume data yang banyak, mengidentifikasi secara cepat klaim dan provider yang harus diteliti.

CONTOH

Sebuah *neural network* dapat mengidentifikasi alamat kotak pos (*post office box*) semua dokter dalam suatu wilayah geografis, dokter yang tidak lulus sertifikasi dari badan penguji, dan dokter yang semua pasiennya menerima setidaknya satu tes laboratorium yang umum.

Neural network juga dapat secara otomatis mempelajari karakteristik baru klaim yang berpotensi fraud, sehingga memperbarui kemampuan mereka dari waktu ke waktu.

D. ALGORITMA GENETIKA

Teknologi algoritma genetika (***Genetic algorithm***) secara menakutkan dapat menghasilkan jawaban sederhana dan inovatif tanpa membutuhkan manusia. Ia bukan sihir, melainkan hasil eksperimen *trial-and-error* yang terus menerus. Sementara manusia merasa bosan setelah kesulitan menghadapi beberapa masalah dan memutuskan untuk menerima hasil yang bisa dicapai, algoritma genetika maju terus. Ia tanpa lelah akan bekerja keras melalui jutaan solusi yang mungkin. Sebagian besar mungkin tidak terpakai, tetapi ribuan lainnya bisa menjanjikan pendekatan yang belum pernah terfikirkan oleh manusia.

Teknologi bukan satu-satunya jawaban untuk masalah fraud kesehatan, tetapi itu dapat membantu secara luar biasa. Setiap sistem otomatis harus dapat mengakses sejumlah besar data dengan cepat dan mudah, cepat

beradaptasi dengan skema baru dan kompleks, menunjukkan fleksibilitas dalam kemampuannya, dan memungkinkan untuk digunakan dalam kombinasi dengan sistem dan teknik lainnya.

9.6. SUMBER DATA

Sistem deteksi fraud otomatis memiliki potensi besar, namun hasil yang diperoleh hanya bisa baik bila data yang digunakan baik. Perusahaan asuransi memperoleh data dari provider mereka sendiri, berkas aplikasi calon tertanggung dan dari perusahaan asuransi lain, lembaga penegak hukum, dan lembaga pemerintah lainnya.

A. FILE PROVIDER

File provider berisi informasi umum tentang provider seperti spesialisasi medis mereka, lokasi geografis, dll. File ini juga mengandung informasi apakah provider sedang diselidiki untuk pengajuan klaim yang mencurigakan, apakah izinnya dicabut dan/atau ditangguhkan, atau telah didakwa atas dan/atau terbukti melakukan kecurangan.

Data dari file provider dapat diintegrasikan ke dalam sistem pengolahan klaim perusahaan asuransi sehingga klaim dari provider yang dicurigai mengandung unsur fraud dapat ditandai dan mendapat pemeriksaan yang ketat sebelum klaim dibayar.

B. FILE ELIGIBILITAS CALON TERTANGGUNG

Sebuah file eligibilitas atau kelayakan calon tertanggung mengidentifikasi individu yang memenuhi syarat untuk ditanggung dan memuat informasi tentang mereka seperti nama lengkap, tanggal lahir, nomor Jaminan Sosial/nomor kartu penduduk, dan alamat. Informasi ini dapat digunakan untuk membuat database kelayakan yang dapat diintegrasikan dengan sistem klaim. Sistem klaim kemudian dapat mengidentifikasi klaim dari pengusaha palsu, karyawan palsu, dan tanggungan (keluarga) palsu.

CONTOH

Klaim diterima dari seorang individu yang konon bekerja di sebuah pabrik sepatu dan memenuhi syarat untuk ditanggung dalam asuransi kumpulan pabrik. Informasi dari database eligibility mengungkapkan bahwa orang tersebut berusia 85 tahun dan tinggal 800 mil dari pabrik.

C. SUMBER LUAR

Perusahaan asuransi dapat memperoleh informasi berharga dari asuransi lain, lembaga penegak hukum, dan lembaga pemerintah. Sistem otomatis memungkinkan untuk mengintegrasikan dan menganalisis data dari beberapa database dan beberapa perusahaan dengan cepat.

Data dari sumber-sumber luar meliputi alamat perusahaan, pendaftaran perusahaan, dan nomor telepon. Ia juga mencakup lisensi provider dan informasi *credentialing*, informasi tentang peraturan sanksi terhadap provider (seperti suspensi lisensi), dan surat dakwaan dan data tentang hukuman yang pernah ada.

D. DATABASE DARI SPONSOR PEMERINTAH

The Centers for Medicare dan Medicaid Services (CMS)-sebelumnya bernama Health Care Financing Administration (HCFA), telah bergabung dengan lembaga federal lainnya dan program Medicaid dalam sebuah inisiatif untuk mengembangkan Sistem Provider Nasional dan menetapkan nomor identitas Provider Nasional yang sifatnya unik

(National Provider Identifier, NPI) untuk masing-masing provider pelayanan kesehatan. Ini berfungsi sebagai sistem yang seragam dan komprehensif untuk mengidentifikasi provider pelayanan kesehatan.

Selain itu, Departemen Kesehatan Amerika baru-baru ini mengeluarkan peraturan untuk pedoman kerja the Healthcare Integrity and Protection Data Bank (HIPDB). Aturan ini mengizinkan putusan hukum final (seperti putusan pidana atau perdata) yang memutuskan suatu kasus yang berhadapan dengan provider pelayanan kesehatan boleh dikumpulkan dalam satu tempat dan dapat diakses baik oleh asuransi maupun aparat penegak hukum.

9.7. CARA LAIN MENDETEKSI FRAUD

Fraud tidak selalu terdeteksi oleh pemeriksa klaim atau melalui sistem otomatis. Personil dan prosedur lainnya juga dapat mengungkap kasus-kasus mencurigakan.

A. PERILAKU *CLAIMANT*

Seringkali, kemungkinan fraud ditunjukkan bukan oleh karakteristik dari klaim itu sendiri, tetapi oleh perilaku provider atau konsumen yang mengajukan klaim (*Claimant*). Mereka yang mengajukan klaim palsu ingin agar klaimnya diproses dengan cepat dan rutin, sehingga tidak menjadi objek pemeriksaan yang ketat. Karenanya, pengaju klaim biasanya mendesak agar penanganan cepat klaim tersebut. Mereka mungkin melakukan hal-hal berikut:

- Sering menelpon untuk bertanya tentang status klaimnya;
- Menelpon untuk menawarkan informasi lebih dari yang diminta untuk mempercepat proses klaim;
- Meminta penanganan khusus klaim, seperti pembayaran pada hari yang sama, dan/atau
- Mendesak untuk penyelesaian yang segera, dengan mengancam akan melakukan tindakan hukum.

Tindakan tersebut dapat dianggap sebagai *red flag* perilaku. Seperti disebutkan dalam sebelumnya, petugas dibagian pelayanan pelanggan seringkali menemui perilaku seperti ini. Mereka harus melaporkannya ke SIU.

B. MEDICAL REVIEW

Pelaku fraud yang cerdas, dengan melengkapi formulir klaim secara benar dan tidak melanggar aturan-aturan tertentu, mungkin dapat menghindari deteksi oleh sistem *red flag* atau bahkan sistem otomatis yang canggih. Namun, tenaga kesehatan yang berpengalaman yang melihat klaim dapat dengan mudah mengidentifikasi praktik fraud. Dengan demikian, staf medis perusahaan asuransi secara rutin dipanggil untuk mereview klaim. Mereka sangat cocok untuk memeriksa hal-hal seperti pelayanan yang meragukan dan biaya yang berlebihan.

CONTOH

Sebuah klaim untuk rawat inap dan pelayanan medis untuk cedera yang diderita dalam kecelakaan mobil terlihat benar-benar tepat dan tidak menimbulkan *red flag* apapun. Namun, staf medis dokter melihat inkonsistensi antara pelayanan media yang diklaim dengan trauma yang biasanya terjadi dalam kecelakaan tersebut.

Staf medis juga dapat menemukan fraud ketika mereka terlibat dalam tinjauan pemanfaatan pasca pembayaran (*post-payment utilization review*). Seperti namanya, ini adalah analisis pola klaim yang telah dibayarkan untuk mencari apakah ada penyimpangan.

CONTOH

Sebuah tinjauan pemanfaatan pasca-pembayaran (*post-payment utilization review*) menemukan bahwa dokter menagihkan jumlah klaim yang lebih tinggi dari biasanya untuk electro encephalograms (EEG) dan tes stres.

C. AUDIT KLAIM PASCA PEMBAYARAN

Provider yang tidak jujur jarang menipu hanya sekali. Berdasar logika dan pengalaman jelas bahwa provider yang telah menipu perusahaan asuransi satu kali akan berusaha untuk melakukan lagi usahanya dalam klaim selanjutnya. Jika petugas klaim merujuk klaim dari provider yang “tidak seperti biasanya” ke SIU, penyidik harus meninjau sebagian dari klaim- klaim sebelumnya dari provider itu (*post-payment claim audits*). Penyidik mungkin dapat mendeteksi pola fraud yang lebih besar.

9.8. TREN KEDEPAN

Di masa depan proses secara elektronik dan akuisisi pelayanan dan produk medis melalui Internet cenderung mendominasi. Sebagaimana dijelaskan sebelumnya, perubahan ini menimbulkan peluang baru untuk fraud, tetapi mereka juga menciptakan cara baru untuk mendeteksi kecurangan.

Faktor lain dalam perubahan teknologi adalah berlanjutnya kecenderungan konsolidasi industri. Ketika organisasi bertambah besar, volume data juga meningkat, membuat proses manual menjadi tidak mungkin lagi dan peralihan ke sistem otomatis tidak dapat dihindari. Dan sejumlah besar klaim diproses secara elektronik oleh organisasi yang sangat besar membuat semua pekerjaan profesional anti-fraud lebih menantang.

Diharapkan database perusahaan asuransi akan menjadi semakin aman dari invasi luar sejalan dengan munculnya teknologi pengaman baru untuk mengakomodasi meningkatnya jumlah *e-commerce*. Selain itu, teknologi untuk menghubungkan, mengintegrasikan, dan menganalisis data dari beberapa database kelihatannya akan lebih murah, lebih cepat, dan lebih mudah digunakan. Akhirnya, ketika para pembuat hukum sibuk mengikuti perubahan teknologi, kecenderungan untuk berbagi informasi untuk keperluan deteksi fraud kelihatannya semakin kuat.

9.9. RINGKASAN

Dalam lingkungan klaim berbasis kertas, fraud terdeteksi secara manual dengan mengamati *red flag*. Namun, industri asuransi beralih ke pengolahan klaim elektronik. Hal ini telah menciptakan peluang baru bagi pelaku fraud, tetapi juga memungkinkan perusahaan asuransi untuk mengembangkan dan memanfaatkan secara sangat efisien sistem anti-fraud otomatis. Beberapa sistem ini masih bergantung pada *red flag*, tetapi yang lain melakukan analisis data canggih yang mengungkapkan pola dan hubungan yang menunjukkan fraud. Berkembangnya teknologi memanfaatkan kecerdasan buatan, *fuzzy logic*, dan inovasi lainnya untuk mendeteksi fraud.

Data yang dianalisis dengan sistem otomatis berasal dari perusahaan itu sendiri, database pemerintah, dan sumber lainnya.

Fraud juga terdeteksi dengan cara lain: melalui perilaku *claimant*, melalui tinjauan medis, dan dalam audit klaim pasca-pembayaran.

10. INVESTIGASI: REVIEW FILE DAN REKAMAN

10.1. PENDAHULUAN

Deteksi hanyalah awal dari pengejaran kasus fraud. Ketika indikasi kecurangan ditemukan, kasus ini dirujuk ke SIU, dan investigasi dimulai.

Melakukan investigasi berarti mendapatkan informasi. Tujuan penyidik fraud dalam mengumpulkan informasi ada dua:

- Mencoba untuk menentukan fakta-fakta dari kasus, apakah suatu perbuatan curang benar-benar telah terjadi? Siapa yang melakukan? Bagaimana itu dilakukan?
- Mengumpulkan bukti yang diperlukan untuk menghadapi pelaku dalam tuntutan pidana atau gugatan perdata atau beberapa tindakan lainnya. Dalam hal ini, melakukan investigasi sering disebut sebagai persiapan kasus (***case preparation***).

Dalam mengejar informasi, penyidik fraud melakukan berbagai kegiatan:

- Biasanya, penyidik memulai dengan meninjau file kasus, file lain yang relevan, dan berbagai catatan publik maupun swasta.
- Penyidik juga mewawancarai pihak yang terlibat dalam kasus ini.
- Dia kadang-kadang melakukan pengamatan (*surveillance*) terhadap tersangka, dan ada kalanya mungkin terlibat dalam operasi penyamaran.

Jika penyidik telah menyimpulkan hasil penyelidikannya, dia melengkapi dan menyerahkan laporan investigasi kasus ini.

Bab ini membahas tentang tinjauan file dan catatan. Wawancara, pengamatan, dan operasi rahasia akan dibahas dalam berikutnya begitu pula laporan investigasi dan penanganan bukti.

Perlu diingat bahwa setiap penyelidikan berbeda. Bagaimana seorang penyidik bekerja dalam suatu kasus, alat dan teknik apa yang digunakannya, file dan catatan apa yang dia teliti, apakah ia melakukan wawancara dan siapa yang dia wawancara, dan sebagainya. Semua ini tergantung pada dugaan jenis skema fraud, jenis pelaku, dan faktor lainnya.

10.2. FILE DAN REKAMAN YANG DIPERIKSA

Dalam menyelidiki fraud, penyidik perusahaan asuransi memeriksa berbagai dokumen. Beberapa di antaranya milik perusahaan asuransi, seperti:

- file klaim yang sedang diselidiki dan file klaim lainnya,
- file penyelidikan sebelumnya,
- file aplikasi asuransi, dan
- riwayat pembayaran dan riwayat NPWP (nomor pokok wajib pajak) provider.

File dan catatan lain dari luar perusahaan, seperti:

- file dan catatan asuransi lainnya,
- catatan medis dari tertanggung,

- catatan lisensi provider,
- catatan keuangan,
- catatan kantor dan lembaga publik, dan
- catatan dan informasi lain-lain yang tersedia untuk umum.

10.3. FILE DAN REKAMAN PERUSAHAAN ASURANSI

A. FILE KLAIM

Hal pertama yang harus dilihat penyidik adalah klaim yang sedang dalam penyelidikan. Dia juga harus meninjau klaim lain yang diajukan oleh provider atau konsumen yang sama. Riwayat klaim seseorang dapat mengungkapkan pola fraud atau abuse yang tidak terlihat dalam klaim tunggal.

Penyidik harus mewawancarai karyawan yang menangani klaim. Personil dibagian klaim sering memiliki informasi tentang klaim yang tidak muncul dalam berkas klaim itu sendiri.

B. FILE INVESTIGASI SEBELUMNYA

File penyelidikan sebelumnya yang melibatkan provider atau konsumen yang sama dapat digunakan. Manusia adalah makhluk “kebiasaan”, dan tersangka dalam penyelidikan sebelumnya dapat muncul kembali dengan menggunakan teknik yang sama. Hasil kerja investigasi dalam kasus sebelumnya dapat memberikan peta jalan untuk mengejar kasus-kasus berikutnya yang melibatkan orang yang sama. Hal ini berlaku walaupun jika tidak terbukti adanya fraud.

CONTOH

Dokter X diselidiki untuk fraud, tapi kasus ini ditutup karena kurangnya bukti. Kemudian, Dr X diselidiki lagi, kali ini karena berkolusi dengan calon tertanggung untuk menyembunyikan kondisi medis orang tersebut. Dr X berpendapat bahwa mungkin ia telah membuat kesalahan, tetapi ia tidak sengaja melanggar aturan aplikasi asuransi karena ia tidak faham tentang aturan tersebut, dan karena itu ia tidak melakukan fraud. Namun, dari berkas kasus sebelumnya ada pernyataan dari Dr X yang menunjukkan bahwa ia sebenarnya akrab dengan aturan-aplikasi asuransi.

Penyidik seharusnya tidak membatasi diri pada file kasus pelaku yang sama. Berkas penyelidikan sebelumnya dengan jenis fraud yang sama juga dapat memberikan ide yang berguna.

Tentu saja, agar file penyelidikan sebelumnya bisa digunakan penyidik, file tersebut harus diamankan. Oleh karena itu, SIU harus menetapkan kebijakan bahwa setiap berkas kasus dipelihara setelah kasusnya ditutup. Berkas kasus harus disimpan sedemikian rupa sehingga mudah ditemukan, apakah mereka dalam format manual atau elektronik.

C. FILE APLIKASI ASURANSI

File aplikasi asuransi berisi:

- informasi mengenai kesehatan pemohon, riwayat medis (termasuk penyakit yang sudah ada sebelumnya), riwayat kesehatan keluarga, dan kadang-kadang nama-nama provider pelayanan kesehatan yang merawatnya di masa lalu;
- informasi tentang tanggungan (anggota keluarga);
- informasi mengenai pertanggungan dari asuransi lain;

Untuk kalangan sendiri

- nama agen yang menjual polis, dan
- tanda tangan pemohon.

D. RIWAYAT PEMBAYARAN DAN RIWAYAT NPWP

Sebuah riwayat pembayaran (**payment history**) menunjukkan pembayaran masa lalu yang dilakukan oleh perusahaan asuransi kepada provider atau tertanggung.

Riwayat NPWP menunjukkan pembayaran yang dilakukan oleh perusahaan asuransi kepada provider berdasarkan NPWP provider.

Seorang penyidik harus melihat sendiri kedua riwayat pembayaran dan riwayat NPWP suatu kasus untuk mendapatkan pola yang tidak biasa, terutama yang menunjukkan kolusi antara provider dan tertanggung.

Seperti tercantum dalam Bab sebelumnya, di Amerika, Sistem Provider Nasional memberikan nomor identitas pada tiap provider pelayanan kesehatan (National Provider Identifier, NPI) yang unik. Hal ini membuat lebih mudah bagi penyidik untuk melacak tagihan dan pembayaran kepada provider.

E. FILE DAN REKAMAN PERUSAHAAN ASURANSI LAINNYA

Informasi tentang pertanggung yang dipunyai seorang tertanggung dari asuransi lain kadang-kadang berguna. Ini sangat jelas jika tertanggung berupaya untuk mengumpulkan manfaat dari beberapa perusahaan asuransi, namun dalam kasus lainpun, informasi dari perusahaan lain dapat mengungkapkan pola yang menunjukkan fraud.

Sebagai aturan umum, perusahaan dapat berbagi informasi tentang tertanggung tanpa tertanggung menandatangani formulir pelepasan/rilis (*release form*) asalkan informasi tersebut hanya berkaitan dengan dugaan fraud. Namun, ada beberapa keterbatasan pada informasi yang dianggap pribadi. Beberapa negara bagian mengizinkan perusahaan asuransi untuk berbagi informasi dengan kekebalan dari gugatan perdata dan penuntutan pidana asalkan informasi tersebut dikomunikasikan dengan itikad baik dan dengan cara hati-hati untuk kebenaran. (mengenai Kekebalan dibahas lebih rinci dalam Bab 17.)

10.4. REKAMAN LAINNYA

A. REKAMAN MEDIS TERTANGGUNG

Catatan medis (*medical record*) dari tertanggung dapat memberikan informasi penting.

CONTOH

- Seorang penyidik menemukan inkonsistensi antara prosedur medis yang ditagih dalam klaim dan yang dilaporkan dalam catatan medis pasien.
- Pada tahun 2007 seorang peneliti dari Fakultas kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia melakukan penelitian tentang fraud di 3 rumah sakit di Jakarta. Penelitiannya difokuskan pada kasus dengan tindakan bedah. Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat inkonsistensi antara prosedur medis yang ditagih dan diagnosa yang dilaporkan dalam catatan medis, sebagai berikut:
 - Berdasarkan dokumen klaim tentang diagnosis dan jenis tindakan operasi:
 - 22% klasifikasi tindakan besar dan khusus
 - 78% klasifikasi tindakan kecil dan sedang

- Berdasarkan tagihan RS:
 - 18,6% klasifikasi khusus
 - 51,42% klasifikasi besar
 - 29,9% klasifikasi sedang
 - 2,8% klasifikasi kecil

Disini tampak dengan jelas bahwa dengan mereview *medical record* dapat fraud bisa terdeteksi secara gamblang.

- Sebuah catatan medis bertanggung juga dapat mengungkapkan penyakit masa lalu yang disembunyikan bertanggung dalam aplikasi asuransinya.

Penyidik asuransi biasanya dapat mengakses catatan medis. Biasanya, bila bertanggung mengunjungi provider untuk pertama kalinya, dia menandatangani (***general release***) yang memberikan izin kepada provider untuk melepas rekam medisnya kepada perusahaan asuransi nya. Namun, jika ***general release*** tidak ditandatangani, penyidik harus mendapatkannya atau provider tidak akan menyerahkan catatan tersebut.

Untuk mengakses catatan medis yang berhubungan dengan beberapa penyakit (seperti penyakit mental atau ketergantungan obat), bahkan walaupun ada rilis umum, penyidik harus mendapatkan rilis khusus (***specific release***) dari bertanggung. (Lihat Gambar 10.1 untuk contoh.) Jika bertanggung menolak untuk menandatangani rilis khusus tersebut, catatan ini hanya bisa diperoleh dengan perintah pengadilan.

GAMBAR 10.1

Formulir Pelepasan Informasi Rahasia

INSURANCE COMPANY NAME
 REQUEST AND AUTHORIZATION FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

I, _____, do hereby authorize
 _____, its director or designee, to release
 information contained in my record to:

Insurance Company Name _____
 Investigator Name _____
 Address _____
 City, State, Zip Code _____

And only under the following conditions:
 Specific type of information to be disclosed: _____

The purpose and need for such disclose: _____

The content is subject to revocation at any time by issuing such revocation in writing, unless:

Without expressed written revocation, this consent expires for the following specified reasons:

A. Date: _____
 B. Event: _____
 C. Condition: _____

 Signature Witnessed by

 Date Signed Date Witnessed

Sumber: America's Health Insurance Plans

B. REKAMAN LISENSI PROVIDER

Hukum negara bagian mensyaratkan anggota profesi kesehatan harus mendapat izin dari lembaga negara bagian yang tepat. (Beberapa profesi memiliki sertifikasi atau pendaftaran, lebih dari sekedar lisensi.) Untuk mendapatkan lisensi, provider mengajukan permohonan kepada badan yang melakukan review kualifikasi seseorang dan menentukan apakah ia memenuhi persyaratan. (Persyaratan bervariasi dari satu negara bagian ke negara bagian tetapi biasanya mirip.)

Informasi yang diperoleh dalam proses perizinan dikelola oleh badan pemerintah. Beberapa dari informasi tersebut bersifat rahasia, tetapi beberapa terbuka untuk umum. Informasi ini meliputi:

- status lisensi provider (masih berlaku, sudah tidak berlaku, dicabut atau dalam percobaan)
- lingkup lisensi provider
- aplikasi provider untuk lisensi. (Ini bisa terbuka untuk umum bisa tidak, tergantung pada hukum negara bagian)

Aplikasi lisensi meliputi:

- nama provider perorangan, foto, dan nomor Jaminan Sosial/nomor kartu penduduk;
- perguruan tinggi, universitas, dan sekolah profesional yang pernah diikuti;
- lisensi, sertifikasi, dan registrasi, termasuk yang diperoleh dari negara bagian-negara bagian lain;
- riwayat pekerjaan sebelumnya, kontak kerja, dan referensi yang terkait.
- tindakan indisipliner atau tuduhan yang pernah dialami. Hal ini termasuk temuan fakta, kesimpulan hukum, dan putusan akhir.

Seperti disebutkan dalam bab sebelumnya, tindakan *final adverse* (semacam tindakan yang pernah menimbulkan kerugian, misalnya debitur macet di bank) terhadap provider pelayanan kesehatan harus disusun dalam Healthcare Integrity and Protection Data Bank (HIPDB) dan dapat diakses oleh asuransi maupun aparat penegak hukum.

C. REKAMAN KEUANGAN

Catatan keuangan dapat berguna untuk penyidik yang berusaha mengungkap kecurangan dengan "mengikuti arus uang (following the money)." Laporan bank, check yang dibatalkan, transfer melalui telegram, deposito elektronik, dan catatan keuangan lainnya bisa memberikan petunjuk penelusuran aliran dana dalam skema fraud.

Catatan rekening bank, catatan kredit, dokumen pinjaman, dan informasi keuangan lainnya, umumnya tidak dirilis tanpa otorisasi dari konsumen. Beberapa lembaga keuangan dapat melakukan verifikasi keberadaan suatu akun tanpa dokumen hukum, sementara yang lainnya menganggap informasi ini rahasia.

