

Terdeteksi sekitar 1 juta klaim rumah sakit yang melayani peserta JKN mengandung unsur kecurangan (fraud)

Pendahuluan

Merujuk informasi di media disampaikan oleh Deputy Pencegahan KPK, Bapak Pahala Nainggolan, bahwa terdeteksi sekitar 1 juta klaim rumah sakit yang melayani peserta JKN mengandung unsur kecurangan (fraud). Klaim tersebut adalah klaim semester 2 tahun 2015 dengan nilai yang menakutkan pula yaitu sekitar Rp. 400 milyar.

Sebenarnya risiko fraud selalu melekat pada program Jaminan Kesehatan, baik yang bersifat wajib seperti Program JKN, maupun program pilihan seperti Program yang dikelola oleh badan asuransi umum dan jiwa. Bahkan di USA, sebuah negara dengan perkembangan asuransi kesehatan cukup baik, juga mengalami gangguan fraud dengan kisaran 10-15% dari total biaya klaim. Masalahnya, Pemerintah baru saja menaikan iuran JKN dengan pertimbangan BPJS Kesehatan sebagai pengelola JKN mengalami defisit anggaran akibat pembayaran biaya pelayanan kesehatan lebih besar dari iuran yang diterima. Pengelolaan Program JKN memang tidak mudah, dengan jumlah peserta yang sangat besar untuk ukuran pengelolaan program asuransi kesehatan, jumlah transaksi klaim tentu sangat besar. Jika utilisasi rawat inap sekitar 1% saja, maka dari sekitar 165 juta peserta, akan terjadi 1.650.000 klaim per



bulan, atau 19,800,000 klaim per semester. Merujuk informasi di media sebagaimana disampaikan Deputy Pencegahan KPK, dari sisi jumlah klaim sekitar 1 juta di semester 2 tahun 2015, berarti jumlah klaim terduga fraud sekitar 5% dari seluruh dokumen klaim. Tentu tidak mudah mengelola klaim dalam jumlah yang sangat besar tersebut, termasuk mendeteksi kemungkinan adanya kecurangan (fraud)

Secara khusus regulasi tentang fraud pada program JKN belum ada, namun kecurangan adalah penyimpangan yang tidak dapat diterima. Salah satu kunci penting kriteria fraud adalah adanya unsur kesengajaan untuk mendapatkan keuntungan.

Perkembangan Program JKN saat ini adalah kebutuhan implementasi Koordinasi antar manfaat program JKN dengan Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT). Diharapkan semua pihak dapat menyadari pentingnya mencegah dan mengendalikan risiko fraud, agar keberlangsungan program JKN maupun AKT dapat terjaga dengan baik.

Dalam rangka meningkatkan kesadaran semua pihak untuk bersama-sama mengendalikan fraud dan menjaga keberlangsungan program JKN, maka akan diselenggarakan seminar tentang 'Pengendalian Fraud Klaim Pengobatan Program Jaminan Kesehatan Nasional'.

Tujuan

Pasca seminar diharapkan peserta memahami:

1. Pentingnya mengenal karakteristik klaim pengobatan terduga mengandung kecurangan
2. Manajemen risiko fraud pada program JKN dan asuransi kesehatan pada umumnya
3. Teknik investigasi klaim pengobatan terduga fraud

Bentuk Kegiatan

Kegiatan dilakukan dalam bentuk seminar dengan menghadirkan pembicara yang kompeten dalam bidang jaminan/ asuransi kesehatan, khususnya hal-hal yang terkait dengan fraud.

Meningkatkan kesadaran semua pihak untuk bersama-sama mengendalikan fraud dan menjaga keberlangsungan program JKN