D. REKAMAN MILIK INSTANSI DAN LEMBAGA PEMERINTAH

Catatan yang berguna dalam penyelidikan dapat diperoleh (dengan beberapa pembatasan) di sejumlah kantor dan lembaga pemerintah. (Lihat Tabel 10.1.)

Banyak lembaga pemerintah sekarang membuat website, serta menyediakan database yang dapat diakses melalui Internet. Juga tersedia sejumlah ".dot.com" yang menyediakan pencarian dan akses dokumen informasi publik dengan gratis.

E. CATATAN DAN INFORMASI LAIN- LAINNYA

Akhirnya, ada beberapa sumber informasi dan catatan lain yang mungkin berguna:

- catatan telepon dan catatan perusahaan pelayanan komoditas publik lainnya,
- brosur pemasaran perusahaan dan perorangan,
- Biro perdagangan dan Chambers of Commerce (di Indonesia KADIN),
- sekolah profesional dan asosiasi profesional,
- televisi, radio, dan surat kabar. (yang paling berguna adalah surat kabar lokal.)

TABEL 10.1

Informasi yang tersedia dari Kantor dan Badan Pemerintah di Amerika

Office or Agency	Information Provided
State Department of Insurance	<ul style="list-style-type: none"> ■ Agent/broker licensure information (including disciplinary actions) ■ Insurance company filings, including type of company/corporation, ownership, senior officers and their compensation, and product authorizations
State Department of Labor	<ul style="list-style-type: none"> ■ Unemployment insurance information
State Department of Motor Vehicles	<ul style="list-style-type: none"> ■ Driver's license information ■ Motor vehicle registration ■ Information on moving violations, other infractions, and accidents
State Secretary of State	<ul style="list-style-type: none"> ■ Corporation filings ■ Limited liability company filings
County/State Health Department	<ul style="list-style-type: none"> ■ Birth certificates ■ Death certificates
County Registrar of Deeds	<ul style="list-style-type: none"> ■ Real estate listings
County Assessor/Treasurer	<ul style="list-style-type: none"> ■ Real estate tax information ■ Personal property tax information and registration
County Clerk	<ul style="list-style-type: none"> ■ Business permits and filings ■ Marriage licenses ■ Miscellaneous filings
Courts (county, state, and federal)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Criminal records, including felonies, misdemeanors, probation, and pretrial diversions ■ Civil records, including filings, supporting documents, settlements (unless sealed), and judgments (This includes malpractice cases.) ■ Divorce records, including filings, supporting documents, and decrees (These are also often in county clerks' offices.) ■ Bankruptcy records, including filings, supporting documents, financial statements, listings of creditors, and other personal and business information

10.5. INFORMASI MENGENAI LATAR BELAKANG

Dalam mencari catatan, seorang penyidik tidak hanya mencari informasi yang secara langsung berkaitan dengan kecurangan tetapi juga informasi tentang latar belakang (**Background Information**). Ini adalah informasi umum tentang riwayat pribadi dan keadaan seorang tersangka atau saksi. *Background Information* seorang tersangka memberikan wawasan tentang kemungkinan motif dan metode ke penyidik. *Background Information* pada saksi memungkinkan penyidik untuk mengevaluasi kredibilitas saksi.

Background Information ditemukan dalam banyak catatan seperti telah dibahas di atas, khususnya:

- catatan pengadilan pidana dan perdata,
- catatan kredit,
- catatan dari pertanggung jawaban asuransi lainnya,
- catatan kendaraan bermotor dan SIM
- catatan publik yang tersedia di Internet.

10.6. RINGKASAN

Langkah pertama dalam menyelidiki dugaan kasus fraud biasanya review atas file dan catatan. Beberapa dokumen yang berguna dimiliki oleh perusahaan asuransi, seperti:

- file dari klaim yang sedang dalam penyelidikan dan klaim lain yang disampaikan oleh pihak yang sama;
- file dari penyelidikan sebelumnya, baik yang terbukti fraud maupun yang tidak;
- file aplikasi asuransi, dan
- riwayat pembayaran dan riwayat NPWP.

Catatan lain ada di luar perusahaan, seperti:

- catatan asuransi lain,
- catatan medis dari tertanggung,
- catatan lisensi provider,
- catatan keuangan,
- berbagai catatan publik.

11. INVESTIGASI: WAWANCARA DAN *SURVEILLANCE*

11.1. PENDAHULUAN

Sering kali *review* file dan catatan saja tidak cukup bagi penyidik untuk menentukan apakah terjadi kecurangan. Dalam kasus lain, telah diketahui terjadi fraud, tetapi dokumen-dokumen yang tersedia tidak memberikan bukti yang cukup untuk mengambil tindakan terhadap pelaku. Dalam situasi seperti itu, harus dikerahkan teknik investigasi lainnya.

- Wawancara dapat mengisi kesenjangan dalam pengetahuan penyidik dan melengkapi gambaran apa yang sebenarnya terjadi dalam suatu kasus.
- Ketika dokumen dan wawancara tidak cukup, pengamatan kadang-kadang menjadi cara terbaik untuk mempelajari fakta-fakta kasus atau mendapatkan bukti yang dibutuhkan.
- Kadang-kadang, penyidik bekerja sama dengan lembaga penegak hukum melakukan operasi penyamaran.

11.2. MERENCANAKAN DAN MELAKSANAKAN WAWANCARA

Penyidik tentu ingin mendapatkan hasil informasi maksimal dari sebuah wawancara. Mereka juga menginginkan bukti yang diperoleh dapat diterima sebagai bukti di pengadilan. Untuk mencapai tujuan tersebut, seorang penyidik harus merencanakan dan melakukan wawancara dengan pertimbangan tertentu.

- Penyidik harus memutuskan apakah akan melakukan wawancara secara langsung, melalui telepon, atau melalui korespondensi tertulis/elektronik.
- Ia juga harus memutuskan urutan orang-orang yang harus diwawancarai terkait dengan kasus tersebut.

A. WAWANCARA TATAP MUKA, TELEPON, ATAU TERTULIS?

Wawancara tatap muka (*face to face interview*) umumnya lebih disukai. Cara ini memungkinkan penyidik untuk mengevaluasi kebenaran pernyataan yang diwawancarai tidak hanya berdasarkan isi verbal (apa yang dikatakan) tetapi juga pada isyarat *nonverbal* (seperti ekspresi wajah dan bahasa tubuh). Isyarat nonverbal dikenal sebagai ***kinesics***, dan teknik wawancara yang menggunakannya disebut wawancara kinesics (***kinesics interviewing***).

Wawancara melalui telepon memiliki keuntungan kenyamanan, tetapi juga memiliki kelemahan. Penyidik yang melakukan wawancara melalui telepon tidak dapat menggunakan *kinesics*. Juga, wawancara melalui telepon tidak selalu diterima sebagai bukti di pengadilan. Hal ini karena tidak mungkin untuk membuktikan kepada pengadilan identitas orang yang diwawancarai.

Korespondensi tertulis juga nyaman, tetapi seperti dengan wawancara telepon, *kinesics* jelas tidak dapat digunakan. Dan tentu saja komunikasi tertulis memungkinkan seseorang untuk hati-hati mempersiapkan tanggapan terhadap pertanyaan.

Survei dan kuesioner yang menggunakan material yang dicetak dapat dianggap bentuk lain dari wawancara tertulis. Mereka sering dikirim sebagai surat massal dan digunakan untuk memperoleh informasi dari banyak orang. Mereka juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi individu-individu dari grup besar yang mungkin bermanfaat untuk diwawancarai secara pribadi.

B. URUT-URUTAN WAWANCARA

Orang yang diwawancarai dapat dikategorikan sebagai kooperatif, tidak kooperatif, atau netral. Sebagai aturan umum, individu yang kooperatif dan netral harus diwawancarai sebelum individu yang tidak kooperatif. Alasannya adalah bahwa orang-orang yang tidak kooperatif dapat bersimpati dengan subjek penyelidikan (***subject of the investigation***, tersangka pelaku), dan jika mereka diwawancarai lebih dulu, mereka dapat memberitahu orang yang sedang diselidiki (terduga pelaku) tentang materi penyelidikan dan apa fokus para penyidik. Hal ini memberikan kesempatan pada terduga pelaku untuk mengarang penjelasan, membuat alibi, dan bahkan mengubah, merusak, atau memalsukan bukti.

Ketika penyidik melakukan wawancara pada orang yang tidak kooperatif, penyidik harus waspada terhadap kemungkinan informasi palsu atau pemutarbalikan fakta yang ia terima. Penyidik harus menggunakan *kinesics* untuk mengevaluasi kebenaran pernyataan dari orang yang diwawancarai. Selain itu, semakin banyak informasi yang diperoleh penyidik sebelum wawancara, dari file, catatan, dan wawancara lain, akan lebih mudah baginya untuk mengetahui apakah orang yang diwawancarainya berbohong. Ini adalah keuntungan lain dari pendekatan urutan, didahului dengan peninjauan dokumen, selanjutnya mewawancarai orang-orang kooperatif dan netral, dan terakhir mewawancarai individu yang tidak kooperatif.

Ada pendekatan lain untuk mengklasifikasi dan mengurutkan orang yang diwawancarai, dengan menggunakan kategori ini:

- pelapor (the **complainant**) yaitu orang yang pertama kali melaporkan bahwa telah terjadi fraud (tidak termasuk karyawan perusahaan asuransi yang mendeteksi fraud dan melaporkannya ke SIU);
- korban atau korban fraud (selain perusahaan asuransi);
- saksi;
- orang lain yang dapat memberikan informasi terkait, dan
- subyek investigasi

Dalam beberapa kasus, tidak ada pelapor, kasus dirujuk ke SIU oleh karyawan perusahaan asuransi (biasanya prosesor klaim, yang diwawancarai ketika dilakukan review file klaim). Jika ada pelapor, biasanya dialah orang pertama yang diwawancarai. Penyidik harus menyadari bahwa konflik pribadi atau sejenisnya mungkin memotivasi pelapor untuk membuat tuduhan. Hal ini tentu saja akan mengurangi kredibilitas pernyataannya.

Korban seringkali adalah orang yang sama dengan pelapor. Jika tidak, korban harus diwawancarai setelah pelapor.

Biasanya, subjek investigasi harus menjadi orang terakhir yang diwawancarai. Penyidik tidak ingin informasi tentang subjek atau fokus penyidikannya bocor. Sama halnya dengan semua saksi yang tidak kooperatif, penyidik bisa memperoleh informasi sebanyak mungkin dari sumber lain sebelum mewawancarai subjek investigasi.

Namun, subjek investigasi dapat diwawancarai diawal dalam keadaan tertentu:

- Bila subjek telah diberitahu bahwa penyelidikan sedang berlangsung, mungkin lebih baik untuk mewawancarainya secepat mungkin daripada nanti, sebelum ia punya waktu untuk "meluruskan ceritanya" dan menciptakan alibi.
- Demikian pula, jika ada indikasi bahwa subjek bermaksud untuk mengubah, merusak, atau memalsukan bukti, mungkin lebih baik untuk mewawancarainya sebelum dia punya kesempatan untuk melakukannya.
- Bila subjek menelpon dan ingin diwawancarai, mungkin permintaannya patut untuk dipenuhi.
- Ketika tuduhan fraud tampaknya kurang layak (seperti yang sering terjadi, kasusnya hanya tuduhan seseorang terhadap subjek), wawancara subjek diawal dapat berfungsi untuk mengubur tuduhan dan menutup penyelidikan

C. MEWAWANCARAI ANAK-ANAK

Ketika orang yang diwawancarai adalah anak kecil, harus ada tindakan pencegahan khusus untuk menghindari pelanggaran hak-hak hukumnya. Penyidik tidak boleh mewawancarai anak bawah umur tanpa kehadiran orang tua atau wali yang sah.

11.3. MEREKAM WAWANCARA

Apakah wawancara dilakukan secara langsung atau melalui telepon, seorang penyidik diperbolehkan untuk mencatat. Namun, seorang penyidik mungkin lebih memilih merekam wawancara ketimbang membuat catatan karena beberapa alasan:

- Dia ingin berkonsentrasi pada rekaman selama wawancara. Dengan cara ini dia tidak terganggu dari mengamati kinesics yang diwawancarai.
- Dia ingin hasil rekaman membantunya membuat catatan wawancara yang lengkap.
- Dia ingin menggunakan hasil rekaman untuk membuat transkrip.

Namun wawancara hanya boleh di rekam jika hukum negara bagian di mana wawancara berlangsung mengizinkan dan jika kebijakan perusahaan asuransi membolehkan rekaman tersebut.

Menurut hukum beberapa negara bagian, persetujuan dari orang yang diwawancarai (*interviewee*) tidak diperlukan untuk merekam wawancara, sehingga perekaman dapat dilakukan tanpa sepengetahuannya. Beberapa negara bagian lain memerlukan persetujuan kedua belah pihak untuk membuat sebuah rekaman wawancara.

Jika diperlukan persetujuan dari *interviewee*, prosedur berikut harus diikuti:

- Rekaman harus dilakukan secara terbuka.
- Persetujuan harus didapatkan sebelum rekaman dimulai.
- penyidik harus memulai wawancara dengan mengatakan pada rekaman tanggal, waktu, dan lokasi wawancara, nama *interviewee*, dan subjek dan tujuan wawancara.
- Orang yang diwawancarai harus mengkonfirmasi persetujuannya pada rekaman yang dibuat.
- Ketika wawancara telah selesai, penyidik harus kembali mengatakan dalam hasil rekaman tanggal dan waktu, dan terima kasih pada *interviewee* untuk kerjasamanya.

11.4. SIGNED STATEMENTS AND AFFIDAVITS

Setelah wawancara selesai, disusun pernyataan tertulis yang melaporkan informasi yang diperoleh. Penyidik meminta *interviewee* menandatangani pernyataan ini, membuktikan bahwa isi wawancara tersebut akurat. (Lihat Gambar 11.1 untuk contoh pernyataan yang ditandatangani/*signed statement*.)

Siapa yang harus menulis pernyataan tersebut? Dalam beberapa hal, mungkin lebih baik jika *interviewee* yang menulisnya, itu mengungkapkan apa yang dia tahu melalui kata-katanya sendiri. Namun kadang-kadang, apa yang ditulis *interviewee* tidak jelas dan sulit difahami. Dalam kasus seperti ini, mungkin lebih baik penyidik yang mempersiapkan pernyataan, memastikan bahwa informasi yang dimaksud jelas dan terorganisasi dengan baik.

Jika pernyataan ditulis penyidik, *interviewee* harus membacanya dengan cermat untuk memastikan bahwa informasi tersebut akurat. *Interviewee* harus membuat koreksi yang diperlukan atau membuat tambahan yang diperlukan. *interviewee* harus membubuhkan paraf pada koreksi tersebut dan, setelah ia telah setuju dengan isi

pernyataan, membubuhkan tanda tangannya di akhir pernyataan tersebut. Tanda tangan harus dibuat di bawah sumpah.

GAMBAR 11.1

Pernyataan yang ditandatangani (*Signed Statement*)

Signed Statement

INSURANCE COMPANY NAME
SIGNED STATEMENT

I, _____, of _____ (address), do hereby state that the following statement is given freely and voluntary, without promise of any benefit, nor threat or use of force or duress, and do proceed to state the following:

I have read the foregoing statement consisting of _____ pages which I have initialed and signed, and I state that this statement is true and accurate to the best of my knowledge and belief

Signature Witness

Date

Date

Sumber: America's Health Insurance Plans

GAMBAR 11.2

Surat sumpah (*Affidavit*)

Affidavit

INSURANCE COMPANY NAME
AFFIDAVIT

(Investigator's name), a duly authorized representative and investigator of (insurance company name) states as follows:
That Affiant is employed as an investigator for (insurance company name)
That the Affiant has been involved in an investigation concerning allegations against (subject's name)
That on (date) affiant interviewed....(give pertinent facts of case)
.....
.....
.....

Investigator's Signature
Subscribed in my presence and sworn to before me this _____
Day of _____ (month), (year).

Notary Public
My commission expires _____

Sumber: America's Health Insurance Plans

Surat sumpah (**Affidavit**) ini mirip dengan *signed statement*, yaitu pernyataan tertulis yang ditandatangani oleh seseorang yang dengan demikian membuktikan bahwa pernyataan tersebut akurat. Namun, tidak seperti *signed statement*, *affidavit* adalah dokumen hukum formal. Hal ini dapat digunakan sebagai dasar untuk mengamankan surat panggilan atau surat perintah, dan dapat dimasukkan sebagai bukti di pengadilan hukum jika kedua belah pihak setuju. *Affidavit* biasanya dibuat dalam format yang terstruktur dan hanya berisi fakta-fakta yang diketahui orang yang menandatangani (*affiant*). (Gambar 11.2 adalah contoh dari sebuah *Affidavit*.)

11.5. SURVEILLANCE

Surveillance (pengamatan) bisa mahal, dan karena itu umumnya tidak dilakukan jika pendekatan-pendekatan lain sudah cukup. Namun, pengamatan mungkin diperlukan dalam beberapa situasi berikut:

- Bukti dokumenter tidak tersedia atau tidak dapat diandalkan, dan wawancara tidak mungkin untuk dilakukan.
- Tidak ada bukti dokumenter maupun hasil wawancara yang memberikan informasi yang dibutuhkan penyidik.
- Cara terbaik untuk mempelajari fakta-fakta atau memperoleh bukti yang dibutuhkan adalah dengan memantau kegiatan pelaku.

CONTOH

Seorang tertanggung mengajukan klaim untuk kunjungan tiga dokter dalam seminggu. Ada dugaan fraud, tapi berkas file dan catatan tidak menghasilkan bukti, dokter dan tertanggung menolak untuk diwawancarai. Melalui *surveillance* terbukti bahwa tertanggung tersebut tidak pernah ke dokter itu.

Surveillance dapat dilakukan secara fisik atau elektronik. Dalam pengamatan fisik (***physical surveillance***), penyidik mengamati langsung tersangka (misalnya, dari kendaraan yang diparkir atau dengan mengikutinya). Pengamatan elektronik (***electronic surveillance***) menggunakan perangkat elektronik seperti tape recorder dan kamera video.

CONTOH

- Seorang tertanggung mengklaim untuk kunjungan dengan jadwal rutin ke dokter. Namun, penyidik yang mengikuti dan mengamatinya berulang kali menemukan dia sedang belanja selama jadwal kunjungan yang seharusnya itu.
- Seorang tertanggung mengklaim seolah-olah dia menderita penyakit yang sangat parah, tapi melalui rekaman video penyidik terlihat bahwa dia sedang melakukan kegiatan olahraga.

A. REKAMAN PERCAKAPAN

Bentuk lain dari *surveilans* adalah rekaman percakapan, termasuk percakapan telepon, tanpa sepengetahuan salah satu pihak. Hukum beberapa negara bagian membutuhkan persetujuan hanya dari satu pihak untuk dapat merekam percakapan, sehingga *surveilans* cara ini diperbolehkan. Di beberapa negara bagian lain, harus ada persetujuan dari kedua belah pihak baru percakapan dapat direkam. Di negara bagian-negara bagian ini, rekaman yang dibuat tanpa sepengetahuan dan persetujuan dari salah satu pihak tidak bisa menjadi bukti, dan melakukan rekaman seperti itu bisa merupakan tindak pidana.

Merekam percakapan telepon tanpa persetujuan dari salah satu pihak adalah penyadapan (***wiretapping***), yang ilegal dalam penyelidikan swasta. Penyadapan hanya dapat dilakukan oleh lembaga penegak hukum, dan mereka harus mendapatkan otorisasi yang tepat (biasanya dari pengadilan) dan mengikuti prosedur tertentu.

Dalam kasus persetujuan hanya satu pihak, sebelumnya formulir persetujuan harus diisi dengan lengkap dan ditandatangani. Formulir ini khusus memberikan kewenangan kepada penyidik untuk merekam percakapan antara pihak yang menyetujui dan pihak lain yang ditunjuk. (Lihat Gambar 11.3 untuk formulir persetujuan satu pihak.)

12. INVESTIGASI: BUKTI DAN PELAPORAN

12.1. PENDAHULUAN

Sebagaimana dijelaskan dalam Bab terdahulu, tujuan dari penyelidikan fraud ada dua:

- Untuk menentukan apakah suatu tindakan fraud telah terjadi.
- Untuk dipakai sebagai persiapan kasus. Artinya, dia mengumpulkan bukti yang dapat digunakan untuk mengambil tindakan terhadap pelaku, seperti gugatan perdata atau tuntutan pidana.

Untuk bukti yang akan digunakan dengan cara ini, ia harus diterima di pengadilan, dan untuk dapat diterima, aturan-aturan tertentu harus ditaati. Sebagai contoh, kita lihat dalam Bab 11 bahwa agar rekaman percakapan dapat diterima, harus diperoleh persetujuan dan prosedur tertentu harus diikuti. Dalam bab ini, kita akan melihat secara lebih rinci tentang pertimbangan diterima atau tidaknya bukti serta hal-hal lain yang terkait.

Selain itu, jika informasi dan bukti yang telah dikumpulkan penyidik akan digunakan oleh pengacara dan aparat penegak hukum untuk melakukan tindakan terhadap sebuah kasus, mereka harus disusun dan terorganisir dengan benar. Hal ini dilakukan dengan menggunakan laporan investigasi, yang akan dibahas dalam bab ini.

12.2. APA YANG DIMAKSUD DENGAN BUKTI?

Dokumen dan benda fisik yang membantu menentukan fakta-fakta kasus dikenal sebagai bukti (**evidence**).

CONTOH

Dalam kasus pembunuhan tertentu, bukti adalah senjata yang digunakan dalam pembunuhan, laporan petugas forensik, benda yang ditemukan di TKP yang menunjukkan adanya kehadiran pihak tertentu, dan pernyataan dari berbagai saksi.

Dalam kasus fraud asuransi, bukti sebagian besar terdiri dari dokumen, seperti berikut:

- dokumen dari file klaim atau klaim yang sedang ditangani (seperti formulir klaim, tagihan, check yang dibatalkan, dan amplop yang dibubuhi cap pos);
- dokumen dari file dan catatan lain (seperti catatan medis, catatan lisensi, dan catatan pengadilan pidana dan perdata),
- Dokumen yang dihasilkan dari wawancara (seperti *assigned statements*, *affidavits* dan transkrip),,
- (kadang-kadang) bukti yang diperoleh dari surveilans atau operasi penyamaran (seperti kaset video, kaset audio, dan *affidavits* dari mereka yang melakukan pengamatan).

12.3. MEMELIHARA INTEGRITAS BUKTI

Secara umum, sebuah barang bukti atau dokumen hanya diterima sebagai bukti dalam proses hukum jika relevan (**relevant**) dan otentik (**authentic**).

- Agar bukti dianggap relevan, ia harus memiliki hubungan yang signifikan terhadap kasus ini.
- Agar bukti dianggap otentik, harus ditunjukkan dengan tepat apa tujuannya.

CONTOH

Untuk menggambarkan konsep otentiknya suatu bukti, kita gunakan contoh dari kasus pembunuhan: Seorang jaksa menyajikan pistol di pengadilan, yang menyatakan bahwa itu ditemukan di TKP. Pistol diidentifikasi oleh saksi di pengadilan sebagai milik terdakwa. Jelas, penting bagi pengadilan untuk memastikan bahwa senjata yang disajikan benar-benar yang ditemukan di TKP, bukan diambil dari rumah terdakwa.

Penanganan sepotong bukti sehingga keasliannya (*authenticity*) dapat dibuktikan dikenal sebagai menjaga integritas bukti (*integrity of evidence*). Hal ini dilakukan dengan mengikuti prosedur tertentu yaitu memastikan bahwa:

- bukti tersebut diberi label dan didokumentasikan (sehingga identitasnya pasti);
- bukti disimpan dengan aman (sehingga tidak ada yang bisa mengutak-atik atau menggantinya), dan
- ketika bukti berpindah tempat atau berpindah tangan, perpindahan tersebut dilacak secara akurat dan didokumentasikan. Hal ini dimaksudkan agar identitasnya dipertahankan dan tidak ada orang yang tidak berhak bisa memilikinya

Urutan orang-orang yang pernah memiliki sebuah bukti dikenal sebagai kronologi kepemilikan (*chain of custody*). Memelihara keamanan *chain of custody* berarti memastikan perpindahan bukti tercatat dan bukti tersebut itu tidak jatuh ke tangan orang yang tidak berwenang.

GAMBAR 12.1

Label bukti

Evidence Tag	
ARTICLE	EXHIBIT
DATE FOUND, LOCATED OR DEVELOPED	
LOCATION ARTICLE FOUND	
INVESTIGATION OFFICER	CASE NUMBER

Sumber: America's Health Insurance Plans

A. PROSEDUR BUKTI

Prosedur yang tepat untuk mengumpulkan dan menyimpan bukti sekaligus memelihara keamanan *chain of custody* terdiri dari langkah-langkah berikut:

- Penyidik mengumpulkan bukti, memberikan tanda terima kepada pihak yang memberikan.
- Penyidik menandai bukti dengan paraf, waktu dan tanggal dia menerimanya dan tidak membuat tanda lain pada bukti.
- Penyidik menempatkan bukti dalam wadah yang tepat dan disegel. Dia menandai wadah dengan paraf, waktu dan tanggal.
- Penyidik mengisi label bukti (*evidence tag* Gambar 12.1) dan menempelkan label tersebut ke wadah. Informasi pada *evidence tag* mencakup uraian dari barang bukti (secara singkat), nomor barang bukti, tanggal dan lokasi barang bukti diperoleh, nama penyidik, dan nomor kasus.
- Dibuat sebuah lembar inventarisasi bukti (*evidence inventory sheet*, Gambar 12.2). *Evidence inventory sheet* digunakan untuk merekam semua perpindahan bukti, ini menjadi pendokumentasian *chain of custody*.
- Bukti ditempatkan dalam lingkungan yang aman, terkunci dengan akses yang terkendali. Bukti disimpan sedemikian rupa sehingga tidak rusak dan diawetkan seperti saat diperoleh. (kontrol suhu dan kelembaban mungkin diperlukan.)

Sayangnya, banyak perusahaan asuransi, dalam upaya untuk mengurangi volume arsip kertas, mendorong karyawan untuk membuang amplop surat masuk.

C. FAKSIMILI

Jika pelaku dituntut dengan menggunakan undang-undang fraud telegram, bukti harus menunjukkan bahwa fraud dilakukan melalui transaksi telegram. Masalahnya di sini muncul ketika dokumen faksimili yang dikirim tersebut difotokopi dan aslinya terbuang. Tanpa faksimili asli, sulit untuk membuktikan bahwa ada transmisi telegram.

Fraud mail dan fraud telegram dibahas lebih rinci dalam Bab 16.

D. KONTAK PELANGGAN

Kegagalan perusahaan asuransi dalam memelihara catatan yang memadai tentang kontak dengan pelanggan, menimbulkan keprihatinan. Bila kontak pelanggan tidak didokumentasikan, tidak ada bukti yang bisa menyanggah cerita versi pelanggan. Perusahaan asuransi harus mendidik karyawan tentang pentingnya menjaga catatan kontak pelanggan.

E. KLAIM OTOMATIS

Seperti dibahas dalam Bab sebelumnya, pengajuan, pengolahan, dan pembayaran klaim semakin otomatis. Perkembangan ini menciptakan masalah baru yang terkait dengan bukti.

CONTOH

- Sebuah klinik dituduh mengirimkan klaim palsu secara elektronik. Klinik ini bersikukuh bahwa sistem klaim otomatis perusahaan asuransi tidak berfungsi, atau ada orang lain yang menyampaikan klaim tersebut, padahal sebenarnya ia memang mengajukan klaim palsu. Dengan sistem otomatis, sulit bagi perusahaan asuransi untuk membuktikan bahwa terdakwa benar-benar mengajukan klaim palsu.
- Dalam kasus lain yang mirip, terdakwa menyatakan bahwa ia benar-benar mengajukan klaim yang sah, tetapi sistem komputer perusahaan asuransi yang tidak akurat mencatat klaim.

Untuk menjawab tantangan kasus yang demikian, perusahaan asuransi harus merancang sistem otomatis yang bisa menangkap dan menyimpan data yang dapat digunakan untuk membuktikan adanya niat fraud oleh pelaku.

12.5. LAPORAN INVESTIGASI

Ketika penyelidikan telah selesai, penyidik menyusun sebuah laporan investigasi. Laporan ini mengkompilasi informasi dan bukti yang dikumpulkan dan merangkum penyelidikan. Laporan ini harus objektif dan didasarkan pada fakta.

Laporan investigasi diserahkan kepada pembuat keputusan di perusahaan asuransi, biasanya seorang pengacara. Pengacara ini mereview laporan dan memutuskan tindakan apa (jika ada) yang akan diambil perusahaan asuransi atas kasus ini. Jika diputuskan untuk memburu kasus, pengacara, lembaga penegak hukum, dan lain-lain akan menggunakan laporan investigasi sebagai dasar untuk tindakan mereka. Karena itu sebuah laporan investigasi harus ditulis untuk memenuhi semua kebutuhan orang-orang tersebut.

CONTOH

Sebuah SIU menyelidiki seorang dokter atas fraud penagihan. Perusahaan asuransi akhirnya merujuk kasus tersebut kepada sebuah badan pemerintah, yang menuntut dokter atas tuduhan kriminal. Perusahaan asuransi juga membawa gugatan perdata terhadap pelaku, dan merujuk kasus ini ke lembaga negara bagian yang berwenang untuk melakukan tindakan terhadap ijin dokter. Dalam semua peradilan dan dengar pendapat, digunakan laporan investigasi yang sama.

Sebuah laporan investigasi biasanya mencakup bagian berikut:

- latar belakang,
- sinopsis,
- dugaan pelanggaran hukum
- daftar saksi,
- daftar bukti, dan
- lampiran.

Keenam bagian ini umumnya cukup bagi pejabat pemerintah untuk mengajukan tuntutan pidana. Mereka juga memenuhi kebutuhan staf bagian hukum perusahaan asuransi jika akan mengajukan gugatan perdata.

Bagian latar belakang memberikan ringkasan singkat dari tuduhan dan bagaimana kasus ini menjadi perhatian SIU.

Sinopsis (**synopsis**) adalah ringkasan singkat dari penyelidikan, biasanya dalam urutan kronologis. Ia harus mencakup referensi untuk bukti yang dikumpulkan dan merupakan lampiran dari laporan.

Daftar dugaan pelanggaran hukum memberikan informasi atau petunjuk pada badan investigasi atau jaksa yang menerima laporan mengenai hukum pidana atau perdata atau peraturan pemerintah yang mungkin telah dilanggar. Bagian ini tidak harus menyimpulkan bahwa hukum yang tercantum benar-benar dilanggar.

Daftar saksi berisi nama, alamat, dan nomor telepon masing-masing saksi dan pernyataan singkat dari informasi yang diberikannya. Jika penyelidikan melibatkan sedikit saksi, bagian ini bisa ditinggalkan dan informasi saksi dapat dimasukkan dalam sinopsis.

Daftar bukti adalah daftar numerik dari potongan-potongan bukti yang dikumpulkan dalam penyelidikan, lokasi penyimpanan dan pihak yang berwenang menyimpannya.

Pada akhir laporan tersebut terdapat lampiran. Lampiran meliputi salinan dokumen, laporan wawancara, dll. Bagian ini harus dimulai dengan daftar numerik dari lampiran.

Untuk diingat, walaupun laporan investigasi selesai manakala penyelidikan selesai, bagian demi bagian dapat ditulis saat penyelidikan sedang berlangsung. Sebagai contoh, penyidik lebih baik menulis laporan wawancara saat wawancara masih segar dalam ingatannya.

12.6. STANDAR BUKTI

Dalam melakukan investigasi, mengumpulkan bukti, dan menulis laporan investigasi, suatu pertimbangan penting adalah standar pembuktian (**standard of proof**) yang harus dipenuhi. Artinya, dalam semua kegiatan ini harus diingat berapa banyak bukti yang diperlukan untuk membuktikan kasus. Hal ini tergantung pada tindakan yang akan diambil terhadap pelaku.

- Dalam kasus pidana, putusan hukum membutuhkan bukti yang cukup untuk menunjukkan "bersalah tanpa keraguan (*guilt beyond a reasonable doubt*)."

- Sebuah keputusan dalam kasus perdata atau tindakan regulasi (seperti pencabutan izin dokter oleh badan/dewan yang berwenang) biasanya membutuhkan standar yang lebih rendah, seperti "bukti yang jelas dan meyakinkan" (*clear and convincing evidence*) atau "bukti yang lebih kuat (a *preponderance of evidence*)", artinya "lebih mungkin daripada tidak".

Masing-masing perusahaan asuransi dapat menetapkan kebijakan standar sendiri, tetapi praktik umum yang baik adalah bila SIUs mencoba memenuhi standar yang tinggi dari bukti yang dibutuhkan untuk penuntutan pidana. Jika ini dilakukan, bukti dan laporan investigasi dapat digunakan dalam tindakan apapun yang akhirnya diputuskan apakah pidana, perdata, atau regulasi.

12.7. RINGKASAN

Bukti terdiri dari benda dan dokumen yang membantu untuk menetapkan fakta-fakta kasus. Agar benda dan dokumen tersebut dapat digunakan dalam tindakan hukum terhadap pelaku fraud, mereka harus diterima sebagai bukti. Hal ini mensyaratkan bahwa mereka harus ditangani sesuai dengan prosedur tertentu, sehingga keotentikannya dapat dibuktikan. Mereka harus diberi label dengan benar dan didokumentasikan, disimpan dengan aman, dan *chain of custody* harus diamankan.

Pada akhir penyelidikan, ditulis laporan investigasi. Laporan ini mengumpulkan informasi dan bukti-bukti kasus dan merangkum penyelidikan. Laporan ini digunakan oleh mereka yang akan mengambil tindakan terhadap pelaku.

BAB 13. DETEKSI DAN INVESTIGASI FRAUD PADA MANAGED CARE

13.1. PENDAHULUAN

Sebagaimana dijelaskan dalam Bab Lima, perkembangan Managed care tidak mengakhiri fraud kesehatan. Sebaliknya, ia memunculkan bentuk-bentuk fraud baru.

Pendekatan umum untuk memerangi jenis fraud baru secara luas sama dengan yang digunakan untuk melawan fraud asuransi kesehatan tradisional. *Red flag* digunakan untuk mengidentifikasi kasus-kasus di mana fraud mungkin terjadi, dan kasus-kasus tersebut dirujuk ke SIU. Penyidik mencoba menentukan apakah terjadi kecurangan dan mempersiapkan sebuah kasus terhadap pelaku dengan mereview file dan catatan, melakukan wawancara, dan kadang-kadang terlibat dalam kegiatan surveilans.

Namun, dalam beberapa hal khusus, mendeteksi dan menyelidiki fraud managed care berbeda. Dalam bab ini kita akan melihat perbedaan tersebut.

Harus diingat bahwa dalam beberapa situasi organisasi managed care (MCOs) mengganti provider atas dasar *fee-for-service* tradisional. Dalam hal yang demikian, skema fraud yang terjadi adalah sama seperti dalam asuransi kesehatan tradisional, dan deteksi dan investigasinya ditangani seperti yang dijelaskan dalam bab-bab sebelumnya.

13.2. PENGATURAN KONTRAK

Dalam pengaturan managed care, hak dan kewajiban kontraktual para pihak yang terlibat dalam program managed care, seperti para peserta dan berbagai provider yang melayani anggota seringkali cukup kompleks, antara lain:

- Sebuah MCO dapat memberikan kompensasi kepada provider tertentu dengan biaya kapitasi dan kepada provider lainnya atas dasar *fee-for-service*, dan dalam beberapa kasus provider mungkin merupakan karyawan MCO yang menerima gaji.
- Untuk beberapa layanan, provider hanya menerima kompensasi biaya kapitasi, sedangkan untuk pelayanan lain provider yang sama menerima pembayaran selain kapitasi.
- Sebuah kontrak provider dengan MCO ada yang membolehkan dan ada yang melarang provider untuk melayani pasien yang bukan anggota MCO.
- Provider dapat menerima kompensasi tambahan (seperti bonus) dari MCO didasarkan pada efektifitas biaya operasional mereka, atau bila keseluruhan organisasi berfungsi secara hemat biaya; demikian pula, sebagian dari kompensasi provider ditahan oleh MCO dan hanya dibayar jika provider atau organisasi berhasil melakukan penghematan biaya.
- Sebuah provider mungkin diizinkan merujuk pasien ke provider lain tanpa memperoleh otorisasi dari MCO, mungkin juga tidak diizinkan.
- Peserta MCO mungkin boleh berkunjung ke spesialis tanpa rujukan dari dokter perawatan primer, mungkin juga tidak boleh.
- Peserta mungkin bisa menerima perawatan dari provider yang bukan anggota jaringan MCO, mungkin juga tidak bisa; dan jika mereka bisa, sejauh mana MCO membayar untuk perawatan tersebut bisa bervariasi.

Ada berbagai jenis organisasi managed care, masing-masing dengan pengaturan kontrak yang berbeda. MCOs mencakup beberapa jenis organisasi pemeliharaan kesehatan (HMO), seperti HMO model staf (*staff-model HMOs*) HMO model grup (*group-model HMOs*) dan HMO model jaringan (*network-model HMOs*), serta organisasi provider pilihan (*preferred provider organizations/PPO*), organisasi provider eksklusif (*exclusive provider*

organizations/EPOS), dan titik pelayanan (*point of service/POS*). Selain itu, ada beberapa variasi dari tiap jenis dan jenis campuran. Hasilnya adalah situasi yang kompleks di mana hampir tidak ada dua MCOs memiliki pengaturan kontrak yang sama persis.

Karena itu, langkah pertama dari mereka yang bertugas untuk memerangi fraud dalam sebuah managed care adalah memiliki pengetahuan tentang perjanjian kontrak dimana MCO beroperasi. Personil anti-fraud harus memiliki pemahaman yang jelas tentang hak dan kewajiban masing-masing pihak serta insentif keuangan mereka. Hanya dengan pengetahuan ini mereka dapat menentukan kemungkinan skema fraud apa yang akan dihadapi, oleh siapa dan apa petunjuk yang bisa berfungsi sebagai *red flag* untuk menyadarkan petugas asuransi dari kemungkinan bahwa skema tersebut terjadi.

CONTOH

- Sebuah HMO X kontrak dengan dokter perawatan primer untuk memberikan perawatan rutin kepada anggotanya dengan imbalan biaya kapitasi. Dokter yang dikontrak tersebut diperbolehkan untuk juga melayani pasien yang bukan anggota HMO X. Dalam pengaturan ini, para dokter tidak menerima kompensasi tambahan jika mereka memberikan pelayanan yang tidak perlu kepada anggota. Namun, mereka dapat memperoleh keuntungan finansial dengan mengurangi perawatan kepada anggota, dimana mereka menerima biaya kapitasi yang sama tetapi memiliki biaya operasional yang lebih sedikit dan lebih banyak waktu untuk melayani pasien yang bukan anggota HMO tersebut. Personil anti-fraud di HMO X memahami implikasi dari pengaturan ini, dan mereka harus mewaspadai dokter yang tidak menyediakan pelayanan yang dibutuhkan atau merujuk pasien ke provider lain agar tidak perlu melayanani sendiri. Mereka telah mengidentifikasi *redflag* yang menunjukkan terjadinya tindakan tersebut.
- Para dokter yang bekerja di klinik HMO ABC adalah karyawan dan mereka mendapatkan gaji. Orang mungkin menduga bahwa mereka tidak punya kepentingan untuk tidak menyediakan pelayanan yang dibutuhkan. Namun, personil anti-fraud harus sadar bahwa dokter juga menerima bonus berdasarkan efektivitas biaya pengoperasian klinik. Mereka mencari indikasi apakah dokter menghemat biaya secara tidak benar, misalnya dengan memberikan perawatan yang diberikan oleh staf yang tidak memenuhi syarat dan dibayar rendah.

Penyidik fraud tidak hanya harus memiliki pemahaman umum tentang perjanjian kontrak sebuah MCO dan bagaimana itu mempengaruhi terjadinya kecurangan dalam MCO. Mereka juga harus memeriksa bahasa kontrak secara lebih rinci, bila kasus tertentu dihadapkan pada mereka. Hanya dengan memahami sepenuhnya ketentuan kontrak dan insentif keuangan masing-masing pihak telah jelas, penyidik akan tahu bagaimana melanjutkan penyelidikan.

13.3. RED FLAGS PADA MANAGED CARE

Seperti dalam asuransi kesehatan tradisional, dalam managed care *red flags* digunakan untuk mengidentifikasi kasus-kasus dimana mungkin terjadi fraud. Namun, karena dalam managed care provider dan konsumen biasanya tidak mengajukan klaim, *red flags* ini tidak terkait dengan klaim, seperti yang biasanya terjadi di asuransi. Sebaliknya, *red flag* pada managed care berhubungan dengan informasi dan data yang dikumpulkan oleh MCO seperti pertemuan provider-pasien, hasil pasien, keluhan pasien, dan rujukan pasien oleh satu provider ke provider lainnya.

A. RED FLAGS YANG MENUNJUKKAN UNDERUTILISASI

Seperti yang dibahas di Bab Lima, bentuk paling umum dari fraud dalam lingkungan managed care adalah *underutilization* (underutilisasi). *Underutilization* terjadi ketika provider menghindari pemberian pelayanan yang dibutuhkan oleh anggota padahal provider tersebut memiliki kewajiban kontraktual untuk melayani. Seperti

dijelaskan di atas, provider melakukan ini karena ia menerima biaya kapitasi yang sama, apakah ia menyediakan layanan sedikit atau banyak, dan menyediakan pelayanan yang lebih sedikit berarti mengurangi biaya operasional dan memberikan waktu untuk melayani anggota non-MCO.

Beberapa red flags yang mengindikasikan *underutilization*:

- Tingkat kunjungan pasien yang rendah. Ketika jumlah kunjungan anggota MCO terlihat jauh lebih rendah dari rata-rata jaringan provider, ia mungkin sengaja mencoba mengurangi pelayanan kepada anggota.
- Hasil pasien yang buruk. Menganalisis hasil pasien (***patient outcomes***) berarti membandingkan hasil dari perawatan yang diberikan oleh provider pelayanan yang berbeda. (Misalnya, pasien hipertensi yang dirawat di Klinik A secara konsisten menunjukkan kemajuan lebih baik dibanding pasien dengan kondisi yang sama yang dirawat di Klinik B.) Bila hasil pasien dari provider secara signifikan lebih buruk daripada norma yang ada, provider mungkin tidak melakukan perawatan sebagaimana yang diperlukan.
- Keluhan dari para peserta. Pengaduan peserta mengenai kelalaian atau pengobatan yang tidak memadai oleh provider harus ditanggapi dengan serius.
- Pembebasan pembayaran *cost sharing* untuk non anggota. Sebuah provider yang secara rutin membebaskan *copayments* atau *deductible* untuk pasien non-MCO jelas berusaha untuk menarik lebih banyak pasien. Ini bisa juga menjadi indikasi kurangnya waktu yang disediakan bagi anggota MCO sehingga ia dapat lebih melayani non anggota.

B. RED FLAGS LAINNYA

Red Flags lain yang menunjukkan fraud managed care adalah:

- Banyaknya kasus rujukan. Ketika provider merujuk pasien ke spesialis lebih besar dari jumlah rata-rata, bisa jadi dia menghindari menyediakan pelayanan sendiri.
- Banyaknya rujukan ke spesialis non-jaringan. Provider ini mungkin menerima suap. (Spesialis yang tidak berafiliasi dengan MCO harus dibayar oleh MCO atas dasar *fee-for-service*. Ini memberi mereka insentif untuk menyediakan pelayanan yang lebih banyak, dan karena itu mereka dapat membayar suap untuk mendapat rujukan pasien lebih banyak). Provider juga dapat mengirimkan diagnosa palsu untuk memperoleh otorisasi dari MCO untuk membuat rujukan ke luar jaringan.

CONTOH

MCO XYZ mengalami peningkatan mendadak dalam jumlah rujukan ke spesialis non-jaringan. Sebuah investigasi menemukan bahwa beberapa dokter memalsukan data klinis agar mendapat otorisasi untuk merujuk kasus yang sebenarnya tidak perlu. Sebagai imbalannya, mereka menerima suap dari spesialis yang menerima kasus palsu.

13.4. BERKAS KREDENSIALING PROVIDER

Penyidik yang bekerja dalam managed care memiliki sumber daya yang tidak dimiliki asuransi tradisional yaitu berkas kredensialing (*credentialing*) yang dimiliki MCOs agar bisa berafiliasi sebagai provider pelayanan kesehatan. Berkas kredensialing berisi informasi sebagai berikut:

- nama lengkap provider dan semua titelnya, gelar profesional dan sebutan (gelar lengkap, dll), alamat kantor, dan NPWP;
- riwayat pendidikan, termasuk S1, spesialis,, magang, residensi, pelatihan khusus, dan beasiswa;
- kualifikasi profesional, termasuk informasi lisensi, sertifikasi dewan, praktek spesialisasi, keanggotaan profesional, hak merawat pasien di rumah sakit atau fasilitas lainnya;
- riwayat pekerjaan di bidang pelayanan kesehatan;

- partisipasi dalam jaringan managed care lain dan program pemerintah (misalnya di Medicare dan Medicaid)
- asuransi liability profesional
- tindakan disipliner yang diambil terhadap dirinya oleh badan yang menangani lisensi, sejarah litigasi atau malpraktek, dan setiap putusan pidana (termasuk kejahatan dan pelanggaran hukum ringan).

Beberapa dari informasi ini diindungi undang –undang kerahasiaan dan hukum privasi. Seorang penyidik MCO harus berkonsultasi dengan pengacara sebelum mengakses file kredensialing provider untuk menentukan informasi apa yang dapat digunakan.

13.5. RINGKASAN

Dalam managed care pendekatan komprehensif untuk memerangi fraud adalah sama seperti pada asuransi kesehatan tradisional. Menggunakan red flags untuk mendeteksi fraud, merujuk kasus yang dicurigai ke SIU, dan melakukan penyelidikan.

Namun, ada beberapa perbedaan penting:

- Untuk memahami kemungkinan skema fraud apa yang akan dihadapi, dilakukan oleh siapa dalam suatu MCO, personil anti-fraud harus memahami pengaturan kontrak di mana berbagai pihak beroperasi dan insentif keuangan apa yang mereka miliki.
- Dalam managed care, *red flags* biasanya tidak terkait dengan klaim, seperti dalam asuransi, tetapi terkait informasi dan data yang dikumpulkan oleh MCO.
- Dalam managed care, *red flag* yang paling umum adalah *underutilization* atau rujukan yang tidak tepat.
- File *credentialing* provider merupakan sumber informasi tambahan yang tersedia untuk penyidik managed care.

14. DETEKSI DAN INVESTIGASI FRAUD PADA DISABILITAS PENDAPATAN

14.1. PENDAHULUAN

Tanpa program yang efektif untuk memerangi fraud asuransi disabilitas pendapatan atau asuransi disabilitas, asuransi yang menawarkan pertanggungan ini siap-siap untuk menderita kerugian yang besar. Seperti jenis asuransi kesehatan lainnya, program mengatasi fraud disabilitas dilakukan melalui deteksi kemungkinan adanya fraud dengan mencari *red flag* dan penyidikan kasus melalui tinjauan file dan catatan, wawancara, dan pengawasan. Namun, beberapa perbedaan mendasar dalam pertanggungan disabilitas pendapatan menimbulkan perbedaan seperti dijelaskan dalam Bab Enam.

14.2. RED FLAG

Berikut ini adalah beberapa red flag yang digunakan untuk mendeteksi fraud disabilitas:

- Terjadinya klaim hampir bersamaan dengan terjadinya PHK (pemutusan hubungan kerja) atau ditutupnya suatu perusahaan bisnis. (seorang tertanggung yang akan menghadapi pengangguran kadang-kadang mencoba untuk memperoleh sumber penghasilan dari tunjangan disabilitas secara tidak sah.)
- *Claimant* mendekati usia pensiun. (Beberapa pekerja mencoba untuk pensiun dini dengan bertingkah laku seperti orang cacat beberapa tahun sebelum memasuki usia pensiun dan berhak atas tunjangan Jaminan Sosial.)
- Setiap kali personil asuransi menelepon kerumah *claimant*, selalu dijawab dengan "ia sedang tidur" atau "tidak bisa diganggu." (Ini adalah tanda bahwa *claimant* sering keluar rumah dan menjalani kehidupan yang aktif.)
- *Claimant* memiliki riwayat klaim asuransi disabilitas atau berpura-pura sakit (**malingering**) atau berpura-pura tetap cacat padahal telah mampu bekerja.
- Pendapatan *claimant* tidak cocok dengan jabatannya. (Dia mungkin memalsukan penghasilannya untuk mendapatkan tunjangan bulanan yang lebih tinggi dari gaji sebenarnya.)
- Pemohon atau pengklaim melakukan bisnis usaha kecil seperti pemilik toko, bisnis kemitraan, atau pemilik perusahaan. (Seperti tercantum dalam bab enam, pemilik usaha relatif mudah memanipulasi dan memalsukan laba bersih dari bisnis serta pendapatan pribadi mereka.)

14.3. WAWANCARA

Penyelidikan kasus fraud disabilitas sering kali terdiri dari wawancara dengan *claimant* dan orang lain yang mengetahui tentang situasinya.

Sebuah wawancara dengan *claimant* berfokus untuk memperoleh cerita menurut "versi" dia dan mengidentifikasi apakah ada inkonsistensi dalam cerita itu. Penyidik biasanya menanyakan kepada *claimant* tentang hal-hal berikut:

- sifat penyakit atau cedera yang dideritanya,
- pemahamannya tentang diagnosis dan prognosis dari penyakit atau cedera tersebut,
- gejala yang sedang ia alami,
- kegiatan sehari-harinya (hari-hari sebelum wawancara),
- tugas/kerja yang tidak bisa dia lakukan karena cedera atau sakit,

- rencananya untuk masa depan (seperti kembali bekerja, mencari rehabilitasi fisik, atau mendapatkan pendidikan atau pelatihan untuk pekerjaan baru).

Dalam beberapa kasus, wawancara ini tidak menambah fakta apapun.

CONTOH

Dalam satu kasus, gejala dan kegiatan sehari-hari yang dijelaskan oleh *claimant* tidak konsisten, dan juga tidak konsisten dengan diagnosa yang dia laporkan.

Terkadang *claimant* membuat pernyataan yang tidak cocok antara satu wawancara dengan wawancara lainnya. Penyelidik harus mendapatkan pernyataan yang ditandatangani dari *claimant* pada akhir setiap wawancara. Laporan tersebut dapat digunakan untuk mendokumentasikan inkonsistensi tersebut dan mempertanyakan kredibilitas *claimant*.

14.4. SURVEILLANCE

Secara umum, surveillance jarang dilakukan dalam investigasi fraud kesehatan. Namun, sering digunakan dalam kasus disabilitas, karena sering kali itu adalah cara terbaik untuk memastikan apakah *claimant* sebenarnya mengalami disabilitas atau hanya berpura-pura cacat atau berpura-pura sakit. *Surveillance* sering membuktikan kecurigaan yang terlihat dalam *red flag* atau dalam sebuah wawancara yang mengungkapkan kegiatan *claimant* yang tidak sesuai dengan cacat yang diakuinya. Berikut adalah kejadian yang sebenarnya di Amerika:

CONTOH

Seorang dokter memiliki polis asuransi disabilitas dengan manfaat bulanan sebesar \$5,000,- Tak lama kemudian, dokter mengklaim telah lumpuh dalam sebuah kecelakaan mobil dan berpura-pura membutuhkan kursi roda. Penyelidik asuransi yang curiga membuat rekaman video si dokter, menyamar dengan memakai rambut palsu dan kacamata hitam, ia berjalan ke sebuah restoran. Hasil video *surveillance* membuat perusahaan asuransi dan Kantor Social Security (yang juga ditipu untuk pembayaran santunan cacat) memperoleh kembali uang mereka dalam jumlah yang besar. Hal ini juga mengakibatkan pencabutan izin praktek dokter tersebut.

Sebuah video surveillance juga dapat membantu perusahaan asuransi dalam berurusan dengan dokter yang menangani *claimant*, yang mungkin mendukung klaim pasiennya karena dia percaya pada deskripsi gejala penyakit pasien. Video ini menunjukkan pada dokter apa yang dilakukan *claimant* sehari-hari, berbeda dengan apa yang ia sampaikan pada dokter.

Polis asuransi disabilitas pendapatan biasanya mendefinisikan cacat atau disabilitas sebagai ketidakmampuan untuk melakukan suatu pekerjaan dengan kontinuitas yang wajar. Oleh karena itu, dianjurkan bahwa pengamatan dilakukan selama periode waktu tertentu.

CONTOH

Seorang *claimant* direkam suatu waktu sedang bermain bisbol, ia menyangkal bahwa ia secara fisik mampu bekerja. Dia mengatakan bahwa sifat penyakitnya adalah sedemikian rupa sehingga ia kadang-kadang merasa cukup baik untuk terlibat dalam olahraga atau bekerja, tapi disebagian besar waktu ia tidak mampu.

14.5. RINGKASAN

Program untuk memerangi fraud asuransi disabilitas pendapatan, seperti fraud kesehatan lainnya didasarkan pada deteksi dengan menggunakan *red flag* dan melakukan penyelidikan melalui tinjauan file dan catatan, wawancara, dan pengamatan. Wawancara dalam penyelidikan DI berfokus pada mengungkapkan inkonsistensi pernyataan *claimant* tentang kondisi dan kemampuannya. *Surveillance* ini sangat berguna dalam fraud disabilitas, karena seringkali merupakan cara terbaik atau satu-satunya cara untuk membuktikan *claimant* terlibat dalam kegiatan yang tidak sesuai dengan disabilitas yang ia klaim.

BAB 15. KOLABORASI UPAYA ANTI-FRAUD

15.1 PENDAHULUAN

Personil perusahaan asuransi tidak dapat bekerja sendiri untuk memerangi fraud. Agar upaya mereka efektif, mereka harus berkolaborasi dengan orang lain di luar perusahaan.

- Perusahaan asuransi harus dapat mendeteksi adanya fraud sejak dini, menyadarkan provider akan fraud dan biaya yang ditimbulkannya, dan mereka harus meminta bantuan semua pihak dalam memerangi fraud.
- Perusahaan asuransi harus bekerja sama dengan penegak hukum, regulator, dan lembaga pemerintah lainnya yang terlibat dalam kegiatan anti-fraud.
- Perusahaan asuransi harus bertukar informasi dengan asuransi lain untuk mengungkap skema skala besar yang tidak dapat dideteksi sendiri oleh satu perusahaan saja.
- Perusahaan asuransi terkadang menggunakan pelayanan pihak ketiga untuk memperoleh sumber daya tambahan atau keahlian dan pengetahuan khusus.

15.2. KONSUMEN DAN PROVIDER

Kebanyakan fraud kesehatan terdeteksi oleh petugas klaim atau sistem otomatis. Sayangnya, ini saja tidak cukup untuk mendeteksi kecurangan tertentu yang sering terjadi, seperti ketika provider merekayasa klaim pelayanan palsu yang kelihatannya seperti wajar, atau ketika seseorang yang tidak jujur mengajukan klaim dari provider palsu dan tagihan fiktif. Deteksi fraud semacam ini sebagian bergantung pada informasi dari konsumen, provider, dan karyawan provider yang menyaksikannya. Oleh karena itu, asuransi harus mendapatkan kerjasama dari orang-orang ini.

A. MEMPROMOSIKAN KESADARAN AKAN FRAUD

Langkah pertama dalam memperoleh kerjasama konsumen dan provider adalah meningkatkan kesadaran atas fraud kesehatan. Kesadaran atas fraud berarti:

- memahami bahwa fraud bukanlah kejahatan tanpa korban, bahwa semua orang membayar harga yang tinggi untuk itu;
- mampu untuk mengenali fraud, dan
- mengetahui tentang bagaimana melaporkan fraud.

Kesadaran fraud dapat disebar melalui artikel di majalah dan buletin kesehatan, pengumuman di televisi dan radio, dan situs web yang ditujukan pada konsumen dan provider. Fokus nya harus menunjukkan hubungan antara fraud dan biaya perawatan kesehatan, yang pada gilirannya mempengaruhi harga premi asuransi kesehatan dan pada akhirnya akan membebani pajak.

B. PERINGATAN TENTANG FRAUD

Selain membuat masyarakat umum sadar akan fraud dan biaya yang ditimbulkannya, asuransi juga harus memastikan bahwa siapa pun yang akan terlibat dalam fraud memahami bahwa fraud adalah ilegal dan akan diburu oleh asuransi dan dituntut secara hukum. Umumnya asuransi memperingatkan hal ini pada barang cetakan yang mereka sebar, seperti formulir aplikasi, formulir klaim, check pembayaran, dan laporan penjelasan

manfaat (lihat di bawah). Di banyak negara bagian, perusahaan asuransi diwajibkan untuk menyertakan peringatan khusus tentang fraud pada formulir klaim.

CONTOH

Pemerintah Negara bagian bagian Minnesota mengharuskan perusahaan asuransi menempatkan peringatan berikut pada semua formulir klaim asuransi: "Seseorang yang mengajukan aplikasi atau file klaim dengan maksud untuk menipu atau membantu melakukan fraud terhadap asuransi akan dituntut secara hukum sebagai pelaku kejahatan."

C. PENJELASAN MANFAAT

Perusahaan asuransi juga harus memberi tahu masyarakat informasi yang mereka butuhkan untuk mengetahui kapan dan bagaimana kecurangan terjadi. Sarana penting untuk melakukan hal ini adalah penjelasan manfaat (***explanation of benefits - EOB***). Perusahaan asuransi mengirimkan EOB kepada tertanggung setelah membayar klaim mereka. EOB merupakan laporan kepada tertanggung atas pelayanan yang telah diberikan provider dan jumlah yang telah dibayar perusahaan asuransi untuk pelayanan tersebut. Tujuannya agar tertanggung memeriksa EOB dan memeriksa jika ada klaim pelayanan yang di rekayasa atau dilebih-lebihkan, seperti pada pemegang kartu kredit.

Namun, sementara pemegang kartu kredit memiliki kepentingan pribadi langsung dalam mengidentifikasi tagihan palsu (karena mereka yang akan membayar), tidak demikian dengan tertanggung. Tertanggung memiliki kepentingan jangka panjang dalam mengurangi fraud agar menekan biaya asuransi mereka, tapi dalam jangka pendek mereka merasa tidak mendapatkan apa-apa dengan mengungkap klaim palsu. Dengan demikian, EOB bisa menjadi efektif jika digunakan bersama dengan upaya lain untuk mendorong konsumen mau memerangi fraud, seperti kampanye publik, hotline, dan pemberian imbalan (program bounty).

D. HOTLINE

Harus mudah bagi konsumen, provider, dan karyawan provider untuk melaporkan fraud. Hotline fraud bebas pulsa dan alamat e-mail membuat mudah dan murah untuk memberitahu asuransi tentang adanya penyimpangan, kecurigaan atas tagihan dan klaim. Agar bisa berhasil, berikut pedoman yang harus diikuti:

- Nomor telepon bebas pulsa dan/atau alamat e-mail harus terlihat mencolok pada EOB dan tagihan premi.
- hotline dan alamat e-mail untuk melaporkan dugaan fraud harus dibuat khusus, tidak bercampur dengan pelayanan lain
- Prosedur perusahaan harus ditetapkan untuk memastikan bahwa informasi yang diterima direspon dan segera ditindaklanjuti.

Hotline dan alamat e-mail juga dapat diberikan kepada karyawan perusahaan asuransi, sehingga mereka mudah menghubungi SIU ketika mereka menemukan dugaan fraud.

E. PROGRAM IMBALAN HADIAH

Program imbalan hadiah (***bounty program***) memberikan insentif keuangan langsung untuk konsumen yang memeriksa EOB dengan cermat dan melaporkan setiap penyimpangan yang mereka temukan. Program-program tersebut biasanya membayar jumlah yang cukup besar pada orang-orang yang memberikan informasi yang mengarah pada penghematan.

15.3. KOLABORASI DENGAN INSTANSI PEMERINTAH DAN DENGAN PERUSAHAAN ASURANSI LAINNYA

Kolaborasi asuransi personal anti-fraud dengan instansi pemerintah dan perusahaan asuransi lain bisa dalam beberapa bentuk:

- Sebuah penyelidikan asuransi kadang-kadang mengungkapkan bukti bahwa suatu kejahatan telah dilakukan. Secara hukum, kasus tersebut harus dirujuk ke otoritas pemerintah yang tepat.
- Selain rujukan tersebut, penyidik asuransi bisa mendapatkan dan menyampaikan informasi berharga lainnya kepada instansi pemerintah. Mereka juga kadang-kadang membantu lembaga ini dalam berbagai kegiatan.
- Instansi pemerintah memberikan informasi kepada penyidik perusahaan asuransi dan kadang-kadang merujuk kasus kepada mereka yang mengarah pada penyelidikan asuransi dan gugatan perdata.

CONTOH

Sebuah instansi pemerintah melakukan penyelidikan kriminal atas fraud oleh apotek. Badan ini meneruskan informasi tersebut ke perusahaan asuransi yang menjadi target fraud, dan asuransi mengajukan gugatan perdata sehingga memperoleh kembali uang mereka.

- Penyidik dari asuransi yang berbeda berbagi informasi dan bekerja sama dalam investigasi bersama. Kerjasama ini dapat membantu mengatasi skema fraud skala besar dan canggih yang akan sulit atau tidak mungkin dilakukan oleh hanya satu perusahaan asuransi.

CONTOH

Sebuah grup penjahat terorganisir menipu beberapa perusahaan asuransi dengan cara yang sama, mereka selalu mencari “celah kelemahan “ Artinya, para penjahat mencari tahu klaim palsu apa yang bisa luput dari pemeriksaan manual dan sistem deteksi otomatis asuransi, dan kemudian mengajukan klaim dalam jumlah yang besar. Fraud tersebut bisa terungkap hanya jika penyidik dari beberapa perusahaan asuransi berbagi informasi dan menganalisa pola klaim yang diajukan pada semua perusahaan mereka.

- Perusahaan asuransi dan lembaga pemerintah, juga dapat bekerja sama dalam penyelidikan.
- Berbagai lembaga pemerintah yang terlibat dalam penyelidikan fraud kesehatan kadang-kadang membentuk gugus tugas multi-lembaga untuk mengatasi masalah tertentu yang menjadi perhatian semua.

Kolaborasi ini akan menjadi sangat berharga bagi semua pihak yang terlibat.

CONTOH

Seorang pemeriksa klaim di perusahaan asuransi XYZ curiga terhadap klaim dari sebuah laboratorium, karena tes yang dilakukan sepertinya tidak perlu menurut diagnosis yang dilaporkan. Dia merujuk kasus ini ke SIU. Hasil investigasi SIU menunjukkan bahwa laboratorium membayar suap ke klinik agar mengirimkan darah untuk di test, dan mereka melakukan pencucian uang suap melalui perusahaan “asal-asalan”. SIU merujuk kasus tersebut ke sebuah badan pemerintah, yang menyelidiki lebih lanjut dan akhirnya melakukan tindakan hukum. Badan pemerintah dan perusahaan asuransi XYZ meneruskan informasi tersebut pada asuransi lain yang menjadi target fraud. Disini terlihat apa yang mulanya hanya investigasi terhadap satu klaim yang melibatkan salah satu perusahaan asuransi, akhirnya mengarah ke kolaborasi banyak pihak dan mengungkapkan rantai fraud yang besar.

Dalam melakukan upaya kolaboratif, asuransi penyidik harus mengingat prinsip-prinsip berikut:

- Kolaborasi adalah jalan dua arah. Penyidik yang proaktif memberikan informasi kepada perusahaan asuransi lain dan instansi pemerintah, memperbesar kemungkinan dia akan menerima informasi dari mereka.

- Kolaborasi didasarkan pada hubungan. Penyidik SIU harus mengenal personil anti-fraud di perusahaan asuransi lain dan instansi pemerintah. Mereka harus membangun hubungan kerja yang kontinyu dengan mereka berdasarkan komunikasi dan kepercayaan. Jika mereka melakukan yang demikian, mereka akan menerima informasi dan partisipasi yang berguna dalam investigasi bersama.

Membangun hubungan dengan penyidik lain dan bekerja dengan mereka dikenal sebagai jaringan (**networking**).

Berbagi informasi antara perusahaan asuransi dan lembaga pemerintah dipengaruhi oleh berbagai undang-undang. Di Negara bagian- Negara bagian tertentu Undang-undang tertentu mengharuskan asuransi melaporkan bukti kejahatan kepada badan pemerintah yang tepat.

15.4. INSTANSI PEMERINTAH YANG TERLIBAT DALAM UPAYA ANTI-FRAUD

Ada sejumlah instansi pemerintah dimana perusahaan asuransi bisa memperoleh rujukan atau berkolaborasi.

Di Amerika Serikat, yang memiliki tanggung jawab utama untuk aturan-aturan hukum di bidang asuransi dan mengatur industri asuransi adalah pemerintah negara bagian bagian (*state governments*). Pemerintah federal hanya berperan sebagai pendukung, tetapi ada beberapa lembaga federal yang terlibat dalam memerangi fraud kesehatan.

A. PEMERINTAH NEGARA BAGIAN

Badan pelaksana dari pemerintah negara bagian bagian untuk urusan ini, biasanya departemen asuransi (**insurance department**), bertanggung jawab untuk menegakkan hukum asuransi dan mengatur industri asuransi. Kepala departemen asuransi biasanya disebut komisaris asuransi (**insurance commissioner**).

Bagian penting dari pengawasan departemen asuransi terhadap bisnis asuransi adalah memerangi fraud asuransi. Oleh karena itu, di beberapa Negara bagian departemen ini memiliki biro fraud asuransi (**insurance fraud bureau**) untuk menangani kegiatan-kegiatan anti-fraud. Negara bagian lain tidak memiliki biro melainkan menunjuk divisi atau tenaga khusus dalam departemen asuransi untuk mengisi peran ini. Ada juga beberapa negara bagian yang memiliki biro fraud asuransi, tetapi bukan bagian dari departemen asuransi.

Di beberapa negara bagian, hukum mengharuskan perusahaan asuransi untuk melaporkan kasus fraud yang dicurigai langsung ke biro fraud asuransi.

CONTOH

Negara bagian bagian Florida mensyaratkan bahwa "setiap perusahaan asuransi yang mengetahui atau meyakini suatu perbuatan atau tindakan lain yang merupakan praktek kecurangan asuransi, yang menurut undang-undang merupakan tindak pidana atau kejahatan, sedang atau telah terjadi, harus mengirimkan ke Divisi Fraud Asuransi, laporan atau informasi yang berkaitan dengan pengetahuan atau keyakinannya tersebut, dan informasi tambahan yang mungkin diperlukan departemen tersebut "

Pemerintah negara bagian bagian mengeluarkan lisensi untuk para profesional pelayanan kesehatan, agen asuransi dan broker. Kasus fraud yang melibatkan mereka dapat dirujuk ke badan lisensi negara bagian ini untuk tindakan disipliner. Hal ini bisa berupa pencabutan atau penangguhan lisensi dan, dalam beberapa kasus kena denda.

Pengacara wilayah dan lokal bisa terlibat dalam penuntutan kasus fraud.

B. DEPARTMENT OF JUSTICE

Department of Justice – DOJ (Departemen Kehakiman AS) bertanggung jawab untuk menuntut fraud perawatan kesehatan yang melibatkan pelanggaran hukum federal. Para korban fraud tersebut mungkin pemerintah sendiri, seperti pada fraud yang dilakukan terhadap Medicare dan Medicaid. Atau korban mungkin perusahaan asuransi atau konsumen.

DOJ memiliki dua divisi utama, Divisi Perdata dan Divisi Pidana, dan masing-masing memainkan peran tersendiri dalam menangani fraud kesehatan. Pengacara Amerika Serikat (***United States attorneys***), yang mewakili DOJ untuk masyarakat di seluruh negeri, mengadili kejahatan-kejahatan federal di daerah. Departemen ini juga memiliki penasihat khusus untuk masalah kesehatan. Akhirnya, Biro Investigasi Federal (FBI), sebuah cabang dari DOJ, juga terlibat dalam penyelidikan kasus fraud kesehatan.

DOJ memerangi berbagai kejahatan federal.

CONTOH

- DOJ menyelidiki dan menuntut provider pelayanan kesehatan yang menerima suap, ini adalah pelanggaran undang-undang federal anti suap.
- DOJ menyelidiki dan menuntut provider pelayanan yang membuat rujukan ke entitas di mana mereka memiliki kepentingan finansial, ini adalah pelanggaran undang-undang Stark. (Stark legislation: Undang-undang yang mengatur rujukan antar provider, dinamai sesuai inisiatornya yaitu Pete Stark, seorang senator dari kubu Demokrat di Amerika).

(Undang-undang ini dibahas dalam Bab 16.)

Baru-baru ini DOJ mulai mengejar skema fraud yang lebih kompleks, seperti pencucian uang.

C. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Departemen Kesehatan dan Pelayanan Kemanusiaan AS (*Department of Health and Human Services, HHS*) yang mengelola program Medicare dan Medicaid, memerangi fraud yang melibatkan program-program ini. Mungkin terdengar seolah-olah lingkup upaya anti-fraud HHS agak terbatas. Namun Medicare dan Medicaid kontrak dengan banyak perusahaan asuransi, program jaminan perawatan kesehatan dan MCO, dan banyak sekali provider pelayanan kesehatan yang mengajukan klaim untuk program ini. Dengan demikian, dampak peran HHS cukup besar.

Seperti banyak departemen federal, HHS memiliki Kantor Inspektur Jenderal (*Office of the Inspector General, OIG*). HHS OIG melakukan investigasi kecurangan yang melibatkan program HHS. Jika OIG mendapatkan bukti yang kuat atas kegiatan kriminal, masalah ini umumnya dirujuk ke pengacara yang tepat untuk penuntutan.

HHS juga mensponsori dan mendanai Medicaid Fraud Control Units (MFCU) di setiap negara bagian. Ini adalah organisasi penegak hukum yang menyelidiki dan menuntut fraud provider dalam program Medicaid. (Pemerintah federal menyediakan dana untuk pengawasan program ini, tetapi masing-masing negara bagian menjalankan program Medicaid sendiri.) Meskipun secara yuridis HHS OIG mencakup Medicare dan Medicaid, kebanyakan masalah Medicaid dirujuk ke MFCU. Jika penyelidikan melibatkan kedua Medicaid dan Medicare, OIG dan MFCU sering mengembangkan kasus ini sebagai sebuah investigasi bersama.

D. AGEN FEDERAL LAINNYA

- Kantor layanan pos (*The Postal Inspection Service*) menyelidiki kejahatan yang melibatkan penggunaan pos. Kebanyakan fraud kesehatan melibatkan beberapa pelayanan pos (mengirim formulir klaim, membayar premi, dll).

- Departemen Tenaga Kerja (*Department of Labor*) menghadapi fraud pelayanan yang terkait kesejahteraan tenaga kerja, seperti asuransi kesehatan yang dibiayai pemberi kerja.
- *Federal Trade Commission (FTC)* adalah badan yang mengawasi berbagai kegiatan yang melibatkan persaingan perdagangan dan perlindungan konsumen. Akhir-akhir ini, FTC mulai memusatkan perhatian pada skema fraud yang diarahkan pada perusahaan asuransi.
- Departemen Pertahanan (*Department of Defense*) mengoperasikan program TRICARE bagi anggota pelayanan tentara, pensiunan, dan tanggungan mereka. Fraud dalam TRICARE ditangani oleh *The Defense Criminal Investigative Service*.
- *Office of Personnel Management (OPM)* mengelola *Federal Employees Health Benefit Program (FEHBP)*, program yang memberikan manfaat kesehatan untuk hampir 10 juta pegawai federal, pensiunan, dan tanggungan mereka, memerangi fraud dalam program ini.

Seperti pada HHS, ruang lingkup upaya anti-fraud oleh *Department of Defense* dan OPM tidak akan terlihat jika tidak disadari bahwa sejumlah besar perusahaan asuransi, program jaminan kesehatan, organisasi managed care, dan provider terlibat dalam memberikan perawatan kepada penerima manfaat dari program yang dikelola lembaga ini.

E. KOLABORASI INSTITUSI PEMERINTAH

Badan-badan pemerintah yang dijelaskan di atas berkolaborasi satu sama lain dalam beberapa cara.

State insurance commissioners bergabung dengan *National Association of Insurance Commissioners (NAIC)* untuk mengatasi berbagai masalah, termasuk fraud asuransi.

Department of Justice bekerja sama dengan lembaga federal lainnya dalam menangani fraud perawatan kesehatan. Misalnya, DOJ telah membentuk *Executive Level Health Care Fraud Policy Group*, yang terdiri dari wakil-wakil dari DOJ, FBI, dan HHS. Tujuannya adalah untuk mengembangkan kebijakan nasional mengenai fraud pelayanan kesehatan dan meningkatkan koordinasi antar lembaga yang terlibat dalam memerangi fraud kesehatan. Grup ini menangani tugas-tugas seperti identifikasi skema fraud yang muncul, mengembangkan prioritas nasional, dan berbagi data dan teknik investigasi antar lembaga.

The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) menciptakan program anti-fraud yang terkoordinasi di bawah arahan HHS OIG dan Jaksa Agung (*Attorney General*) yang mewakili DOJ. Tujuan dari program ini adalah untuk:

- mengkoordinasikan upaya-upaya penegakan hukum negara-negara bagian dan federal berkaitan dengan fraud perawatan kesehatan,
- melakukan investigasi fraud perawatan kesehatan,
- memfasilitasi penegakan undang-undang fraud federal,
- memberikan panduan tentang praktek fraud perawatan kesehatan,
- menjaga database dari putusan hukum atas kasus-kasus yang merugikan provider pelayanan kesehatan.

DOJ baru saja mengeluarkan Pernyataan tentang Prinsip-Prinsip mengenai berbagi informasi dengan perusahaan asuransi swasta. Prinsip-prinsip ini melaksanakan mandat HIPAA bahwa sektor swasta dan pemerintah mengkoordinasikan sumber daya dan bekerja lebih efektif pada investigasi fraud kesehatan. Mekanisme untuk berbagi informasi adalah adanya koordinator pertukaran informasi (*information exchange coordinator*), pusat kontak untuk berbagi informasi yang ditunjuk oleh DOJ dan masing-masing perusahaan asuransi yang berpartisipasi.

15. 5. ASOSIASI ANTI-FRAUD

Salah satu cara agar penyidik mudah berkomunikasi satu dengan lainnya adalah dengan bergabung dalam asosiasi anti-fraud, yang mempertemukan personil anti-fraud dari banyak perusahaan dan organisasi. Beberapa asosiasi yang besar di Amerika antara lain:

A. HEALTH INSURANCE ASSOCIATION OF AMERICA

America's Health Insurance Plans (AHIP) yang sebelumnya bernama (***Health Insurance Association of America, HIAA***) adalah asosiasi perdagangan nasional Amerika yang paling menonjol dibidang asuransi kesehatan swasta. AHIP terlibat dalam sejumlah upaya di bidang *fraud* dan *abuse* asuransi kesehatan, yang dikembangkan, dilaksanakan, dan diawasi oleh Subkomite organisasi Bersama Fraud dan Abuse. Tujuan ini komite adalah untuk:

- meningkatkan kesadaran masyarakat tentang fraud dan abuse melalui program pendidikan,
- menggunakan lobi untuk memperkuat undang-undang yang berkaitan dengan fraud perawatan kesehatan, dan
- mendorong lebih kuat kegiatan pencegahan dan deteksi fraud dan abuse melalui dewan medis dan profesional negara bagian.

AHIP juga berpartisipasi dalam berbagai grup tugas pemerintah federal yang mempelajari *abuse* dan *fraud* perawatan kesehatan dan bersaksi di sidang kongres tentang isu-isu dan undang-undang yang mempengaruhi upaya fraud kesehatan.

B. NATIONAL HEALTH CARE ANTI-FRAUD ASSOCIATION

National Health Care Anti-Fraud Association (NHCAA) didirikan pada tahun 1985 oleh beberapa perusahaan asuransi kesehatan swasta dan aparat penegak hukum pemerintah federal dan state. Ini adalah sebuah organisasi berbasis isu, terdiri dari individu dan organisasi sektor publik dan swasta. Organisasi ini berfokus pada deteksi, investigasi, dan penuntutan fraud kesehatan.

C. INTERNATIONAL CLAIM ASSOCIATION

Fraud and Claim Abuse Committee dari *International Claim Association (ICA)* didirikan untuk mendidik, menginformasikan, dan mendorong perusahaan asuransi untuk meningkatkan upaya anti fraud. ICA mengadakan konferensi tahunan di mana masalah fraud dibahas dan diperdebatkan. ICA mempublikasikan artikel tentang fraud dan abuse yang ditulis oleh karyawan perusahaan anggota ICA.

D. ASOSIASI REGIONAL

Dalam beberapa tahun terakhir, telah dibentuk beberapa asosiasi regional dan gugus tugas. Organisasi-organisasi ini terdiri dari perusahaan asuransi, lembaga pemerintah, dan lembaga penegak hukum dan memfasilitasi pertukaran informasi dan kolaborasi pada kasus di antara pihak-pihak tersebut. Organisasi tersebut antara lain (Midwest Anti-Fraud Association), Anti-Fraud Association of the Northeast, dan lain-lain.

15.6. JASA INVESTIGASI KOMERSIAL

Sebagian besar perusahaan asuransi mempunyai SIUs, tetapi beberapa lainnya merasa lebih efektif untuk kontrak dengan pelayanan investigasi dari luar. Bahkan perusahaan-perusahaan yang memiliki SIUs mungkin merasa

menguntungkan (setidaknya pada saat tertentu) untuk menggunakan jasa kontraktor luar untuk melengkapi upaya penyidik mereka sendiri dan/atau untuk memperoleh keterampilan dan pengetahuan yang sangat khusus.

Perusahaan asuransi yang menggunakan kontraktor luar harus menetapkan standar untuk memilih mereka. Perusahaan asuransi perlu mereview dan mempertimbangkan kredensial, pengalaman, referensi, testimonial, dan biayanya.

Perusahaan asuransi juga harus menetapkan pedoman operasional untuk penyidik dari kontraktor tersebut. Mereka akan dianggap agen perusahaan asuransi, dan perusahaan asuransi memikul tanggung jawab atas tindakan mereka. Sebagai contoh, sebuah perusahaan asuransi dapat dikenakan sanksi untuk rekaman ilegal atau penyadapan yang dilakukan oleh kontraktor tersebut.

15.7. RINGKASAN

Karyawan perusahaan asuransi harus bekerja sama dengan orang-orang di luar perusahaan untuk memerangi fraud.

Perusahaan asuransi harus meminta bantuan konsumen dan provider dengan mendidik mereka tentang fraud pelayanan kesehatan dan biaya yang ditimbulkannya, dengan membuat kemudahan dan memberikan insentif bagi mereka untuk melaporkan tindakan fraud.

Ketika kejahatan terjadi, penyelenggara asuransi harus merujuk kasus tersebut ke badan pemerintah yang tepat. Perusahaan asuransi juga bertukar informasi dengan instansi pemerintah dan perusahaan asuransi lainnya, dan berpartisipasi dalam penyidikan bersama dengan mereka.

Ada sejumlah entitas pemerintah yang terlibat dalam memerangi fraud, terutama biro fraud pemerintah Negara bagian, Departemen Kehakiman AS, dan Departemen Kesehatan dan Pelayanan Kemanusiaan. Ada juga beberapa asosiasi yang bersama-sama memerangi fraud.

Perusahaan asuransi bisa memanfaatkan jasa investigasi luar, jika diperlukan sumber daya tambahan atau keahlian khusus.

BAB 16. HUKUM TERHADAP FRAUD PELAYANAN KESEHATAN

16.1. PENDAHULUAN

Ada sejumlah undang-undang yang membahas fraud kesehatan. Undang-undang ini menetapkan definisi tentang fraud dan menetapkan kerangka kerja untuk penuntutan tindak pidana perdata oleh pihak yang dirugikan. Secara khusus, mereka memberikan jawaban atas pertanyaan-pertanyaan berikut:

- Kriteria apa yang harus dipenuhi agar suatu tindakan bisa dituntut dengan tindakan pidana fraud?
- Kriteria apa yang harus dipenuhi agar suatu tindakan dapat dituntut dengan hukum perdata ?
- Hukuman pidana apa yang dapat dikenakan untuk perbuatan curang yang dilakukan?
- Apa kompensasi yang dapat diperoleh pihak yang dirugikan akibat dari perbuatan curang yang terjadi?

Personil anti-fraud harus memiliki pemahaman tentang hukum yang ada dalam upaya mereka untuk memulihkan kerugian, menegajar pelaku, dan mencegah fraud masa depan. Bab ini akan memberikan gambaran tentang prinsip hukum tentang hal ini.

16.2. HUKUM PIDANA DAN PERDATA

Sebelum kita meneliti hukum-hukum tertentu, akan sangat membantu untuk meninjau diskusi hukum pidana dan perdata yang muncul di Bab Delapan.

- Jika pelaku fraud telah melanggar hukum pidana, perusahaan asuransi memberitahukan lembaga pemerintah dan pemerintah kriminal dapat mengadili pelaku. (Artinya, mungkin membawa kasus ke pengadilan pidana.) Jika pelaku terbukti bersalah, pengadilan dapat mengenakan denda dan/atau hukuman penjara pada pelaku.
- Jika perusahaan asuransi yakin tindakan pelaku ini telah merugikan menurut hukum perdata, perusahaan asuransi dapat mengajukan gugatan perdata terhadap pelaku, dan kedua belah pihak bertemu di pengadilan perdata. Jika perusahaan asuransi (penggugat) menang, pengadilan dapat memerintahkan pelaku (terdakwa) untuk membayar ganti rugi asuransi. **Compensatory damages** membayar perusahaan asuransi sejumlah kerugian aktual sebagai akibat dari fraud. **Punitive damages** adalah jumlah yang harus dibayar pelaku pada perusahaan asuransi yang jumlahnya lebih besar dari kerugian aktual yang terjadi. Ini dimaksudkan untuk menghukum pelaku dan mencegah orang lain melakukan tindakan yang sama.

16.3. HUKUM UMUM

Hukum umum (*common law*) terdiri dari prinsip-prinsip dan doktrin yang digunakan hakim untuk memutuskan kasus-kasus yang dibawa ke hadapan mereka, prinsip-prinsip dan doktrin-doktrin yang telah ditetapkan melalui tradisi dan preseden (yaitu, keputusan yang dibuat oleh hakim di masa lalu). Hukum umum berbeda dari peraturan perundang-undangan (**statutory law**), yang terdiri dari hukum tertulis dan ditetapkan oleh badan legislatif.

Definisi hukum umum dari fraud (yaitu, definisi fraud berdasarkan tradisi dan preseden yang diterapkan oleh hakim) memiliki empat elemen dasar, yang dibahas dalam Bab 1, yaitu:

- Seseorang membuat pernyataan materi tentang fakta.
- Pernyataan tersebut adalah palsu, dan orang yang membuat pernyataan tahu bahwa itu adalah palsu.

- Orang yang membuat pernyataan palsu bermaksud untuk menipu atau menyesatkan orang yang menerima pernyataan dengan harapan menerima sesuatu yang bernilai.
- Orang yang menerima pernyataan palsu diharapkan percaya pada pernyataan dan menanggung kerugian yang terjadi.

Di semua negara bagian, pihak yang dirugikan oleh perbuatan fraud dapat mengajukan gugatan perdata terhadap pelaku berdasarkan definisi hukum umum dari fraud.

16.4. HUKUM NEGARA BAGIAN AS

Gugatan perdata dapat diajukan atas dasar hukum umum (*common law*), tetapi tuntutan pidana tidak bisa. Juga, mungkin akan lebih menguntungkan untuk menggunakan gugatan spesifik perdata daripada menggunakan *common law*. Untuk alasan ini, banyak negara bagian telah melengkapi *common law* dengan memberlakukan undang-undang yang menangani fraud, dan beberapa diantaranya khusus untuk menangani fraud asuransi. Undang-undang fraud Asuransi menentukan tindakan apa saja yang merupakan tindak pidana fraud asuransi dan menetapkan hukuman apa yang bisa dikenakan pada pelaku. Mereka juga mendefinisikan tindakan apa yang merupakan pelanggaran hukum perdata dalam kasus fraud asuransi dan apa ganti rugi apa yang dapat diberikan kepada penggugat.

Berbagai undang-undang fraud asuransi negara bagian bagian di Amerika memiliki elemen yang sama tetapi juga memiliki perbedaan. Hal ini dapat dilihat pada contoh berikut:

A. NEW JERSEY

New Jersey's Insurance Fraud Prevention Act menentukan bahwa mengajukan klaim asuransi palsu adalah melanggar hukum. Undang-undang ini juga mendefinisikan hal berikut sebagai unsur-unsur penyebab pelanggaran hukum perdata:

- menimbulkan atau menyebabkan timbulnya klaim palsu atau memalsukan bukti-bukti untuk mendukung klaim, yang diketahui adalah palsu, untuk mendapatkan pembayaran kerugian berdasarkan polis asuransi, atau
- menyiapkan, membuat, menulis dokumen palsu, memalsukan dokumen secara sengaja dan mengetahui bahwa hal itu digunakan untuk mendukung klaim asuransi, atau
- menyembunyikan atau memalsukan informasi yang diperlukan untuk klaim asuransi.

Menurut undang-undang New Jersey, sebuah perusahaan asuransi yang mengajukan gugatan perdata dapat menerima *compensatory damages* ditambah kompensasi untuk biaya investigasi dan biaya sidang. Selain itu, jika pengadilan menentukan bahwa terdakwa telah terlibat dalam pola pelanggaran undang-undang, terdakwa bisa diwajibkan membayar ganti rugi asuransi tiga kali kerugian aktual perusahaan asuransi.

B. ILLINOIS

undang-undang fraud asuransi di Illinois (*The Illinois insurance fraud statute*) agak berbeda dari New Jersey. Undang-undang ini memungkinkan perusahaan asuransi untuk mengajukan gugatan perdata terhadap seseorang yang "sengaja memperoleh, berupaya mendapatkan, atau menyebabkan bisa diperoleh" uang dari itu dengan membuat klaim palsu. Dengan kata lain, di Illinois perusahaan asuransi dapat menerima ganti rugi bahkan ketika ia belum benar-benar membayar klaim fraud. Undang-undang di Illinois, seperti juga di New Jersey memungkinkan adanya ganti rugi-khusus, perusahaan asuransi dapat memperoleh bayaran tiga kali jumlah pembayaran bayar klaim palsu dan dua kali jumlah klaim tersebut untuk "berusaha untuk memperoleh," ditambah biaya yang wajar untuk sewa pengacara.

C. NAIC MODEL ACT

The National Association of Insurance Commissioners (NAIC) menggiatkan standarisasi hukum asuransi dari berbagai negara bagian. Dalam mencapai tujuan ini, NAIC mengajukan model hukum yang menangani berbagai aspek asuransi dan mendorong legislatif negara bagian di seluruh negeri untuk mengadopsinya. Salah satu model undang-undang adalah *the Insurance Fraud Prevention Model Act*, seperti telah disebutkan dalam Bab Satu. Undang-undang ini mendefinisikan "tindakan fraud asuransi " termasuk secara sadar dan sengaja memalsukan informasi mengenai aplikasi, tingkat risiko, pembayaran premi, penerbitan polis, klaim, pemulihan kepesertaan (*reinstatement*), atau pembayaran manfaat sehubungan dengan polis asuransi. Namun, Model UU membiarkan masing-masing negara bagian untuk menentukan apakah akan menggunakan hukum pidana atau perdata, tidak ada larangan untuk itu.

D. COMMERCIAL BRIBERY STATUE

Sejumlah undang-undang negara bagian lainnya ikut berperan dalam memerangi fraud. Yang paling berperan adalah undang-undang penyuapan dagang (*commercial bribery statutes*).

Dokter tidak hanya memutuskan barang dan jasa medis pasien apa yang diberikan pada pasien, mereka juga sering memutuskan dari siapa pasien menerima barang-barang dan jasa tersebut, seperti ketika mereka merujuk pasien ke spesialis tertentu atau meresepkan obat tertentu yang dibuat oleh sebuah perusahaan tertentu. Akibatnya, spesialis, perusahaan farmasi, perusahaan pemasok medis, laboratorium, dan pihak lain mungkin menawarkan suap pada dokter agar merujuk (biasanya dalam bentuk *kickbacks*).

Undang-undang negara bagian tentang penyuapan dagang (*commercial bribery*) bisa dikenakan dalam kasus tersebut. Hukum diberbagai negara bagian bervariasi, tetapi umumnya menetapkan bahwa dokter telah melakukan penyuapan komersial jika, tanpa persetujuan pasien, dia sengaja menerima manfaat dari orang lain atas kesepakatan atau pemahaman bahwa manfaat tersebut akan mempengaruhi tindakannya terhadap pasien. Baik orang yang menawarkan suap maupun dokter yang menerimanya bertanggung jawab menurut undang-undang tersebut.

16.5. HUKUM PEMERINTAH FEDERAL AS

Seperti juga undang-undang negara bagian, kongres Amerika telah mengesahkan beberapa undang-undang federal, yang mendefinisikan perkara tindak pidana dan perdata di bidang fraud kesehatan, disertai dengan kemungkinan hukuman dan dendanya.

A. FRAUD MELALUI POS

Undang- undang tentang fraud melalui pos yang dikeluarkan pemerintah federal menetapkan bahwa setiap orang yang terlibat dalam skema untuk mengelabui orang lain dengan menggunakan pos adalah kejahatan. Undang-undang ini diterapkan pada setiap kejadian yang merupakan bagian dari skema fraud. Dalam konteks fraud kesehatan, ini berarti bahwa hanya mengirimkan klaim palsu atau bahkan mengirimkan pembayaran premi yang terkait dengan skema fraud merupakan pelanggaran undang-undang ini.

B. FRAUD MELALUI TELEGRAM

Undang-undang tentang fraud telegram yang dikeluarkan oleh pemerintah federal, bisa diberlakukan pada penggunaan transmisi telegram antar negara bagian untuk tujuan melaksanakan skema fraud. Dengan demikian penggunaan telepon atau sistem klaim otomatis dapat melibatkan fraud telegram. Namun, sementara fraud pos terjadi jika ada sesuatu yang dikirim oleh pos AS dalam satu wilayah negara bagian bagian, fraud telegram memerlukan transmisi telegram antara negara bagian bagian.

C. HIPAA DAN KEJAHATAN PADA FRAUD PELAYANAN KESEHATAN

The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) menetapkan batasan tentang kejahatan fraud pelayanan kesehatan federal. Kejahatan ini terjadi ketika orang sadar dan mau menjalankan skema untuk menipu setiap program manfaat pelayanan kesehatan, sehubungan dengan pengiriman atau pembayaran untuk tunjangan kesehatan, atau memperoleh salah satu properti dari program manfaat pelayanan kesehatan melalui pernyataan palsu. Karena kejahatan ini didefinisikan dalam hal "manfaat kesehatan" maka itu termasuk tindakan yang dilakukan terhadap perusahaan asuransi swasta maupun program pelayanan kesehatan pemerintah, dan tidak hanya pada asuransi kesehatan, tetapi juga klaim cedera akibat kecelakaan mobil, kompensasi pekerja, dan setiap program asuransi lain yang melibatkan pembayaran biaya medis. Akibatnya, hukum ini mengisi kesenjangan dalam skema hukum dan menjadi alat yang berguna bagi penegakan hukum pidana.

D. THE RACKETEER INFLUENCED AND CORRUPT ORGANIZATIONS ACT

Undang-undang Pemerasan dan Korupsi (*The Racketeer Influenced and Corrupt Organizations Act - RICO*) digunakan untuk membawa tuntutan pidana dan perdata terhadap mereka yang terlibat dalam "pola kegiatan pemerasan." Ini didefinisikan oleh RICO dengan cara berikut:

- "Kegiatan pemerasan" berarti melakukan salah satu dari beberapa tindak pidana yang tercantum dalam RICO. Dalam skema fraud asuransi, tindak pidana biasanya pelanggaran undang-undang pos atau fraud telegram atau atau terkadang penyipuan dagang. Sayangnya, kejahatan fraud menurut HIPAA tentang pelayanan kesehatan tidak termasuk.
- Dalam konteks fraud asuransi, suatu "pola" dari pemerasan berarti, bahwa sejumlah klaim palsu yang berkaitan telah disampaikan selama periode waktu tertentu.

Untuk asuransi yang berusaha mengajukan gugatan perdata terhadap pelaku, ada keuntungan penting untuk menggunakan RICO:

- Perusahaan asuransi dapat membawa semua kegiatan dari kasus fraud multi-negara bagian dalam satu pengadilan.
- Perusahaan asuransi dapat mengumpulkan ganti rugi tiga kali kerugian mereka ditambah biaya pengacara.

E. THE EMPLOYEE RETIREMENT INCOME SECURITY ACT

Tujuan utama dari Undang-undang Jaminan Penghasilan Pensiun Karyawan (*Employee Retirement Income Security Act, ERISA*) adalah mengatur manfaat program yang disponsori pemberi kerja, seperti jaminan pensiun, jaminan asuransi kesehatan, dll. Namun, ketentuan dari ERISA relevan dengan fraud pelayanan kesehatan. Ketentuan ini menyatakan adalah pelanggaran hukum bagi siapapun yang menggelapkan, mencuri, atau yang secara sah menggunakan untuk diri sendiri atau untuk orang lain; uang atau harta atau aset lain dari manfaat jaminan karyawan. Ketentuan ini digunakan terutama terhadap pengelola program jaminan ini, tetapi juga dapat digunakan untuk melawan provider yang mengajukan klaim palsu pada program jaminan tersebut.

16.6. HUKUM TERHADAP FRAUD PELAYANAN KESEHATAN DALAM PROGRAM PEMERINTAH

Beberapa undang-undang yang dibahas sebelumnya digunakan untuk melawan fraud kesehatan dalam program pemerintah seperti Medicare dan Medicaid. Selain itu, ada undang-undang federal yang secara khusus menangani fraud yang dilakukan terhadap pemerintah.

Seperti disebutkan, ketika tindak pidana fraud terjadi, yang menuntut pelaku adalah pemerintah. Namun, jika korban dari suatu tindakan fraud (pidana atau tidak) adalah pemerintah sendiri, pemerintah dapat mengajukan gugatan perdata, sama seperti pihak yang dirugikan lainnya.

Jika pemerintah memenangkan kasus perdata, terdakwa harus membayar denda sipil (*civil penalty*) kepada pemerintah. *Civil penalty* agak berbeda dengan denda biasa karena dia dibayarkan kepada pemerintah. Denda biasa adalah hukuman karena melanggar hukum pidana, sedangkan *civil penalty* setara dengan denda kerusakan yang dibayar pada gugatan perdata.

A. FALSE CLAIMS ACT

UU tentang Klaim Palsu (*False Claims Act*) menyatakan, menyajikan klaim palsu kepada pemerintah AS merupakan kejahatan pidana dan perdata. Undang-undang ini adalah senjata ampuh dalam memerangi fraud kesehatan untuk program pemerintah.

Berdasarkan komponen sipil dari *False Claims Act*, jika seseorang ditemukan telah mengajukan klaim palsu kepada pemerintah, dia harus membayar denda sipil tiga kali kerugian aktual akibat klaim, ditambah antara \$ 5.000 dan \$ 10.000 per klaim. Pengadilan hanya memiliki sedikit kebijaksanaan dalam menjatuhkan hukuman di bawah undang-undang ini.

B. LAPORAN PALSU KE INSTANSI PEMERINTAH

Undang-undang Laporan Palsu kepada Badan Pemerintah (*The False Statements to a Government Agency statute*) melarang tindakan yang secara sadar dan sengaja memalsukan, menyembunyikan, atau menutup-nutupi dengan menggunakan cara apapun, skema, atau perangkat fakta material, membuat atau menggunakan pernyataan palsu kepada sebuah badan pemerintah. Pemerintah federal menggunakan undang-undang ini untuk menuntut provider pelayanan kesehatan yang mengajukan klaim palsu pada program Medicare.

CONTOH

Sebuah pemasok peralatan medis mengajukan klaim Medicare palsu untuk peralatan yang tidak pernah diberikan kepada pasien. Perusahaan ini dinyatakan bersalah menurut statuta Laporan Palsu ke Instansi Pemerintah (*False Statements to a Government Agency statute*).

C. STATUTA ANTI-KICKBACK

Sebagaimana telah kita lihat, bujukan dengan uang seperti suap kadang menyebabkan dokter merujuk pasien mereka untuk pelayanan medis yang tidak benar-benar mereka butuhkan, sehingga menaikkan biaya perawatan kesehatan. Statuta Federal anti Kickback (*The federal anti-kickback statute*) dirancang untuk mencegah hal ini terjadi dalam program Medicare dan Medicaid.

Statuta ini melarang siapapun untuk secara sadar dan sengaja menawarkan, memberi, atau menerima imbalan balik atas rujukan barang atau jasa pelayanan kesehatan yang akan dibayar seluruhnya atau sebagian oleh Medicare atau Medicaid. Hukum ini sangat luas dan mencakup berbagai aktivitas yang lebih luas dari sekedar suap tradisional.

Karena luasnya jangkauan statuta ini, provider pelayanan kesehatan menjadi khawatir bahwa banyak pengaturan yang tidak merugikan bahkan menguntungkan menjadi dilarang. Menanggapi keprihatinan tersebut, Kongres telah menambahkan sejumlah besar ketentuan yang menunjuk kegiatan provider tertentu sebagai "tindakan yang aman." Artinya, kegiatan ini ditetapkan sebagai bukan merupakan pelanggaran undang-undang.

D. UNDANG-UNDANG STARK

Undang-undang Stark melarang dokter merujuk pasien ke fasilitas (seperti laboratorium klinis) di mana dokter memiliki kepentingan keuangan atau kepemilikan. Hukum berlaku ketika fasilitas menerima penggantian dari Medicare atau Medicaid. Asumsi yang mendasari hukum ini adalah bahwa rujukan tersebut dimungkinkan akan mengakibatkan pemeriksaan yang tidak perlu dan meningkatkan biaya program tersebut. Hukuman atas pelanggaran hukum ini perdata bukan pidana.

16.7. RESTITUSI

Sebagaimana telah dibahas sebelumnya, untuk memulihkan uang yang hilang akibat skema fraud, perusahaan asuransi dapat mengajukan gugatan perdata terhadap pelaku. Di sisi lain, jika pelaku fraud dituntut berdasarkan hukum pidana, ia mungkin membayar denda kepada pemerintah dan bahkan menjalani hukuman penjara, tetapi korbannya biasanya tidak menerima kompensasi apapun.

Ada solusi untuk masalah ini. Kadang-kadang korban bisa mengajukan gugatan perdata terhadap pelaku selain penuntutan pidana oleh pemerintah. Selain itu, dalam beberapa kasus, pengadilan akan memerintahkan terdakwa dalam kasus pidana untuk membayar ganti rugi (**restitution**), yaitu untuk mengkompensasi kerugian uang dari korban kejahatan yang dilakukan terdakwa.

Dasar restitusi di bawah hukum federal adalah UU Perlindungan Korban dan Saksi (*Victim and Witness Protection Act, VWPA*). VWPA memungkinkan pengadilan untuk memerintahkan restitusi selain atau sebagai pengganti hukuman lain yang dikenakan pada terdakwa. Selain itu, Kongres telah merubah VWPA dengan memberlakukan restitusi wajib (**mandatory restitution**) dalam beberapa kasus. Artinya, dalam kasus ini pengadilan tidak hanya memiliki hak untuk memerintahkan restitusi jika kasusnya sesuai, melainkan ia harus memerintahkan hal tersebut.

Beberapa korban menerima ganti rugi yang dibayar tidak hanya dari aset dan pendapatan terdakwa, tetapi juga dari properti terdakwa yang telah diserahkan kepada pemerintah sebagai bagian dari proses pidana.

Terkadang aset pelaku dapat dibekukan sementara penyelidikan kriminal atau penuntutan tertunda, sebelum ada putusan apapun. Dengan cara ini, aset dapat ditahan untuk pembayaran denda dan/atau ganti rugi. HIPAA memungkinkan Pengacara AS untuk melakukan hal ini dalam kasus fraud kesehatan.

CONTOH

Pengadilan Distrik AS untuk Maryland diberikan mosi untuk membekukan aset karena pemerintah menuduh bahwa para terdakwa, seorang dokter dan suaminya, terlibat dalam pengajuan klaim palsu. Investigasi ini melibatkan lebih dari 67 perusahaan asuransi. Dalam menerbitkan perintah, pengadilan itu "tidak bergeming" atas argumen terdakwa bahwa dana tidak boleh disita karena tidak ada bukti yang menghubungkan fraud dengan uang terdakwa dalam rekening bank. Cukup bagi pemerintah untuk menunjukkan "kemungkinan yang masuk akal bahwa fraud meresap ke setiap aspek praktek medis dari terdakwa." Pengadilan membekukan satu juta dolar dalam dana rekening bank terdakwa.

16.8. RINGKASAN

Sejumlah undang-undang menetapkan definisi fraud dan membangun kerangka kerja yang memungkinkan penuntutan pidana atau perdata.

- Di semua negara bagian, pihak yang dirugikan oleh fraud dapat membawa gugatan perdata terhadap para pelaku berdasarkan hukum umum (*common law*).
- Banyak negara bagian memiliki undang-undang yang secara khusus menangani fraud asuransi. Baik gugatan perdata maupun penuntutan pidana dapat diajukan di bawah undang-undang ini.
- Sejumlah undang-undang federal dapat berfungsi sebagai dasar untuk penuntutan pidana dan gugatan perdata. Ini termasuk HIPAA, RICO, undang-undang federal terhadap fraud pos dan fraud telegram, dan undang-undang federal lainnya.
- Undang-undang Federal fraud lain digunakan terhadap program pemerintah. Seperti False Claims Act, the False Statements to a Government Agency statute, the federal anti-kickback statute, dan Stark legislation..
- Akhirnya, restitusi dalam kasus pidana diperbolehkan atau diamanatkan oleh beberapa hukum dan merupakan cara lain untuk memulihkan kerugian yang dialami pihak korban dari skema fraud.

BAB 17. MASALAH HUKUM YANG MEMPENGARUHI AKTIVITAS ANTI-FRAUD

17.1. PENDAHULUAN

Dalam bab sebelumnya, telah dibahas undang-undang pokok yang mengatasi fraud pelayanan kesehatan. Dalam bab ini, kita akan membahas beberapa masalah hukum yang mempengaruhi kegiatan dalam memerangi fraud.

Ketika personil asuransi menyelidiki pelaku fraud, atau mengajukan gugatan perdata atau penuntutan pidana terhadap pelaku,, mereka menghadapi risiko. Pelaku dapat menuntut balik dan mengajukan gugatan perdata terhadap perusahaan asuransi, menuduh perusahaan asuransi mencemarkan nama baik atau melakukan pelanggaran privasi.

Namun, disadari bahwa jika perusahaan asuransi harus membela diri terhadap tuntutan hukum setiap kali mereka mengambil tindakan terhadap skema fraud, maka semangat perusahaan asuransi untuk terlibat dalam kegiatan anti-fraud akan menurun. Ini, tentu saja, akan menjadi kerugian bagi seluruh masyarakat, karena fraud akan meningkat dan biaya perawatan kesehatan akan meningkat. Oleh karena itu, sampai batas tertentu pemerintah harus memberikan perusahaan asuransi beberapa perlindungan hukum terhadap tuntutan tersebut. Perlindungan ini bisa dalam bentuk bentuk kekebalan dan hak istimewa.

Dengan berbagai cara, pemerintah mendorong dan mendukung upaya-upaya anti-fraud asuransi. Beberapa pemerintah negara bagian di Amerika telah melangkah lebih jauh dalam hal ini. Mereka secara hukum mensyaratkan perusahaan asuransi untuk memiliki program anti-fraud.

Personil anti-fraud harus memahami dasar hukum tuntutan hukum yang dapat diajukan terhadap perusahaan asuransi. Mereka juga harus memahami perlindungan dari tuntutan yaitu melalui kekebalan dan hak istimewa (*privilege*). Akhirnya, mereka harus tahu apa langkah-langkah anti-fraud perusahaan mereka yang diwajibkan secara hukum. Bab ini akan membahas ketiga topik tersebut.

17.2. GUGATAN TERHADAP PENANGGUNG

Gugatan perdata yang diajukan oleh pelaku fraud (atau dugaan pelaku) terhadap perusahaan asuransi biasanya didasarkan pada salah satu **tort** berikut (tort adalah kesalahan yang dianggap sebagai penyebab bisa dilakukannya gugatan perdata):

- pencemaran nama baik,
- pelanggaran privasi,
- Interfensi terhadap kontrak atau terhadap hubungan bisnis yang prospektif, atau
- penuntutan balik (*malicious prosecution*).

A. FITNAH

Fitnah (*defamation*) merupakan tindakan yang mencederai reputasi seseorang. Untuk memenangkan gugatan pencemaran nama baik terhadap perusahaan asuransi, penggugat harus membuktikan bahwa perusahaan asuransi mempublikasikan pernyataan palsu yang mencederai reputasinya dan bahwa perusahaan asuransi melakukannya dengan itikad buruk atau setidaknya lalai dengan mengabaikan kebenaran. Elemen pernyataan ini lebih lanjut diuraikan sebagai berikut:

- "Dipublikasikannya sebuah pernyataan." Publikasi tidak selalu mengacu pada bentuk tercetak, juga tidak berarti bahwa pernyataan itu disebarluaskan secara luas, seperti melalui media berita. "Publikasi" dari suatu pernyataan terjadi ketika satu pihak mengkomunikasikan pernyataan tersebut kepada pihak lain yang bukan subjek dari pernyataan itu. Ada dua bentuk pencemaran nama baik: *libel*, pencemaran nama baik yang merupakan sebuah pernyataan tertulis, dan *slander*, fitnah yang merupakan sebuah pernyataan lisan.
- "Salah atau palsu." Pernyataan itu adalah palsu atau tidak benar. Kebenaran adalah pertahanan mutlak terhadap pencemaran nama baik. Sebuah putusan pengadilan dapat menetapkan kebenaran atau kesalahan sebuah pernyataan. Misalnya, jika perusahaan asuransi menuduh provider melakukan fraud, dan tuduhan ini membawa hukuman bagi provider, kebenaran tuduhan dianggap terbukti dan pencemaran nama baik tidak terjadi. Di sisi lain, jika provider dibebaskan, pembebasan itu bisa membuktikan bahwa tuduhan itu palsu.
- "Cedera reputasinya." Untuk menjadi fitnah, pernyataan tersebut harus membahayakan reputasi subyek dalam masyarakat atau mencegah pihak ketiga dari berurusan dengan dia. Ketika seseorang dituduh melakukan fraud, ini jelas merupakan cedera pada reputasinya.
- "Dengan itikad buruk." Penggugat biasanya harus menunjukkan bahwa dalam mempublikasikan pernyataan, perusahaan asuransi bertindak dengan itikad buruk (*bad faith*). Bertindak dengan itikad buruk biasanya berarti bertindak dengan niat jahat (*malice*). Malice meliputi kebencian, niat jahat, atau keinginan untuk membalas dendam. Dengan kata lain, membuktikan perusahaan asuransi bertindak dengan itikad buruk biasanya berarti menunjukkan perusahaan asuransi bertindak karena ingin mencederai penggugat, bukan karena mengejar tujuan yang sah seperti perlindungan hak milik atau penegakan hukum.
- "Dengan lalai mengabaikan kebenaran." Walaupun perusahaan asuransi tidak beritikad buruk, mungkin akan dinyatakan bersalah dalam gugatan jika perusahaan asuransi bertindak lalai dengan tidak memeriksa informasi secara menyeluruh sebelum mempublikasikannya.

B. PELANGGARAN PRIVASI

Ketika sebuah perusahaan asuransi mengkomunikasikan informasi tentang seseorang, orang tersebut dapat berpendapat bahwa komunikasi tersebut merupakan pelanggaran privasi (*invasion of privacy*). Cedera dalam pelanggaran privasi biasanya berupa tekanan emosional, meskipun ada juga mungkin cedera lain, seperti penyakit yang berhubungan dengan gangguan emosi atau kerugian ekonomis.

Pelanggaran privasi ada beberapa bentuk. Salah satu bentuk berupa publisitas yang keterlaluan tentang kehidupan pribadi seseorang. Bentuk lain berupa publisitas yang keterlaluan sehingga menempatkan seseorang dalam martabat yang buruk dihadapan publik. Tidak seperti pencemaran nama baik, bentuk-bentuk pelanggaran privasi memerlukan pengungkapan informasi kepada masyarakat luas, bukan hanya komunikasi pribadi antara dua pihak. Akibatnya, cara terbaik bagi perusahaan asuransi untuk menghindari tanggung jawab atas tort ini adalah dengan membatasi distribusi informasi fraud hanya kepada mereka yang terlibat dalam penyelidikan fraud atau yang karena beberapa alasan perlu tahu. Ini termasuk personil anti-fraud baik di perusahaan asuransi yang bersangkutan dan di perusahaan asuransi lainnya serta aparat penegak hukum, tetapi biasanya tidak termasuk media berita.

Masih bentuk lain dari pelanggaran privasi adalah mengganggu kesendirian atau pengasingan seseorang. Ini tidak melibatkan publikasi atau publisitas, melainkan bahwa terdakwa mengganggu secara fisik atau mengganggu ketenangan penggugat dengan cara yang diluar kewajaran. Gugatan seperti ini dapat terjadi ketika perusahaan asuransi melakukan pengamatan.

C. INTERFERENSI ATAS KONTRAK ATAU ATAS HUBUNGAN BISNIS PROSPEKTIF

Interferensi atas kontrak terjadi ketika seseorang dengan sengaja dan tidak benar mengganggu kinerja kontrak antara dua orang lain dengan menginduksi atau menyebabkan salah satu dari mereka tidak melaksanakan kontrak. Di beberapa negara bagian, juga merupakan gugatan bila secara sengaja dan tidak benar mengganggu hubungan bisnis prospektif orang lain bahkan walaupun tidak ada kontrak.

Dalam tuntutan seperti itu, penggugat harus menunjukkan bahwa terdakwa bertindak dengan maksud mengganggu hubungan kontrak atau bisnis ketimbang mengejar tujuan yang sah.

CONTOH

Seorang dokter yang melakukan gugatan perdata menyatakan bahwa perusahaan asuransi mengganggu kemampuannya untuk mempertahankan dan menarik pasien, dengan memberikan informasi kepada lembaga penegak hukum yang sedang melakukan investigasi atas dirinya. Namun, dokter gagal menunjukkan bahwa pengungkapan perusahaan asuransi dimaksudkan untuk mengganggu hubungan dokter dengan pasien/calon pasiennya, bukan untuk berkontribusi pada penyelidikan (tujuan yang sah). Akibatnya, dia kalah dalam tuntutannya.

D. PENUNTUTAN BALIK

Jika perusahaan asuransi mengajukan penuntutan pidana terhadap seseorang, tapi orang tersebut dibebaskan, dia bisa mengajukan gugatan terhadap perusahaan asuransi untuk penuntutan balik (*malicious prosecution*). Namun, untuk bisa berhasil dia harus membuktikan tiga hal:

- Perusahaan asuransi memprofokasi proses pidana. Dalam hal ini perusahaan asuransi telah mengajukan pengaduan pidana. Jika hanya memberikan informasi untuk mendukung investigasi kriminal itu bukanlah menghasut proses pidana. Namun, ada pengecualian untuk aturan ini yaitu jika perusahaan asuransi sengaja memberikan informasi palsu atau menyesatkan yang mengarah ke proses pidana.
- asuransi ini memulai proses pidana terutama untuk alasan lain selain membawa penjahat ke pengadilan. Ini biasanya berarti membuktikan bahwa asuransi bertindak atas dasar kebencian.
- Perusahaan asuransi memulai penuntutan tanpa alasan. Jika terdakwa dalam kasus penuntutan balik dapat menunjukkan bahwa ada alasan kuat untuk memulai proses pidana, ia memiliki pertahanan yang tangguh terhadap gugatan tersebut. Alasan kuat tersebut adalah jika terdakwa benar atau cukup yakin bahwa penggugat telah melakukan kejahatan, atau memiliki alasan yang bisa diterima oleh orang biasa. Di banyak negara bagian, jika penggugat didakwa oleh dewan juri, tuntutan untuk penuntutan balik ini dilarang karena dakwaan tersebut menunjukkan dengan jelas bahwa orang biasa (anggota juri) akan berpikir sama seperti terdakwa (ada alasan bahwa kejahatan telah terjadi).

Pengadilan umumnya tidak bersimpati terhadap tuntutan penuntutan balik. Karena jika tuntutan seperti itu sering berhasil, pihak swasta akan enggan untuk mengajukan keluhan dan berkolaborasi dalam penuntutan, dan upaya penegakan hukum akan melemah.

Biasanya, perusahaan asuransi mengajukan pengaduan pidana bila yakin kejahatan telah terjadi. Personil asuransi harus mempunyai pertimbangan yang tepat untuk kasus tersebut sebelum bertindak, agar mereka tidak mendapat penuntutan balik.. Dan personil asuransi tidak boleh memberikan informasi yang mereka ketahui/curigai adalah palsu kepada lembaga penegak hukum.

17.3. STATUTA KEKEBALAN

Sejumlah negara bagian telah memberlakukan undang-undang kekebalan (*immunity statue*). Undang-undang ini melindungi perusahaan asuransi dari jenis tuntutan hukum seperti yang dijelaskan sebelumnya dengan menetapkan bahwa asuransi tidak bisa dituntut untuk kegiatan yang merupakan bagian dari upaya beritikad baik untuk menyelidiki dan mencegah fraud.

Undang-undang kekebalan bervariasi antar negara bagian. Beberapa mempunyai undang-undang ini yang cukup luas, memberikan kekebalan untuk berbagai kegiatan anti-fraud, untuk berkomunikasi dengan pejabat penegak hukum serta asuransi lainnya, dan melindungi terhadap semua jenis tuntutan.

Di beberapa lainnya statuta kekebalan ini memberikan perlindungan lebih terbatas. Misalnya, undang-undang hanya mencakup komunikasi dengan departemen asuransi negara bagian, tidak dengan semua lembaga penegak hukum. Atau mungkin hanya melindungi terhadap beberapa jenis tuntutan. Dan beberapa negara bagian tidak memiliki undang-undang kekebalan sama sekali.

Bahkan undang-undang kekebalan yang terkuat sekalipun tidak memberikan perlindungan lengkap terhadap tuntutan perdata. Undang-undang melindungi kegiatan anti-fraud yang dilakukan dengan itikad baik, karena itu pihak-pihak yang ingin menggugat dapat melakukannya dengan mengklaim bahwa suatu tindakan telah dilakukan dengan itikad buruk. Di banyak negara bagian, penggugat dapat membawa tuntutan hanya dengan menuduh adanya itikad buruk, tanpa menyodorkan bukti untuk itu.

Personil anti-fraud dari perusahaan asuransi harus memahami dengan baik undang-undang kekebalan negara bagian di mana perusahaan asuransi beroperasi. Mereka harus mengetahui jenis tuntutan hukum yang dilindungi masing-masing undang-undang, kegiatan dan komunikasi yang kebal, dan sejauh mana perlindungan itu dibatasi.

Tidak ada perusahaan yang bisa menyelidiki dan me-litigasi fraud tanpa menimbulkan risiko hukum, tetapi pemahaman tentang hukum dan melakukan prosedur operasi berdasarkan hukum dapat meminimalkan risiko.

17.4. HAK ISTIMEWA

Selain kekebalan, perusahaan asuransi memiliki perlindungan lain terhadap jenis gugatan perdata yaitu konsep komunikasi istimewa (***privileged communication***), sering hanya disebut *hak istimewa (privilege)* yang diakui oleh semua negara bagian (baik sebagai bagian dari *common law* atau dalam statuta). Jika komunikasi tertentu, seperti laporan ke lembaga penegak hukum, ditetapkan sebagai *privilege*, ia tidak dapat menjadi objek gugatan.

CONTOH

Sebuah provider mengajukan gugatan terhadap perusahaan asuransi, perusahaan asuransi tersebut diklaim membuat pernyataan fitnah dengan menuduh provider melakukan fraud. Perusahaan asuransi menunjukkan bahwa laporan yang diduga memfitnah itu dibuat sebagai bagian dari komunikasi kepada aparat penegak hukum, yang merupakan *privileged communication*. Akibatnya, gugatan dihentikan.

Privilege melengkapi undang-undang kekebalan, dan pada kenyataannya memberikan proteksi yang lebih kuat untuk perusahaan asuransi ketimbang kekebalan. Seperti kekebalan, tujuan *privilege* adalah untuk mempromosikan upaya-upaya anti-fraud dengan melindungi mereka yang terlibat di dalamnya, jika personil anti-fraud perusahaan asuransi harus khawatir tentang gugatan setiap kali mereka menyelidiki pelaku, perang terhadap fraud akan melemah.

Beberapa komunikasi dijamin oleh *privilege* bersyarat (***conditional or qualified privilege***). Ini berarti bahwa komunikasi tersebut diproteksi asalkan itu dilakukan dengan itikad baik. Untuk komunikasi lain, berlaku hak mutlak (***absolute privilege***). Ini berarti bahwa komunikasi dijamin tanpa dilakukan uji itikad baik.

Seperti kekebalan, *privilege* bervariasi dari satu negara bagian dengan negara bagian lainnya. Namun, secara umum berlaku untuk komunikasi berikut ini.

- Sebuah *absolute privilege* berlaku untuk pernyataan yang dibuat oleh perusahaan asuransi dalam pengaduan yang disampaikan dalam gugatan.

- Sebuah *conditional privilege* berlaku untuk komunikasi oleh asuransi kepada aparat penegak hukum dengan tujuan membawa pelaku fraud ke pengadilan.
- Sebuah *conditional privilege* berlaku untuk komunikasi dari satu perusahaan asuransi kepada perusahaan asuransi lainnya sebagai bagian dari upaya anti-fraud.
- Sebuah *conditional privilege* berlaku untuk komunikasi dari perusahaan asuransi kepada organisasi anti-fraud swasta seperti *National Health Care Anti-Fraud Association (NHCAA)*.

A. BATASAN PADA CONDITIONAL PRIVILEGE

Absolute privilege biasanya memberikan perlindungan yang sangat kuat kepada perusahaan asuransi. Sedangkan perlindungan yang diberikan oleh *conditional privilege* bersyarat, mempunyai batas.

Pertama, sementara *conditional privilege* melindungi tuntutan dalam pencemaran nama baik, pelanggaran privasi, dan interferensi dengan kontrak atau hubungan bisnis yang prospektif, ia tidak berlaku untuk tuntutan dalam penuntutan balik. Namun, karena beratnya beban bukti yang diperlukan dalam pengadilan kasus penuntutan balik, masalah *privilege* ini tidak menjadi perhatian serius.

Selain itu, seperti dijelaskan di atas, *conditional privilege* hanya berlaku jika perusahaan asuransi bertindak dengan itikad baik. Penggugat bisa menang jika dia menunjukkan bahwa perusahaan asuransi bertindak dengan itikad buruk. Penggugat juga bisa menang jika dia menunjukkan bahwa, meskipun komunikasi dijamin oleh *privilege*, perusahaan asuransi menyalahgunakan *privilege* tersebut. Menyalahgunakan *privilege* berarti bahwa perusahaan asuransi memanfaatkan *privilege* untuk mencapai tujuan lain dari yang dimaksudkan oleh *privilege*, yaitu untuk melindungi mereka yang bertujuan memerangi fraud.

Secara umum, perusahaan asuransi dianggap bertindak dengan itikad buruk dan/atau menyalahgunakan *privileged communication* bila dalam kondisi berikut:

- asuransi bertindak dengan niat jahat dalam mengkomunikasikan informasi tersebut jika ada alasan untuk percaya bahwa informasi itu adalah palsu.
- asuransi mempublikasikan informasi yang tidak berkontribusi terhadap pengejaran kasus fraud.

CONTOH

Seorang penyidik asuransi, ketika memberikan informasi kepada penegak hukum tentang kegiatan fraud dari seorang dokter gigi, juga bergosip dengan aparat penegak hukum tentang kehidupan pribadi dokter gigi.

- perusahaan asuransi terlibat dalam publikasi informasi "berlebihan", yaitu ia mempublikasikan informasi tersebut ke tingkat yang lebih luas daripada yang dibutuhkan untuk memerangi fraud.

CONTOH

Perusahaan asuransi mengungkapkan informasi tentang provider tidak hanya kepada lembaga penegak hukum tetapi juga kepada surat kabar padahal pengungkapan tersebut tidak memiliki kaitan dalam penuntutan kasus ini.

- Perusahaan asuransi mengkomunikasikan informasi bukan untuk menuntut fraud melainkan untuk bisa menekan dalam menegosiasikan kesepakatan dengan pihak lain. Perusahaan asuransi menggunakan *privilege* untuk tujuan lain, selain melindungi mereka yang memerangi fraud.

Sekali lagi, perusahaan asuransi yang memerangi fraud akan selalu menghadapi beberapa risiko gugatan, namun risiko ini dapat diminimalkan jika personil anti-fraud memahami dengan baik bagaimana *privilege* berlaku ditempat di mana perusahaan asuransi beroperasi dan melakukan bisnisnya.

17.5. IMMUNITY DAN PRIVILEGE DI TINGKAT FEDERAL

Undang-undang Federal di Amerika memberikan kekebalan terhadap tuntutan hukum yang diajukan berdasarkan hukum sipil federal, untuk orang yang memberikan informasi kepada Department of Justice atau Sekretaris Department of Health and Human Services untuk kepentingan tugas.

Selain itu, *Department of Justice* telah sepakat untuk melindungi perusahaan asuransi yang memberikan informasi tentang dugaan fraud kesehatan. Sebagai contoh, jika sebuah perusahaan asuransi dituntut karena memberikan informasi kepada DOJ, DOJ akan mengambil sikap untuk menunjukkan bahwa perusahaan asuransi bertindak dalam lingkup peraturan kekebalan (*immunity*) dan komunikasi istimewa (*privileged communication statutes*).

17.6. HUKUM LAIN YANG RELEVAN

A. HUKUM ANTITRUST

Ketika bisnis melakukan pertukaran informasi, mungkin ada kekhawatiran bahwa mereka melanggar undang-undang antitrust, yang dirancang untuk mencegah mereka dari kerja sama untuk menentukan harga dan dengan demikian membatasi persaingan. Undang-undang antitrust jelas tidak berlaku dalam hal berbagi informasi untuk tujuan memerangi fraud, sehingga penyidik dari perusahaan yang bekerja sama tidak perlu takut atas tuntutan antitrust. Namun, perusahaan asuransi harus menghindari pemboikotan kolektif atau memusuhi objek yang sedang diteliti bersama. Dan tentu saja, asuransi harus memastikan bahwa kegiatan yang tunduk pada undang-undang antitrust, seperti underwriting dan rating, dilakukan secara independen.

B. THE VIOLENT CRIME CONTROL AND LAW ENFORCEMENT ACT

UU Pengendalian kekerasan dan Penegakan Hukum (*The Violent Crime Control and Law Enforcement Act*) menetapkan bahwa adalah pelanggaran hukum bila asuransi menyewa atau terlibat dalam bisnis dengan seseorang yang telah dihukum karena tindak pidana akibat ketidakjujuran atau pelanggaran kepercayaan. Hukum ini meluas ke seluruh karyawan, agen, karyawan agen, dan untuk setiap subkontraktor atau vendor perusahaan asuransi yang disewa untuk melakukan fungsi bisnis asuransi.

C. PERATURAN OPERASIONAL PERUSAHAAN ASURANSI

Pemerintah negara bagian mengatur berbagai aspek operasional perusahaan asuransi, dan beberapa peraturan tersebut khususnya yang berkaitan dengan penanganan klaim, berdampak pada upaya anti-fraud.

CONTOH

Negara bagian mensyaratkan kecepatan dalam pembayaran klaim asuransi kesehatan. Hal ini sering memaksa perusahaan asuransi untuk mempersingkat penyelidikan dan membayar klaim yang masih dipertanyakan.

D. HUKUM LAIN-LAINNYA

Penyidik perusahaan asuransi tentu saja harus mematuhi semua hukum negara bagian. Contoh berikut cukup untuk menjelaskan hal tersebut.

CONTOH

Seorang penyidik yang agresif dan ingin serba cepat, diam-diam masuk kantor provider di tengah malam untuk mendapatkan bukti klaim palsu. Masuknya penyidik dan pengambilan dokumen itu sendiri merupakan kejahatan yang mengakibatkan penyidik dan perusahaan asuransi dapat dikenakan penuntutan. Selain itu, bukti yang diperoleh dengan cara demikian dinyatakan tidak dapat diterima dipengadilan.

17.7. KEPATUHAN ANTI-FRAUD

Pemerintah negara bagian bagian di Amerika mendukung asuransi dalam perjuangan mereka melawan fraud dengan memberikan perlindungan hukum berbentuk kekebalan (*immunity*) dan hak istimewa (*privilege*). Semakin lama negara bagian menjadi lebih dari sekedar mendukung upaya antifraud, Negara bagian akan mensyaratkan asuransi untuk mempunyai langkah-langkah tertentu terhadap fraud. Pemenuhan persyaratan ini oleh perusahaan asuransi disebut sebagai kepatuhan anti-fraud (***anti-fraud compliance***).

Persyaratan yang umum adalah asuransi melaporkan dugaan kasus fraud langsung ke biro fraud asuransi negara bagian, seperti yang dijelaskan sebelumnya. Seperti juga dijelaskan sebelumnya, banyak negara bagian mensyaratkan asuransi untuk mencetak peringatan anti-fraud di formulir klaim dan aplikasi. Peringatan ini mengingatkan pemegang polis dan provider bahwa fraud kesehatan adalah ilegal dan akan dituntut oleh perusahaan asuransi dan pemerintah. Selain itu, banyak negara bagian mensyaratkan perusahaan asuransi untuk memiliki unit investigasi khusus.

CONTOH

Setiap perusahaan asuransi di California harus "mempunyai sebuah unit atau divisi untuk menyelidiki kemungkinan klaim palsu oleh tertanggung, atau oleh para pembuat klaim pelayanan atau orang yang merubah polis yang dimiliki oleh tertanggung."

Beberapa negara bagian memiliki persyaratan khusus untuk pengoperasian sebuah SIU dan/atau mewajibkan laporan rinci mengenai operasinya.

CONTOH

New Jersey mensyaratkan pengajuan rencana anti-fraud, pelatihan wajib bagi karyawan SIU, dan bahkan menentukan jumlah stafnya.

Perusahaan asuransi harus bersiap-siap untuk adanya persyaratan tambahan untuk hal ini mengingat banyak negara bagian mulai menerapkan pola *compliance* ini.

Selain persyaratan negara bagian, ada persyaratan federal sederhana yang dikenakan oleh HIPAA. Persyaratan ini berkaitan dengan pertukaran informasi fraud kesehatan dengan penegak hukum dan perusahaan asuransi lain dan penunjukan koordinator untuk memfasilitasi pertukaran ini.

17.8. RINGKASAN

Perusahaan asuransi yang menyelidiki dan menuntut secara hukum kasus fraud menghadapi risiko bahwa pelaku fraud akan mengajukan tuntutan hukum terhadap mereka. Dasar-dasar untuk tuntutan tersebut meliputi pencemaran nama baik, pelanggaran privasi, intervensi dengan kontraktor dan hubungan bisnis yang prospektif, dan penuntutan balik.

Untuk mendukung upaya anti-fraud, pemerintah menyediakan perlindungan terhadap tuntutan bagi perusahaan asuransi yaitu:

- Undang-undang Imunitas (*Immunity statutes*). Undang-undang ini menetapkan bahwa asuransi tidak bisa dituntut untuk kegiatan yang merupakan bagian dari upaya yang beritikad baik untuk menyelidiki dan mencegah fraud.
- *Privilege*. Komunikasi tertentu (seperti laporan ke lembaga penegak hukum) dianggap istimewa dan biasanya tidak dapat menjadi dasar untuk gugatan.

Pemerintah negara bagian tidak hanya mendorong perusahaan asuransi untuk melawan fraud dengan menawarkan perlindungan terhadap gugatan-mereka juga adakalanya mensyaratkan asuransi untuk mengambil langkah-langkah anti-fraud tertentu. Langkah-langkah ini umumnya termasuk melaporkan dugaan fraud ke biro fraud asuransi negara bagian, mengeluarkan cetakan peringatan fraud, dan mengoperasikan sebuah unit investigasi khusus. Pemenuhan persyaratan ini disebut sebagai kepatuhan anti-fraud (*anti-fraud compliance*).

18. HASIL KEGIATAN ANTI-FRAUD

18.1. PENDAHULUAN

Dalam buku ini, telah dibahas tentang skema fraud yang paling umum dilakukan terhadap perusahaan asuransi kesehatan dan program managed care. Juga telah dijelaskan bagaimana skema ini terdeteksi oleh personel perusahaan asuransi dan diselidiki oleh SIUs. Akhirnya, akan dibahas hukum yang mengatur tindakan fraud dan hukum yang mempengaruhi upaya terhadap tindakan ini.

Dalam bab terakhir ini dijelaskan tentang hasil yang bisa dicapai, tindakan-tindakan yang dapat dilakukan perusahaan asuransi untuk menyelesaikan kasus fraud kesehatan setelah penyelidikan cukup, dan dampak dari upaya anti-fraud untuk industri asuransi dan biaya asuransi kesehatan.

18.2. TINDAKAN INTERNAL

Ketika sebuah perusahaan asuransi memiliki bukti bahwa telah terjadi fraud, ia dapat mengambil tindakan dalam lingkup kegiatannya sendiri, tanpa tindakan hukum atau keterlibatan pihak luar. Tindakan tersebut disebut sebagai tindakan internal (*internal action*).

Sebagai contoh, sebuah perusahaan asuransi yang memiliki bukti bahwa provider telah mengajukan klaim palsu dapat mengambil langkah-langkah sebagai berikut:

- Jika klaim belum dibayar, perusahaan asuransi dapat menolak membayar mereka. Atau, perusahaan asuransi dapat meminta provider untuk melengkapi klaim. Misalnya, dengan melihat catatan medis pasien atau dalam beberapa kasus meminta pendapat kedua (*second opinion*).
- Jika klaim telah dibayar, penyedia masih bisa diminta untuk melengkapi persyaratan yang diperlukan. Jika provider tidak dapat memenuhinya, perusahaan asuransi dapat meminta provider untuk mengembalikan uang yang telah mereka terima.
- Jika provider menolak untuk melengkapi klaim yang sudah dibayar atau mengembalikan uang, perusahaan asuransi bisa menagguhkan pembayaran klaim selanjutnya sampai provider mau bekerja sama.
- Dalam kondisi tertentu, perusahaan asuransi mungkin memutuskan untuk menyerah terhadap klaim yang sudah dibayar tapi semua klaim yang akan datang dari provider tersebut harus diawasi secara ketat.

Langkah-langkah tersebut cukup untuk menghentikan kegiatan fraud, dengan pengeluaran waktu dan uang relatif sedikit oleh perusahaan asuransi. Oleh karena itu, bahkan dalam kasus di mana dimungkinkan langkah yang lebih serius (seperti gugatan perdata), asuransi dapat membatasi diri dengan hanya melakukan tindakan internal.

18.3. PENGADILAN PERDATA

Dalam beberapa kasus fraud kesehatan, perusahaan asuransi memiliki pilihan untuk membawa gugatan perdata terhadap pelaku.

Sebuah gugatan perdata dapat dibawa ke pengadilan negara bagian jika tindakan pelaku merupakan fraud seperti yang didefinisikan oleh hukum umum, undang-undang fraud asuransi negara bagian, atau undang-undang perdata lainnya. Perdata di pengadilan federal dimungkinkan bila telah terjadi pelanggaran terhadap undang-undang sipil federal atau bila memenuhi persyaratan hukum pengadilan federal.

Dalam hal hukum perdata baik federal maupun state telah dilanggar, perusahaan asuransi dapat memilih tingkat di mana ia membawa gugatan. Untuk skema berskala besar yang beroperasi lintas negara bagian, mungkin menguntungkan untuk membawanya di tingkat federal. Jika aktivitas fraud terbatas pada satu negara bagian dan/atau jumlah kerugian relatif kecil, gugatan umumnya dibawa di pengadilan negara bagian.

Kadang-kadang perusahaan asuransi memilih untuk tidak membawa gugatan perdata, meskipun memiliki alasan untuk melakukannya. Namun, perusahaan asuransi tetap harus melaporkan aktivitas fraud kepada instansi pemerintah yang tepat, biasanya biro fraud negara bagian.

A. PENGADILAN QUI TAM

Menurut Undang-undang klaim palsu (*False Claims Act federal*) dan beberapa undang-undang negara bagian (terutama di California), perusahaan asuransi mungkin terlibat dalam pengadilan qui tam (*qui tam litigation*). Dalam kasus tam qui, pihak swasta membawa gugatan perdata tapi melakukannya atas nama pemerintah. Artinya, pihak swasta, biasanya perusahaan asuransi, mengajukan gugatan dan kemudian pemerintah mengambil alih pengadilan tersebut. Jika pemerintah memenangkan kasus, perusahaan asuransi dan pemerintah berbagi hasil ganti rugi.

B. PENYELESAIAN DILUAR PENGADILAN

Seringkali inisiasi gugatan oleh perusahaan asuransi, atau bahkan hanya satu ancaman, sudah cukup bagi pelaku untuk memutuskan untuk membuat penyelesaian di luar pengadilan (*out-of-court settlement*). Sebuah penyelesaian di luar pengadilan adalah kontrak yang dapat dilaksanakan antara penggugat dan tergugat dalam gugatan perdata. Dalam kasus fraud asuransi, perusahaan asuransi biasanya menghentikan pengejaran kasus ini dengan imbalan uang dikembalikan oleh terdakwa. Perusahaan asuransi tidak menghentikan penuntutan terdakwa atas tindakan fraud lain yang tidak tercakup oleh kesepakatan, misalnya yang mungkin terjadi di masa depan. Selain itu, perjanjian damai ini tidak selalu membatalkan penuntutan pidana.

Perdamaian ini menguntungkan bagi kedua belah pihak. Untuk perusahaan asuransi, dapat menghilangkan biaya pengadilan yang mahal dan memakan waktu. Untuk terdakwa, bisa menghindari risiko membayar ganti rugi yang mahal dan kebangkrutan

Hingga saat ini beberapa pemulihan uang terbesar dalam kasus fraud diperoleh tidak melalui litigasi, tetapi melalui penyelesaian diluar pengadilan.

CONTOH

Pada tahun 1998, penyedia ambulans besar yang berbasis di New York membayar \$ 9.500.000 untuk menyelesaikan tuduhan bahwa ia menyampaikan diagnosa palsu untuk memperoleh pembayaran untuk pelayanan yang tidak ditanggung (*non covered services*).

18.4. PENUNTUTAN PIDANA

Jika perusahaan asuransi yakin bahwa pelanggaran hukum pidana telah terjadi, perusahaan asuransi harus merujuk kasus tersebut kepada badan pemerintah yang tepat. Badan ini biasanya menyelidiki kasus tersebut, dan pemerintah dapat memutuskan untuk menuntut. Apakah penuntutan terjadi tergantung pada sejumlah faktor, termasuk kekuatan bukti, dampak dari kasus ini, dan prioritas pemerintah. Entitas asuransi dapat meminta agar pemerintah mengusut kasus tertentu dengan mengajukan pengaduan pidana.

Rujukan dibuat untuk sebuah lembaga negara bagian ketika perbuatan curang tersebut dilakukan dalam batas-batas negara bagian dan melanggar undang-undang pidana negara bagian. Di tingkat negara bagian, rujukan yang paling sering dibuat adalah untuk biro fraud negara bagian, dan penuntutan dilakukan oleh jaksa wilayah lokal atau jaksa agung negara bagian.

Rujukan dibuat ke agen federal ketika ada pelanggaran hukum pidana federal. Pada tingkat federal, rujukan yang paling mungkin adalah ke Department of Justice atau FBI, atau *the Office of the Inspector General of the Department of Health and Human Services*. Penuntutan Federal dilakukan oleh jaksa AS atau perwakilan lain dari Departemen Kehakiman AS (Department of Justice).

Jika kedua undang-undang pidana negara bagian bagian dan federal telah dilanggar, perusahaan asuransi harus melaporkan kepada kedua tingkat pemerintahan tersebut, tetapi mungkin harus memutuskan untuk meminta penuntutan pada salah satu tingkat. Pada gugatan perdata, seringkali menguntungkan bagi perusahaan asuransi untuk mengajukan pada tingkat federal untuk memerangi skema yang beroperasi lintas negara bagian.

Personil perusahaan asuransi berkontribusi terhadap investigasi kriminal dengan menyerahkan kepada pemerintah bukti yang mereka peroleh dari penyelidikan mereka sendiri dan dengan bekerja sama dengan personil pemerintah ketika mencari bukti tambahan. Kadang-kadang penyidik perusahaan asuransi dan pemerintah bekerja sama dalam investigasi bersama. Personil perusahaan asuransi juga dapat berpartisipasi dalam penuntutan kasus dengan menjadi saksi atau ahli.

A. SANKSI PIDANA

Fraud asuransi kesehatan yang melanggar hukum pidana dapat mengakibatkan denda besar dan bahkan hukuman penjara.

CONTOH

Kejahatan fraud kesehatan menurut HIPAA dikenakan hukuman denda dan hingga 10 tahun penjara. (Jika pelanggaran mengakibatkan kerusakan fisik yang serius, dapat dikenakan penjara seumur hidup.)

Fraud asuransi kesehatan dapat melibatkan pelanggaran pidana yang merupakan kejahatan.

CONTOH

Menurut undang-undang federal anti-kickbacks ketika awal diberlakukan pada tahun 1972, pelanggaran hukumnya ringan, tidak lebih dari satu tahun penjara dan denda sebesar \$ 10.000. Pada tahun 1977, Kongres meningkatkannya menjadi kejahatan, dengan denda maksimum \$ 25.000 dan hukuman penjara maksimal lima tahun.

Sebuah hukuman atas kejahatan memiliki konsekuensi bagi hak-hak sipil pelaku dan kemampuannya untuk bekerja di masa depan sebagai provider pelayanan kesehatan atau agen asuransi atau broker.

CONTOH

Hukuman terhadap kejahatan biasanya menghasilkan pencabutan otomatis lisensi agen asuransi.

Selain menjatuhkan denda dan hukuman penjara, dalam beberapa kasus pengadilan kasus pidana bisa atau harus memerintahkan terdakwa untuk membayar ganti rugi kepada korban fraud, seperti yang dibahas dalam Bab 16.

18.5. SANKSI PERATURAN

Jika pelaku fraud adalah seorang tenaga kesehatan atau agen asuransi atau broker, perusahaan asuransi dapat merujuk kasus tersebut kepada lembaga regulator yang sesuai. Lembaga tersebut seperti *department of insurance* (untuk agen dan broker), *the state medical examiners board* (untuk dokter), dan dewan perijinan lainnya (untuk tenaga kesehatan lainnya).

Badan-badan ini dapat memberlakukan berbagai sanksi regulasi (***regulatory sanctions***) pada pelaku fraud seperti:

- Mencabut atau menangguhkan lisensi.
- Mengenaikan denda.
- Dalam kasus profesional medis, mereka dapat dibatasi praktik individunya sehingga mendapat otorisasi hanya untuk kegiatan profesional tertentu saja.

Sanksi peraturan tidak bisa dianggap remeh sebagai senjata terhadap fraud. Kehilangan lisensi bagi seorang tenaga kesehatan atau agen atau broker berarti hilangnya mata pencaharian, dan ini biasanya memiliki dampak yang jauh lebih besar dari pembayaran denda atau ganti rugi perdata. Dan bahkan pembatasan praktek oleh badan regulator dapat memiliki konsekuensi serius bagi karir seseorang.

18.6. DIKELUARKAN DARI JARINGAN

Jika kecurangan dilakukan oleh provider yang berafiliasi dengan organisasi managed care, MCO dapat mengeluarkan provider tersebut dari jaringan berarti mengakhiri kontrak (*removal from network*).

Dalam beberapa hal, mengeluarkan provider dari jaringan ini mirip dengan tindakan internal yang dilakukan oleh sebuah perusahaan asuransi, karena melibatkan operasi internal MCO. Namun, penghapusan dari jaringan (*removal*) karena suatu sebab adalah suatu proses kuasi-hukum. Provider harus diberikan proses hukum, artinya dia harus melewati proses tuduhan dan diberi kesempatan untuk membela diri terhadap tuduhan tersebut. Dia juga harus memiliki kesempatan untuk mengajukan banding atas keputusan yang merugikan. Jika proses hukum tidak diberikan, biasanya provider dapat memperoleh pembatalan *removal* oleh pengadilan.

Meskipun ada persyaratan ini, penghapusan dari jaringan sering menjadi tindakan yang paling bijaksana dan efektif yang dapat diambil sebuah MCO terhadap provider. Hal ini karena tuntutan pidana dan gugatan perdata mungkin tidak dapat dilakukan. Sangat sulit untuk membuktikan niat fraud dalam skema khas managed care (seperti tidak memberikan pelayanan yang dibutuhkan atau membuat rujukan yang tidak perlu). Selain itu, kerugian keuangan yang terkait dengan *underutilization* atau rujukan yang tidak layak sulit untuk diukur dan dibuktikan dibandingkan dengan klaim palsu di lingkungan *fee-for-service*.

18.7. INVESTIGASI *SPIN OFF*

Hasil lain dari investigasi terhadap kasus fraud bisa menjadi awal dari sebuah sumber informasi baru untuk menyelidiki kasus tambahan (*spin-off investigation*).

CONTOH

Informasi yang berkaitan dengan praktek-praktek fraud penagihan dari salah satu provider medis digunakan untuk mengidentifikasi praktik-praktik serupa oleh provider lainnya.

Tidaklah mungkin atau tidak menguntungkan untuk memulai investigasi *spin-off* langsung setelah ada petunjuk dari satu bukti. Sumber –sumber investigasi mungkin tidak semua bisa segera diperoleh, atau proses kasus awal terhalang oleh penyelidikan baru. Penyidik harus menyimpan informasi yang diperoleh hari ini untuk digunakan dalam *spin-off* investigasi yang harus ditunda sampai besok.

18.8. HARUSKAH DIAMBIL TINDAKAN HUKUM ?

Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya, ada beberapa pilihan bagi perusahaan asuransi untuk memiliki bukti kecurangan. Namun seringkali keputusan perusahaan asuransi sampai pada pertanyaan, "Haruskah dilakukan tindakan hukum atau tidak?" Jawabannya tergantung pada beberapa faktor:

- pilihan lain,
- bukti,
- pemulihan keuangan,
- pencegahan, dan
- *public relations*.

Perhatikan bahwa tiga faktor terakhir ini merupakan faktor yang diperhitungkan oleh perusahaan asuransi dalam memutuskan sumber daya apa yang akan digunakan untuk program anti-fraud. Pertimbangan ini juga digunakan dalam menentukan bagaimana mengejar kasus fraud tertentu.

A. PILIHAN LAIN

Litigasi itu mahal dan memakan waktu, jadi jika kerugian yang timbul tidak besar dan ada tindakan tindakan efektif lain yang bisa menghentikan aktivitas fraud, ini harus dipertimbangkan. Alternatif yang mungkin adalah tindakan internal, rujukan ke badan pengawas, atau mengeluarkan dari jaringan.

B. BUKTI

Jika bukti yang dimiliki perusahaan asuransi tidak cukup baik untuk kasus perdata atau pidana, tindakan yang lebih ringan harus diambil. Jika bukti-bukti kuat, dapat dipilih tindakan hukum.

CONTOH

- Bukti bahwa seorang dokter menyampaikan diagnosa palsu hanyalah sepintas, yaitu data klaim menunjukkan jumlah diagnosa cedera punggung bawah (*lower back injury*) amat tinggi. Perusahaan asuransi memutuskan untuk menolak membayar klaim lebih lanjut dari dokter untuk penyakit ini kecuali mereka didukung dengan catatan medis.
- Dalam kasus lain, ada saksi mata yang terpercaya mengenai fraud diagnosis dan bersedia untuk bersaksi di pengadilan melawan dokter. Maka kasus ini dirujuk ke penegak hukum untuk dilakukan penuntutan kriminal.

C. PEMULIHAN KEUANGAN

Perusahaan asuransi memiliki kewajiban fidusia untuk melindungi uang dari pemegang saham dan tertanggung mereka. Namun, apakah mereka harus mengajukan kasus perdata untuk mendapatkan kembali uangnya tergantung pada jawaban atas pertanyaan-pertanyaan ini:

- Berapa banyak uang yang dipertaruhkan? Apakah secara substansial lebih besar daripada yang akan dihabiskan untuk litigasi? Semakin besar jumlahnya, semakin besar kemungkinan perusahaan akan melakukan upaya untuk memperoleh kembali uangnya.
- Seberapa besar kemungkinan bahwa perusahaan asuransi akan benar-benar memperoleh kembali uangnya? Apakah kasusnya cukup kuat? Apakah pelaku memiliki uang untuk membayar? Jika tidak, gugatan mungkin tidak dianjurkan.

D. PENCEGAHAN

Kebanyakan ahli setuju bahwa melakukan penuntutan kasus fraud secara hukum akan mencegah calon pelaku. Namun, setiap kasus harus dievaluasi untuk efek jera nya. Perusahaan asuransi harus bertanya:

- Apakah kasus ini cukup besar? Akan calon pelaku mendengar tentang hal itu?
- Apakah hal ini akan mengirim pesan bahwa kecurangan tertentu tidak akan ditoleransi, atau perusahaan asuransi tidak akan mentolerir kecurangan pada umumnya?

E. HUBUNGAN MASYARAKAT

Akhirnya, hubungan masyarakat (*Public Relations*) turut dipertimbangkan dalam keputusan apakah akan dilakukan tindakan hukum atau tidak. Sebuah perusahaan asuransi ingin menunjukkan kepada pemegang polis, regulator asuransi, dan calon pembeli bahwa menuntut fraud secara agresif lebih menekankan tuntutan pidana daripada tuntutan kasus perdata.

F. TINDAK PERDATA ATAU PIDANA?

Kadang-kadang perusahaan asuransi memiliki pilihan apakah meminta kasus dituntut secara pidana atau menggugat sendiri secara perdata. Ada beberapa pertimbangan untuk keputusan ini:

- Bukti. Sebagaimana telah dibahas, hukuman pidana membutuhkan "bersalah tanpa keraguan," sementara pengadilan perdata biasanya hanya memerlukan "bukti yang jelas dan meyakinkan" atau "bukti dominan" (berarti "lebih mungkin daripada tidak").
- Uang yang bisa diperoleh kembali (*financial recovery*). Jika kasus perdata dimenangkan, kerugian dibayarkan kepada perusahaan asuransi. Kemenangan dalam kasus pidana biasanya menghasilkan denda yang dibayarkan kepada pemerintah, meskipun kadang-kadang dimungkinkan adanya restitusi.
- Biaya. Dalam sidang pidana, pemerintah menanggung biaya litigasi. Dalam kasus perdata, perusahaan asuransi yang membayar.
- Pencegahan. Sebuah hukuman pidana dapat mengirim pesan kuat kepada calon pelaku fraud dibanding hukuman perdata.
- Kontrol. Ketika sebuah perusahaan asuransi membawa gugatan perdata, dia sendiri yang menangani litigasi dan memutuskan bagaimana melanjutkan kasus ini. Dalam penuntutan pidana, pemerintah yang melakukan litigasi dan membuat keputusan.
- Risiko Tort. Jika perusahaan asuransi melakukan gugatan perdata ia menghadapi risiko digugat oleh terdakwa untuk pencemaran nama baik, pelanggaran privasi, atau kerugian lain yang lebih besar.

18.9. DAMPAK KEGIATAN ANTI-FRAUD

Upaya anti-fraud cukup membuat perbedaan dalam dunia asuransi. Hal ini terbukti dari meningkatnya jumlah kasus fraud yang terdeteksi dan diselidiki oleh asuransi. Hal ini juga terlihat pada banyaknya uang yang diselamatkan oleh program anti-fraud.

Tabel 18.1 menyajikan data 1998 dari survei yang dilakukan oleh AHIP, mengenai Program antifraud perusahaan asuransi Kesehatan. Perusahaan melaporkan lebih dari \$ 232.000.000 penghematan dihasilkan oleh program anti-fraud, dibandingkan dengan \$ 20.000.000 yang dihabiskan untuk program tersebut. Hal ini berarti ada penghematan \$ 11,41 untuk setiap dolar yang dihabiskan untuk memerangi fraud.

TABEL 18.1

Realisasi penghematan dari Program Anti-Fraud

Passive savings (no monies paid)	\$ 64,086,542
Monetary recovery/restitution (active savings)	34,126,328
Savings identified, but not yet recovered	<u>116,614,282</u>
Allocated savings	214,827,152
Unallocated savings	<u>17,374,023</u>
Overall total savings	<u>232,201,175</u>
Budget for anti-fraud programs	\$ 19,564,906
Companies that provided both savings and budget figures:	
Savings	223,319,127
Budget	19,564,906
Net savings	\$203,754,221
Savings per dollar expenditure	\$11.41

Source: America's Health Insurance Plans

Selain itu, angka tersebut belum mencerminkan banyaknya tindakan fraud yang mungkin terjadi jika program anti-fraud tidak dilakukan. Tentu saja, tidak mungkin untuk mengukur pencegahan. Tapi setidaknya tindakan yang diambil terhadap pelaku fraud membuat calon pelaku berpikir dua kali.

Akhirnya, harus diingat bahwa uang yang diselamatkan oleh kegiatan anti-fraud berkontribusi untuk menurunkan biaya asuransi kesehatan. Dan semakin rendah harga asuransi kesehatan, semakin banyak orang yang mampu membelinya dan semakin kecil jumlah orang yang tidak dijamin. Pekerjaan melawan fraud memberikan kontribusi yang penting untuk masyarakat.

18.10. RINGKASAN

Ada beberapa langkah yang dapat diambil asuransi ketika mengungkapkan bukti fraud. Yaitu menerapkan tindakan internal, membawa gugatan perdata, merujuk kasus tersebut kepada pemerintah untuk penuntutan kriminal, mencari sanksi regulasi, dan (dalam lingkungan managed care) menghapus provider dari jaringan.

Program anti-fraud membuat semakin sulit bagi para pelaku fraud untuk lolos. Upaya personil anti-fraud perusahaan asuransi mengurangi dampak dari skema fraud dan menurunkan biaya asuransi kesehatan untuk semua.

LAMPIRAN

CONTOH PERNYATAAN KEBIJAKAN ANTI FRAUD

**MUTUAL OF OMAHA COMPANIES
POLICY STATEMENT ON FRAUD AND ABUSE**

The Health care system of our nation is vital to the fuller, longer and happier lives for all of our citizens

The detection prevention and elimination of fraud, abuse and overutilization are essential to maintaining a health care system that is affordable for everyone now and in the future

The victim of fraud is ultimately the policy owner. Premiums are calculated on claims experience. and claims experience affected by insurance fraud contributes to abnormally high premiums

Definitions: Fraud is an Intentional act of deceptions, misrepresentations or concealment committed in order to gain something of value

Types: Acts of deception, misrepresentation or concealment against an insurance company can include: altering bills; forgery; billing for services not performed and other irregular billing practices; inflating charges; speculation and false disability claims; fictitious life insurance claims and other irregularities.

In order to; (1) assure proper business practices and claims handling, (2) enhance public trust and confidence in the insurance industry and (3) preserve reasonable premium rates, we adhere to the following principle;

Recognizing the obligation to pay promptly all just claims
There exist an obligation to protect the insurance buying public from
Increased costs due to fraudulent or non meritorious claims

Our companies aggressively investigate and pursue prosecution of health care fraud, abuse and overutilization by providers of medical, chiropractic, dental care and other related service.

We also investigate and pursue prosecution of fraud by producers, company employees, provider employees, claimant fraud rings and other individuals.

We actively cooperate with anti-fraud and anti- abuse efforts of the insurance industry, as well as federal, state and local authorities. We cooperate with other anti-fraud groups whenever possible.

Among other remedies, our fraud policy includes the following punitive action; termination of employment or producer's contracts; recommendation of license revocation; administration discipline; recommendation of criminal prosecution, civil litigation and restitution.

Our companies pursue prosecution of all types of fraud, including
Asset conversion
Claims fraud
Trade secrets and other information abuse
Misrepresentation fraud

We actively encourage education and awareness programs to alert our employees, our insureds and the general public to the fraud problem and the attendant cost to be borne by society.

John W. Weekly
Chairman of the Board and
Chief executive Officer

John A. Sturgeon
President and
Chief Operating Officer

DAFTAR ISTILAH

<i>Absolute privilege</i>	Hak istimewa mutlak untuk dilindungi dalam komunikasi informasi yang berkaitan dengan pengungkapan fraud, dan tidak memerlukan uji itikad baik.
<i>Affiant</i>	Orang yang menandatangani affidavit
<i>Affidavit</i>	Pernyataan tertulis yang ditandatangani oleh seseorang untuk membuktikan bahwa pernyataan tersebut akurat, merupakan dokumen hukum formal, dapat diterima sebagai bukti di pengadilan hukum dan hanya berisi fakta-fakta yang diketahui orang yang menandatangani (<i>affiant</i>).
<i>Anti-fraud compliance</i>	Kepatuhan terhadap syarat untuk mempunyai langkah-langkah tertentu menghadapi fraud asuransi bagi sebuah perusahaan asuransi.
<i>Anti-fraud plan</i>	Rencana anti-kecurangan
<i>Anti-fraud policy statement</i>	Pernyataan kebijakan anti-fraud, pernyataan yang menunjukkan sikap terhadap fraud asuransi.
<i>Any-occupation definition of disability</i>	Definisi kecacatan dimana seseorang tidak mampu untuk melakukan semua pekerjaan yang cocok dengan pendidikan, pelatihan, atau pengalamannya.
<i>Application fraud</i>	Kecurangan/penipuan pada aplikasi asuransi.
<i>Artificial intelligence</i>	Kecerdasan buatan.
<i>Assignment of benefits</i>	Pengalihan manfaat, dimana atas permintaan bertanggung perusahaan asuransi membayar langsung ke provider.
<i>Authenticity of evidence</i>	Bukti yang otentik, bisa menunjukkan tujuannya.
<i>Background information</i>	Informasi umum tentang riwayat pribadi dan keadaan seorang tersangka atau saksi.
<i>Bad faith</i>	Itikad buruk.
<i>Balance billing</i>	Kecurangan provider dengan cara menagih pasien untuk perbedaan (selisih besaran) antara tarif pasien MCO dengan tarif pasien non-MCO.
<i>Best evidence rule</i>	Aturan bukti terbaik, aturan yang menyatakan bahwa hanya bukti terbaik yang dapat diterima di pengadilan.
<i>Billing code</i>	Kode tagihan.
<i>Billing scheme</i>	Skema penagihan.
<i>Bounty program</i>	Program pemberian hadiah/imbalan/bayaran oleh perusahaan asuransi pada orang-orang yang memberikan informasi atas penyimpangan/kecurangan yang mereka ketahui kepada perusahaan asuransi.

<i>Capitation</i>	Kapitasi, metode pembayaran dari perusahaan asuransi kesehatan kepada provider, sejumlah tertentu untuk bulanan atau tahunan, berdasarkan jumlah anggota/peserta asuransi (tertanggung) yang harus dilayani provider untuk semua pelayanan yang dibutuhkan oleh anggota tersebut, tanpa melihat jenis dan jumlah layanan yang diterima oleh tertanggung.
<i>Capitation fee</i>	Biaya kapitasi.
<i>Case preparation</i>	Persiapan kasus, dengan mengumpulkan bukti yang diperlukan untuk menghadapi pelaku dalam tuntutan hukum suatu kasus fraud.
<i>Chain of custody</i>	Lacak balak, kronologi kepemilikan.
<i>Churning</i>	Kecurangan yang dilakukan oleh agen atau broker dengan cara mengganti sendiri polis kliennya yang sudah ada tanpa memperhatikan kebutuhan tertanggung, untuk mendapatkan komisi baru.
<i>Claim fraud</i>	Kecurangan/penipuan klaim.
<i>Collusion</i>	Kolusi, kongkalikong, bersekutu dalam tindakan kejahatan.
<i>Compensatory damages</i>	Kompensasi atas kerugian yang diderita seseorang/satu pihak akibat perbuatan fraud.
<i>Complainant</i>	Pelapor, orang yang pertama kali melaporkan bahwa telah terjadi fraud.
<i>Conditional privilege</i>	Hak istimewa bersyarat suatu komunikasi diproteksi dalam pengungkapan fraud, asalkan dilakukan dengan itikad baik.
<i>Contestable period</i>	Masa contestable, periode dimana perusahaan asuransi dapat membatalkan polis asuransi individu karena adanya misrepresentasi material dalam aplikasi (biasanya dua tahun pertama, atau bisa tiga tahun).
<i>Coordination of benefits (COB)</i>	Koordinasi manfaat untuk mencegah pembayaran ganda pada kasus dimana seseorang dilindungi oleh lebih dari satu pertanggungan asuransi sehingga tertanggung tidak akan menerima lebih dari biaya yang sebenarnya.
<i>Cost-sharing payment</i>	Pembayaran iur biaya.
<i>Criminal prosecution</i>	Penuntutan pidana.
<i>Data mining</i>	Sistem identifikasi fraud dengan menggunakan analisis yang mendalam dari data dan informasi terkait dengan praktik fraud.
<i>Defamation</i>	Fitnah, tindakan yang mencederai reputasi seseorang.
<i>Defendant</i>	Terdakwa.
<i>Diagnosis shifting</i>	Indikasi terjadinya fraud oleh provider dengan cara mengubah diagnose pasien dan menagih dengan diagnosa lain untuk memperoleh pembayaran yang tidak semestinya.
<i>Diagnostic Related Groups</i>	Cara klasifikasi diagnose dengan membagi diagnosa ke lebih dari 20 bagian tubuh

<i>(DRGs)</i>	utama dan membagi lagi kedalam lebih dari 450 grup. Setiap DRG mencerminkan diagnosa sekunder, prosedur, komplikasi, dan faktor lainnya.
<i>Direct submission</i>	Pengajuan langsung dalam hal klaim.
<i>DRG creep</i>	Bentuk kecurangan dengan menempatkan pasien secara sengaja dalam DRG yang berbeda sehingga provider dapat memperoleh pembayaran yang lebih tinggi daripada yang seharusnya.
<i>DRG payment window violation</i>	Pelanggaran yang dilakukan provider agar bisa menerima pembayaran penuh dari perusahaan asuransi dengan cara merubah tanggal layanan sehingga mendapat fasilitas periode pembebasan cost-sharing oleh peserta.
<i>Electronic surveillance</i>	Pengamatan elektronik, dalam melakukan pengamatan peneliti/penyidik menggunakan perangkat elektronik seperti tape recorder, kamera video, dll.
<i>Eligibility fraud</i>	Kecurangan/penipuan mengenai kelayakan(eligibilitas) seseorang untuk dapat dijamin/ditanggung dalam program asuransi
<i>Evidence</i>	Bukti yaitu Dokumen dan benda fisik yang membantu menentukan fakta-fakta suatu kasus.
<i>Evidence inventory sheet</i>	lembar inventarisasi bukti.
<i>Evidence tag</i>	Label bukti.
<i>Explanation of benefits (EOB) statement</i>	Laporan/informasi dari perusahaan asuransi kepada tertanggung atas pelayanan yang telah diberikan provider dan jumlah yang telah dibayar perusahaan asuransi untuk pelayanan tersebut.
<i>False claim</i>	Kklaim palsu.
<i>Fee splitting</i>	Pemecahan biaya, salah satu bentuk suap dengan cara memisahkan sebagian biaya untuk suap.
<i>Fee-for-service</i>	Metode pembayaran dari perusahaan asuransi yang besarnya menurut jenis dan jumlah pelayanan yang diberikan provider kepada pasien.
<i>Fictitious group</i>	Kelompok (grup) fiktif.
<i>Fraud</i>	Kecurangan, penipuan.
<i>Fuzzy logic</i>	Salah satu bentuk kecerdasan buatan (menggunakan komputer) dengan menggunakan data yang dikumpulkan dan selanjutnya memperhitungkan berbagai faktor sekaligus, memberikan bobot untuk masing-masing faktor, dan mengukurnya secara kolektif dan membuat kesimpulan.
<i>Gang visit</i>	Indikasi terjadinya fraud oleh provider dimana terjadi pemberian pelayanan yang sama kepada sejumlah besar pasien di fasilitas yang sama pada tanggal yang sama.

<i>General release</i>	Rilis umum, izin yang diberikan bertanggung kepada provider untuk melepas rekam medisnya kepada perusahaan asuransi.
<i>Genetic algorithm</i>	Algoritma genetika.
<i>Health care abuse</i>	Penyalahgunaan pada pelayanan kesehatan, dimana pelaku (biasanya provider) melakukannya tidak atas niat untuk menipu, walaupun tetap menimbulkan kerugian bagi perusahaan asuransi.
<i>Health care fraud</i>	Kecurangan/Penipuan pada pelayanan kesehatan.
<i>Immunity</i>	Kekebalan. Statuta kekebalan adalah undang-undang yang melindungi perusahaan asuransi dari tuntutan hukum dengan menetapkan bahwa asuransi tidak bisa dituntut untuk kegiatan yang merupakan bagian dari upaya ber-itikad baik untuk menyelidiki dan mencegah fraud.
<i>Information exchange coordinator</i>	Koordinator pertukaran informasi, Pusat kontak untuk berbagi informasi dalam rangka investigasi fraud, yang ditunjuk oleh Departemen Kehakiman Amerika dan masing-masing perusahaan asuransi yang menjadi anggota.
<i>Insurance agent</i>	Agen asuransi, orang yang bertindak sebagai wakil penjualan perusahaan asuransi.
<i>Insurance broker</i>	Broker asuransi, yang bertindak sebagai wakil pembeli asuransi untuk mendapatkan asuransi terbaik.
<i>Insurance commissioner</i>	Kepala departemen asuransi pemerintahan negara bagian
<i>Insurance department</i>	Departemen asuransi, Badan pelaksana dari pemerintah negara bagian untuk asuransi, yang bertanggung jawab untuk menegakkan hukum asuransi dan mengatur industri asuransi.
<i>Insurance fraud</i>	Kecurangan/penipuan asuransi.
<i>Insurance fraud bureau</i>	Biro fraud asuransi, bagian dari departemen asuransi di pemerintahan negara bagian untuk menangani kegiatan-kegiatan anti-fraud.
<i>Insurance speculation</i>	Spekulasi asuransi, kecurangan konsumen yang dengan sengaja membeli beberapa polis asuransi kesehatan agar dapat menerima pembayaran manfaat ganda untuk satu pengeluaran.
<i>Integrity of evidence</i>	Integritas suatu bukti, dapat dibuktikan keasliannya.
<i>Internal action</i>	Tindakan internal, tindakan penyelesaian sendiri terhadap kasus fraud yang dilakukan perusahaan asuransi, tanpa melibatkan seseorang dari pihak luar seperti penegak hukum atau pengadilan.
<i>Internal fraud</i>	Kecurangan/penipuan oleh karyawan perusahaan asuransi (termasuk agen/broker).
<i>Invasion of privacy</i>	Pelanggaran atas hak privasi seseorang.

<i>Kickback</i>	Sejenis suap, pembayaran yang diberikan atas jasa seseorang yang berkomplot dalam (biasanya) kejahatan.
<i>Kinesics interviewing</i>	Teknik wawancara yang menggunakan kinesics.
<i>Kinesics</i>	Isyarat <i>nonverbal</i> (seperti ekspresi wajah dan bahasa tubuh) dari seseorang ketika berbicara.
<i>Libel</i>	Pencemaran nama baik dalam bentuk pernyataan tertulis.
<i>Limitation (in disability)</i>	Kegiatan yang tidak mampu dilakukan seseorang secara fisik maupun mental akibat dari kondisi cacatnya.
<i>Link analysis</i>	Analisa tautan, salah satu bentuk kecerdasan buatan (menggunakan komputer) dengan mengungkap, menampilkan, dan menganalisa pola interaksi data yang dikumpulkan, dan membuat hubungan menjadi jelas secara visual.
<i>Malice</i>	Kedengkian, kebencian yang melatar belakangi timbulnya fitnah.
<i>Malicious prosecution</i>	Penuntutan balik dari orang yang diperkarakan dalam kasus fraud terhadap pihak yang menggugat/melapor dalam kasus fraud.
<i>Malingering</i>	Kecurangan asuransi oleh konsumen dengan cara berpura-pura sakit atau cacat agar tetap mendapat santuan asuransi diabilitas.
<i>Mandatory restitution</i>	Restitusi wajib yang diperintahkan oleh pengadilan.
<i>Manual detection</i>	Deteksi manual, sistem deteksi klaim yang berbasis kertas.
<i>Material statement</i>	Pernyataan material, pernyataan tentang suatu subjek masalah dan cenderung mempengaruhi tindakan orang yang menerima pernyataan itu. Adanya pernyataan material oleh pelaku merupakan salah satu elemen terjadinya fraud.
<i>Network (managed care)</i>	Grup provider yang dikontrak dalam managed care.
<i>Neural network</i>	sistem kecerdasan buatan yang meniru cara kerja otak manusia dalam memproses informasi, belajar, dan mengingat.
<i>Outcome study</i>	Evaluasi hasil perawatan medis suatu provider dibandingkan dengan praktisi lain.
<i>Out-of-court settlement</i>	Penyelesaian di luar pengadilan, kesepakatan antara penggugat dan tergugat dalam gugatan perdata. Dalam kasus fraud asuransi, perusahaan asuransi biasanya menghentikan pengejaran kasus ini dengan imbalan uang dikembalikan oleh terdakwa.
<i>Overutilization</i>	Overutilisasi, penggunaan berlebihan, salah satu bentuk kecurangan yang dilakukan provider dengan memberikan pelayanan kepada pasien yang secara medis tidak
<i>Untuk kalangan sendiri</i>	

	diperlukan.
<i>Own-occupation definition of disability</i>	Definisi cacat dimana seseorang tidak mampu untuk melakukan pekerjaannya sendiri secara normal.
<i>Payment history</i>	Riwayat pembayaran, pembayaran yang sudah dilakukan oleh perusahaan asuransi kepada provider atau tertanggung.
<i>Physical surveillance</i>	Pengawasan fisik (langsung) oleh peneliti/penyidik.
<i>Ping-pong referral</i>	Salah satu bentuk fraud berupa rujukan pasien bolak-balik di antara provider tertentu, dalam rangka memberikan pelayanan yang lebih banyak dan memperoleh pembayaran lebih banyak.
<i>Plaintiff</i>	Penggugat.
<i>Policyholder submission</i>	Pengajuan klaim oleh pemegang polis, biasanya terjadi pada asuransi swa kelola.
<i>Post-payment utilization review</i>	Kajian pembayaran pasca pemanfaatan, dengan melakukan analisis pola klaim yang telah dibayarkan untuk mencari apakah ada penyimpangan.
<i>Privilege</i>	hak istimewa untuk mengkomunikasikan informasi tertentu tertentu, sehingga tidak dapat menjadi objek gugatan.
<i>Provider profiling system</i>	Menelusuri profil provider untuk mengidentifikasi praktek medis yang di luar praktek yang normal dari grup sejawat (peer group).
<i>Punitive damages</i>	Ganti rugi yang besarnya melebihi dari kerugian yang sebenarnya terjadi, dimaksudkan untuk menghukum pelaku dan mencegah orang lain melakukan tindakan yang sama.
<i>Rebate</i>	Rabat, potongan harga.
<i>Red flag</i>	Karakteristik tertentu dalam suatu klaim yang mengindikasikan kecurigaan terjadinya kecurangan.
<i>Regulatory sanction</i>	Sanksi regulasi, misalnya pencabutan izin praktek bagi professional medis.
<i>Relevance of evidence</i>	Bukti yang relevan, bukti yang memiliki hubungan signifikan terhadap kasus yang diperkarakan.
<i>Residual disability</i>	Sisa disabilitas, tunjangan cacat seseorang yang sudah dapat bekerja tetapi upah yang diterima tidak sebanyak seperti sebelumnya, sehingga besaran tunjangan hanya selisih antara apa tertanggung terima sebelum dan setelah disabilitas.
<i>Restitution</i>	Restitusi, ganti rugi yang dibayar oleh terdakwa untuk mengkompensasi kerugian korban akibat perbuatan terdakwa.
<i>Restriction (in disability)</i>	Istilah dalam disabilitas yaitu kegiatan yang bisa tetapi tidak boleh dilakukan seseorang karena akan memperburuk atau memperparah penyakitnya.
<i>Rolling lab</i>	Laboratorium keliling (biasanya dalam mobil yang berkeliling dari satu lingkungan

ke satu lingkungan pemukiman).

<i>Self-administration</i>	Swa-kelola, majikan yang mensponsori program jaminan kesehatan untuk karyawannya melakukan sendiri tugas pengelolaan jaminan, kadang-kadang termasuk pemrosesan klaim.
<i>Signed statement</i>	Pernyataan yang ditandatangani oleh orang yang diinterview, untuk membuktikan bahwa isi wawancara tersebut akurat.
<i>Slander</i>	Fitnah yang berbentuk pernyataan lisan.
<i>Special investigative unit (SIU)</i>	Unit investigasi khusus, unit khusus dalam perusahaan asuransi yang bertugas memerangi kecurangan klaim.
<i>Specific release</i>	Rilis khusus, izin khusus untuk mengakses catatan medis pasien yang berhubungan dengan beberapa penyakit tertentu (seperti penyakit mental atau ketergantungan obat).
<i>Standard of proof</i>	Standar pembuktian yang harus dipenuhi untuk membuktikan kasus.
<i>Statutory law</i>	Undang-undang tertulis.
<i>Subject of an investigation</i>	Subjek investigasi, orang yang diinvestigasi, tersangka, pelaku.
<i>Subjective disability</i>	Cacat subyektif, dimana tidak ada tes medis atau protokol medis yang bisa membuktikan benar atau tidaknya kondisi atau gejala cacat seseorang, hanya dia yang bisa menyatakan dia sakit atau cacat.
<i>Synopsis</i>	Ringkasan singkat dari penyelidikan, biasanya dalam urutan kronologis.
<i>Tort</i>	Kesalahan yang dianggap sebagai penyebab bisa dilakukannya gugatan perdata.
<i>Total disability</i>	Cacat total.
<i>Twisting</i>	Kecurangan yang dilakukan agen atau broker dengan cara membujuk konsumen untuk mengganti polis yang ada walaupun tidak diperlukan oleh pemegang polis, dalam rangka mendapatkan komisi.
<i>Unbundling</i>	Pengajuan klaim yang sengaja dipisah untuk pelayanan yang seharusnya ditagih sebagai satu kesatuan pelayanan. Ini adalah jenis kecurangan/penipuan yang dilakukan provider agar menerima pembayaran lebih besar daripada yang akan diterima dibandingkan jika klaim diajukan secara benar yaitu satu kesatuan pelayanan.
<i>Undercover operation</i>	Operasi penyamaran dimana peneliti atau penyidik tidak hanya mengamati tetapi juga berinteraksi dengan subjek yang diamati.
<i>Underutilization</i>	Underutilisasi, kecurangan yang dilakukan provider dengan tidak memberikan pelayanan yang secara medis diperlukan oleh pasien.
<i>Untuk kalangan sendiri</i>	

Upcoding

Jenis kecurangan/penipuan yang dilakukan provider dengan cara merubah kode diagnosa dari diagnosa yang sebenarnya agar mendapatkan pembayaran yang lebih besar dari perusahaan asuransi.

Wiretapping

Penyadapan, merekam percakapan telepon tanpa persetujuan dari salah satu pihak



Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia