

## FRAUD DALAM ASURANSI KESEHATAN

Ade Heryana, SST, MKM  
e-mail: heryana@esaunggul.ac.id  
Dosen Prodi Kesmas Universitas Esa Unggul

### TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Memahami kondisi fraud asuransi kesehatan di Indonesia
2. Memahami pengertian Fraud dalam asuransi kesehatan
3. Memahami penyebab fraud pada asuransi kesehatan
4. Memahami jenis-jenis fraud dalam asuransi kesehatan
5. Memahami pencegahan fraud dalam asuransi kesehatan

### KONDISI FRAUD DI INDONESIA

Kejadian Fraud masih terus menghambat pelayanan asuransi kesehatan di Indonesia. Meskipun Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI) memprediksi pertumbuhan industri asuransi kesehatan pada kuartal IV tahun 2017 sebesar 10%, namun industri ini kerap kali berisiko bisnis dan fraud yang cukup tinggi<sup>1</sup>. Data BMAI<sup>2</sup> (Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi Indonesia) pada tahun 2016 menunjukkan terdapat 19 kasus klaim asuransi kesehatan yang sudah dilakukan mediasi. Sedangkan sampai Oktober 2017 sudah tercatat ada 60 kasus (termasuk asuransi lainnya).

Kondisi fraud bukan hanya dialami asuransi kesehatan swasta, namun juga BPJS Kesehatan sebagai asuransi sosial di Indonesia. Menurut laporan KPK pada semester satu tahun 2015 terdapat sekitar 175.000 klaim dari Pemberi Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan. Dari ribuan klaim tersebut, senilai Rp 400 miliar terdeteksi ada kecurangan terutama dari praktik *upcoding*<sup>3</sup>.

Sementara menurut lembaga Indonesia Corruption Watch (ICW), jaminan kesehatan menjadi nomor urut kedua terbesar sebagai obyek korupsi di sektor kesehatan. Pada periode 2010-2016 kerugian negara dari korupsi dana jaminan kesehatan mencapai Rp 62,1 miliar.

---

<sup>1</sup> Kontan online, "AAUI: Asuransi Kesehatan Bisa Tumbuh Sekitar 10%" 06 November 2017

<sup>2</sup> BMAI: Badan yang memediasi dan menawarkan jasa arbitrase jika ada perselisihan mengenai klaim asuransi antara perusahaan asuransi dengan nasabah

<sup>3</sup> Kompas online, "Ada Indikasi 1 Juta Klaim Fiktif, ini Jawaban BPJS Kesehatan" 24 Februari 2017

BPJS Kesehatan bersama dengan berbagai pihak berupaya mengawal program JKN-KIS agar tidak mengalami fraud, antara lain dengan ICW, Satuan Pengawas Internal (SPI), Dewan Pengawas, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Otoritas Jasa Keuangan (OJK), Badan Pengawas Keuangan (BPK), Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan (BPKP), Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK), dan Kantor Audit Publik (KAP). Bahkan BPJS Kesehatan bekerjasama dengan KPK dan Kemenkes RI membantuk Tim Satgas Penanganan Kecurangan dalam Program JKN.<sup>4</sup>

Menurut data AAUI, kapitalisasi nilai premi asuransi kesehatan swasta sampai pertengahan tahun 2017 mencapai Rp 2,36 triliun atau meningkat 10% dibanding pertengahan 2016 yang mencapai Rp 2,14 triliun. Sementara dari nilai klaim mengalami penurunan dari Rp 1,77 triliun (rasio klaim 82,5%) pada pertengahan 2016, menjadi Rp 1,69 triliun pada pertengahan 2017 (rasio klaim 71,8%)<sup>5</sup>. Besarnya nilai klaim ini sangat berpotensi untuk timbulnya praktik fraud pada asuransi kesehatan swasta di Indonesia.

Artikel ini akan membahas fraud pada asuransi kesehatan, penyebab, jenis-jenisnya, dan berbagai upaya pencegahannya.

## PENGERTIAN FRAUD

Istilah fraud disebut juga *fraude* (Belanda) atau *concealment* atau “kecurangan” dalam terminologi bahasa Indonesia. Definisi Fraud menurut beberapa literatur adalah sebagai berikut:

1. Green & Rowell (2011) mengutip definisi dari HIPAA (*The Health Insurance Portability and Accountability Act*) mendefinisikan Fraud sebagai berikut “*an intentional deception or misrepresentation that someone makes, knowing it is false, that could result in an unauthorized payment*”.
2. Menurut Todd (2009) dalam bukunya berjudul “*The Managed Care Contracting Handbook Planning and Negotiating the Managed Care Relationship*”, Fraud adalah
  - a. *Intentional misrepresentations that can result in criminal prosecution, civil liability, and administrative sanctions.*

---

<sup>4</sup> Kabar24, “BPJS Kesehatan Dorong Pengawasan Berlapis Cegah Fraud” 16 September 2017

<sup>5</sup> Kontan online, “AAUI: Asuransi Kesehatan Bisa Tumbuh Sekitar 10%” 06 November 2017

- b. *Intentional lying or concealment by policyholders to obtain payment of an insurance claim that would otherwise not be paid, or lying or misrepresentation by the insurance company managers, employees, agents, and brokers for financial gain*
3. Dalam Surat Edaran OJK (Otoritas Jasa Keuangan) No.46 tahun 2017, disebutkan bahwa Fraud adalah “tindakan penyimpangan atau pembiaran yang sengaja dilakukan untuk mengelabui, menipu, atau memanipulasi sehingga pihak lain menderita kerugian, sedangkan pelaku fraud memperoleh keuntungan”.
4. Dalam Kamus Asuransi yang disusun oleh A. Hasyim Ali seperti dikutip oleh Sarwo (2015), Fraud adalah “tindakan penipuan, misrepresentasi fakta penting yang dibuat secara sengaja, dengan maksud orang lain mempercayai fakta itu dan akibatnya orang itu menderita kesukaran keuangan”.

Dari berbagai definisi Fraud di atas, maka tindakan Fraud memiliki ciri-ciri atau karakteristik sebagai berikut:

1. Terdapat niat dan perencanaan jahat atau tindakan penyimpangan. Tindakan fraud mengandung unsur perbuatan melawan hukum dalam bentuk kesalahan.
2. Mengandung unsur penipuan, pemalsuan, dan pengelabuan. Menurut Sarwo (2015) karakteristik ini berbentuk penyembunyian fakta material atau dalam asuransi kesehatan disebut dengan *medical fact* seperti menyembunyikan riwayat penyakit kronis.
3. Terdapat kekeliruan dalam tindakan, namun diketahui oleh pelaku atau ada tindakan pembiaran. Dengan demikian tindakan fraud dilakukan secara sengaja atau dibiarkan secara sengaja.
4. Menimbulkan pembayaran klaim yang tidak sah dan kerugian kepada pihak lain. Suatu tindakan atau perbuatan dikatakan fraud jika ada korban yang dirugikan, dan korban tersebut menuruti kemauan pelaku (Sarwo, 2015).
5. Berdampak pada tuntutan kriminal, kewajiban sipil, dan sanksi administratif. Menurut Sarwo (2015) tindakan fraud bisa dikenakan pasal 381 KUHP dan tidak pidana pemalsuan sesuai pasal 263 ayat (1) KUHP
6. Dapat dilakukan oleh insurer, insured, dan provider kesehatan. Asuransi kesehatan melibatkan tiga pihak yang kemungkinan besar dapat melakukan tindakan fraud. Pihak tersebut terdiri dari penerima manfaat pelayanan kesehatan (insured), pemberi pelayanan kesehatan atau PPK (provider), dan penanggung manfaat pelayanan kesehatan (insurer).

Terdapat tumpang tindih pengertian antara Fraud, Abuse, dan Moral Hazard. Menurut Picard (2013), Fraud dalam asuransi memiliki tingkatan keparahan yang berbeda, yaitu 1)

Fraud yang tidak direncanakan (tambahan); 2) Fraud yang direncanakan yang bersifat kriminal; dan 3) Fraud yang oportunistik. Moral hazard sering disebut dengan fraud yang tidak direncanakan, sedangkan abuse merupakan fraud bersifat oportunistik.

Dalam praktik asuransi kesehatan terdapat kesulitan dalam membedakan antara Moral Hazard dengan Fraud. Keduanya mengandung konotasi negatif dalam pelaksanaan asuransi. Dionne (2013) bahkan menyamakan *insurance fraud* dengan *ex-post moral hazard*. Namun demikian Hoyt dkk menyatakan bahwa Fraud memiliki tingkat keparahan moral yang lebih tinggi dibanding Moral Hazard. Hoyt dkk menyatakan “*fraud is an extreme version of moral hazard*”.

Fraud berbeda dengan *abuse* dalam niat yang dilakukan oleh individu. Menurut Green & Rowell (2011), “*abuse involves actions that are inconsistent with accepted, sound medical, business, or fiscal practices. Abuse directly or indirectly results in unnecessary costs to the program through improper payments*”. Dengan demikian abuse lebih kepada tindakan inkonsisten, bukan perbuatan yang mengandung niat untuk merekayasa tagihan klaim (Marcinko & Hetico, 2006).

Sementara menurut Djasri (NA), suatu tindakan dikatakan abuse “jika sarana pelayanan kesehatan tidak mengikuti standar pelayanan kedokteran yang mengakibatkan adanya biaya yang tidak diperlukan”. Contoh abuse misalnya memberikan harga pelayanan, obat, atau alat medis yang terlalu mahal.

## **PENYEBAB FRAUD DALAM ASURANSI KESEHATAN**

Menurut Hymes & Wells (2013), kejadian fraud sering terjadi pada industri asuransi terutama asuransi kesehatan. Berbagai alasan kenapa kecurangan pada transaksi klaim asuransi masih sering terjadi adalah:

1. Klaim asuransi fiktif tersebar pada populasi orang yang banyak. Lebih mudah bagi asuransi menemukan klaim fiktif dari perusahaan, instansi pemerintah, atau perusahaan asuransi lainnya dibanding pada individu masyarakat;
2. Beberapa orang tidak menyukai perusahaan asuransi, berdasarkan anggapan bahwa perusahaan asuransi hadir saat premi dibayar namun akan hilang saat klaim asuransi ditagih. Beberapa pengusaha juga lebih mementingkan kesejahteraan dirinya dibanding jaminan kesehatan karyawannya. Kondisi ini mendorong orang melakukan kecurangan pada perusahaan asuransi;

3. Sebagian besar fraud disebabkan teknologi untuk memproses klaim. Sistem yang dikembangkan untuk mendeteksi fraud kalah canggih dibanding praktik fraud itu sendiri.
4. Peran oknum tenaga kesehatan yang sangat besar dalam terjadinya fraud.

Di sisi lain, Sarwo (2015) mengutip laporan dari *Department of Justice Health Care* Amerika Serikat tahun 1998, yang menyatakan ada tiga penyebab dasar timbulnya fraud dalam pelayanan kesehatan, yaitu:

- A. Kebutuhan (*need*). Fraud bisa timbul karena kondisi pemegang polis dan/atau tertanggung sedang mengalami kesulitan keuangan saat sebelum terjadinya kerugian.
- B. Kesempatan (*opportunity*). Fraud juga timbul karena adanya kesempatan yang disebabkan oleh adanya kerugian perusahaan yang tidak dapat ditelusuri atau disebabkan adanya celah hukum yang dapat dimanfaatkan pemegang polis dalam rangka pengajuan klaim fiktif.
- C. Kecerakahan (*greed*). Fraud bisa dilakukan pemegang polis karena karakter seseorang yang memiliki hasrat dan nafsu serakah. Hal ini tercermin dari sikap irasional seseorang yang memandang bahwa tindakan fraud sebagai suatu pembenaran atau justifikasi dan sesuai dengan kode etik.

Sedangkan menurut GIAJ atau Asosiasi Asuransi Umum Jepang, fraud terjadi jika memenuhi kriteria berikut:

1. Apabila seseorang memiliki beberapa polis asuransi
2. Apabila seseorang memiliki nilai pertanggungan yang besar
3. Apabila seseorang mengajukan klaim terus menerus

## JENIS-JENIS FRAUD

*Association of Certified Fraud Examiners (ACFE)* membagi Fraud ke dalam dua kelompok, yaitu 1) Fraud yang dilakukan oleh insurer/nasabah; dan 2) Fraud yang dilakukan oleh insured atau pemberi manfaat. Sementara pada asuransi kesehatan, fraud juga dapat dilakukan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK). ACFE mengelompokkan PPK dalam kategori insured.

### Fraud oleh Insurer

Fraud yang dilakukan oleh *insured* atau penerima manfaat atau nasabah, terdiri dari empat macam yaitu:

1. Pemalsuan saat aplikasi/pendaftaran (*False applications*), contohnya:
  - a. Pemalsuan dalam mengisi biodata/kualifikasi, misalnya usia.
  - b. Menyembunyikan kondisi sebenarnya, misalnya tidak memberi tahu riwayat penyakit kronis. Kondisi bisa dilakukan oleh oknum agen asuransi.
2. Pemalsuan klaim coverage/cakupan (*False claims of coverage*), contohnya:
  - a. Klaim fiktif. Tindakan ini merupakan fraud paling sering dilakukan insured.
    - RS menambahkan tagihan klaim untuk pemeriksaan yang tidak pernah dilakukan, atau laboratorium menambahkan jenis pemeriksaan yang tidak diminta oleh dokter untuk kemudian ditagih ke perusahaan asuransi.
    - Dokter dalam melakukan klaim dalam bulan yang bersangkutan menggunakan sebagian nama pasien yang datang berobat, sisanya hanya menggunakan kartu identitas tanpa pasien berobat;
    - Beberapa nama pasien diajukan dengan beberapa kali kunjungan untuk berobat padahal kenyataannya hanya berobat satu kali;
    - Beberapa nama keluarga pasien diajukan dalam klaim pada hal yang sebenarnya nama tersebut tidak berobat;
    - Unit Gawat Darurat (UGD) melakukan penagihan klaim tindakan yang sebenarnya tidak dilakukan
    - Mengajukan klaim pelayanan kesehatan yang sudah dibayar *cash* oleh pasien,
  - b. Klaim tidak sesuai dengan keadaan.
    - Dalam asuransi kesehatan terdapat praktik *upcoding* yaitu upaya menaikkan kelas/kode pelayanan dibandingkan pelayanan yang sebenarnya untuk mendapatkan klaim yang lebih besar (Marcinko & Hetico, 2006).
    - Contoh tindakan fraud di farmasi adalah menambah jumlah obat yang diresepkan oleh dokter, mengganti obat generik dengan obat bermerk.
    - Pada pelayanan mata bisa terjadi fraud dalam bentuk melakukan pemeriksaan mata gratis dalam penggantian kacamata (pemeriksaan dilakukan oleh Refraksion Optis) namun dalam klaimnya terdapat pemeriksaan oleh dokter spesialis mata agar dapat diganti. Jenis lainnya adalah pemberian potongan harga kacamata padahal harga telah dinaikkan terlebih dahulu.
    - Kasus bedah kosmetik diklaim sebagai tindakan kasus kecelakaan
    - Mengajukan klaim sebagai perawatan syaraf yang sebenarnya pasien diberi tindakan ekstrasi
    - Pelayanan rawat inap hanya tiga hari, tertulis lima hari.

- Pelayanan kesehatan di rumah, dilaporkan dilakukan di fasilitas kesehatan.
  - Pelayanan kesehatan oleh dokter umum, diklaim dilakukan oleh dokter spesialis.
  - Melaporkan diagnosis dan prosedur yang berbeda agar mendapat keuntungan lebih.
- c. Niat untuk mendapatkan pelayanan yang tidak dicakup. Misalnya pembelian *food supplement* atau kosmetik yang tidak di-cover asuransi, namun pada kuitansi ditambahkan obat lain agar mendapat penggantian.
3. Kesalahan klaim oleh penerima manfaat (*False beneficiaries*)
- a. Pencurian identitas oleh pihak ketiga. Dalam hal ini pemberi pelayanan kesehatan mengambil data-data pasien untuk dimasukkan dalam klaim asuransi.
  - b. Pembayaran kepada penerima manfaat fiktif. Misalnya meminjamkan kartu kepada orang yang tidak berhak, misalnya anggota keluarga lain yang tidak ditanggung. Bisa juga seseorang mengaku karyawan dari perusahaan yang bekerjasama dengan perusahaan asuransi.
4. Penggelapan (*Skimming*)
- a. Pencurian premi. Misalnya kasus oknum karyawan yang menggelapkan atau tidak membayarkan premi asuransi kesehatan perusahaan untuk digunakan secara pribadi. Kasus ini bisa melibatkan internal perusahaan asuransi.
  - b. Pencurian penerimaan lainnya. Misalnya bisa terjadi nasabah membeli obat yang di-cover asuransi, kemudian obat tersebut tidak dikonsumsi sesuai petunjuk dokter, namun dijual kepada pihak lain. Dalam praktiknya banyak ditemukan “penadah” obat di berbagai perusahaan yang membeli obat secara murah dari penerima manfaat (bisa karyawan atau pensiunan) untuk dijual dan mendapat keuntungan.
  - c. Hanya mengikutsertakan anggota keluarga yang sakit dalam program asuransi kesehatan di perusahaan.

### **Fraud oleh Insurer**

Fraud yang dilakukan oleh insurer atau perusahaan asuransi atau pemberi manfaat, terdiri dari empat macam yaitu:

1. Kecurangan dalam penolakan klaim (*fraudulent denials*)
  - a. Menolak klaim yang valid
  - b. Pembayaran klaim dibawah perjanjian yang ada atau tidak sesuai dengan perjanjian.
2. Pencurian dokumen perjanjian (*theft of settlements*)

- a. Pencurian tagihan klaim oleh internal perusahaan
- b. Pencurian tagihan klaim oleh pihak ketiga
3. Kebijakan klaim yang salah (*false claim policy*)
  - a. Pemalsuan klaim oleh agen internal
  - b. Pemalsuan klaim oleh pihak ketiga
4. Praktik penipuan oleh agen asuransi (*Deceptive sales practices*)
  - a. Kesalahan penulisan/pernyataan cakupan
  - b. Kesalahan penulisan/pernyataan tentang premi
  - c. Pembebanan biaya yang berlebih
  - d. Skrining kesehatan yang ilegal. Oknum agen asuransi melakukan kerjasama dengan calon nasabah menyembunyikan kondisi sakit, agar risiko kesehatan masuk dalam kategori rendah dan menanggung premi yang murah.

## PENCEGAHAN FRAUD

Tindakan fraud ada yang dapat diatasi oleh insurer, namun ada pula yang sulit diatasi. Zweifel, Krey & Tagli (2007) menyatakan bahwa ada tiga tingkatan fraud menurut kemudahannya dalam upaya pencegahan oleh perusahaan asuransi kesehatan (insurer), yaitu:

- a. Fraud yang merupakan tindakan ekstrim atau lanjutan dari moral hazard yang dilakukan oleh insured. Pada kondisi ini insurer dapat mengatasinya dengan melakukan inspeksi dan pengurangan/penolakan benefit.
- b. Fraud yang diakibatkan oleh praktik kecurangan yang dilakukan pemberi pelayanan kesehatan (PPK). Hal ini ditanggulangi dengan memberi insentif kepada PPK yang memberikan dan melaporkan pelayanan ke pasien dengan jujur.
- c. Fraud yang diakibatkan oleh adanya “jual-beli” pelayanan kesehatan oleh PPK. Misalnya PPK yang mendapatkan kontrak kerjasama dengan insurer melakukan “sub kontrak” dengan PPK lain tanpa diketahui oleh insurer. Hal ini sulit ditangani jika kompetisi pelayanan kesehatan yang terjadi antar PPK lemah, karena PPK yang menerima “sub kontrak” akan menerima harga pelayanan dengan harga jual murah kepada PPK penerima kontrak dari insurer.

Mengingat Fraud dapat dilakukan oleh berbagai pihak dalam penyelenggaraan asuransi kesehatan, maka sebaiknya pencegahan dilakukan berlapis sejak penyaringan calon nasabah



hingga pembayaran klaim ganti rugi. Dengan demikian, dalam konteks mikro beberapa upaya dapat dilakukan dalam rangka mencegah Fraud antara lain:

1. Saat penyaringan calon nasabah
  - a. Memeriksa rekam jejak calon nasabah. Upaya ini akan efektif jika terdapat pertukaran informasi data calon nasabah, misalnya dalam bentuk “Daftar Hitam” nasabah asuransi. Upaya ini sudah lama dilakukan di negara maju seperti Jepang. Negara ini melakukan kompilasi data dan pertukaran informasi sesama perusahaan asuransi bila ada kecenderungan dan kecurigaan fraud. Data tersebut mencakup kontrak, data klaim, data pemegang polis, dan obyek asuransi, yang diakses terbatas hanya pada kalangan tertentu saja. Indonesia sedang menginisiasi pertukaran data dengan membuat AAUI Checking sejak Desember 2016<sup>6</sup>
  - b. Memeriksa kembali pernyataan premi dan jenis cakupan baik yang diajukan oleh calon nasabah atau oleh agen internal
2. Saat pemberian pelayanan kepada nasabah
  - a. Pengawasan aktif oleh manajemen baik terhadap internal perusahaan asuransi maupun terhadap pihak pemberi pelayanan kesehatan (PPK)
  - b. Komunikasi dan sosialisasi yang aktif dengan pemberi pelayanan kesehatan bila ada perubahan atau perbaharuan yang menyangkut perjanjian asuransi kesehatan antara perusahaan asuransi dengan nasabah.
3. Saat pengajuan klaim oleh nasabah
  - a. Terdapat unit khusus yang mengawasi fraud. Seperti yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan yang membentuk Unit Kerja Bidang Manajemen Utilisasi dan Anti Fraud bagi pelayanan kesehatan primer dan layanan rujukan di seluruh kantor cabang BPJS Kesehatan. Unit ini bertugas membangun sistem pencegahan kecurangan JKN-KIS dan memberikan sosialisasi pencegahan kecurangan kepada internal dan eksternal. BPJS Kesehatan juga mendorong seluruh pelayanan kesehatan (Puskesmas, Rumah Sakit, Klinik, dsb) membentuk tim pencegahan kecurangan.
  - b. Mengembangkan sistem informasi atau aplikasi yang dapat mendeteksi potensi kecurangan melalui data klaim asuransi.
4. Saat pembayaran klaim kepada nasabah

---

<sup>6</sup> CNN Indonesia, “Belajar Menangani Fraud Asuransi dari Jepang” 13 Oktober 2017

- a. Memastikan transaksi pembayaran dilakukan secara transfer kepada rekening nasabah yang tertuang pada kontrak asuransi
- b. Melakukan monitoring dan kontrol yang rutin terhadap pembayaran klaim kepada nasabah

Sementara dalam konteks makro dapat menggunakan Siklus Anti Fraud yang dikembangkan oleh European Commission tahun 2013, seperti yang dikutip dari situs online Mutu Pelayanan Kesehatan Indonesia. Program anti Fraud ini terdiri dari lima yaitu:

1. *Awareness*. Program ini adalah upaya untuk membangun kesadaran pada pelaku asuransi kesehatan bahwa fraud adalah tindakan kriminal yang dapat merugikan pihak lain. Upaya ini dilakukan dengan menjalankan sosialisasi dan edukasi tentang potensi bahaya fraud.
2. *Reporting*. Program ini adalah upaya mengadukan segala tindakan fraud baik yang dilakukan insured, insurer, atau PPK.
3. *Detection*. Program ini merupakan upaya untuk mendeteksi secara nasional terhadap potensi fraud dan tindakan fraud. Salah satu upaya yang sedang dijalankan di Indonesia adalah dengan mengembangkan AAUI Checking.
4. *Investigation*. Program ini merupakan upaya untuk melakukan investigasi dalam rangka pembuktian tindakan fraud asuransi kesehatan. Dalam hal ini perlu campur tangan pihak berwajib.
5. *Sanctioning*. Program ini adalah upaya pemberian sanksi administratif atau sanksi pidana terhadap pelaku fraud asuransi kesehatan, sesuai dengan aturan yang berlaku.

Sebagai lembaga tertinggi di Indonesia yang menangani masalah kecurangan pada lembaga keuangan termasuk industri asuransi kesehatan, OJK telah menerbitkan kebijakan yang mengatur dan mencegah timbulnya fraud<sup>7</sup>. Kebijakan tersebut adalah aturan mengenai pengendalian fraud dan penerapan strategi anti fraud bagi perusahaan asuransi dan reasuransi. Peraturan ini tertuang dalam Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan atau SE OJK No.46/2017 tentang Pengendalian Fraud, Penerapan Fraud, Dan Laporan Strategi Anti Fraud bagi Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi, Perusahaan Reasuransi Syariah, atau Unit Syariah. Aturan itu diterbitkan sebagai aturan turunan dari Peraturan OJK atau POJK No.69/2016 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi. Ketentuan dalam SEOJK tersebut mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan yaitu 25 Agustus 2017.

---

<sup>7</sup> Bisnis online, "OJK Terbitkan Aturan Anti Fraud" 03 September 2017

Beberapa poin penting mengenai anti fraud yang tertuang dalam SEOJK No.46/2017 antara lain ialah

- a. Perusahaan asuransi diwajibkan melaksanakan pengendalian fraud yang meliputi aspek pengawasan aktif manajemen, organisasi dan pertanggungjawaban, pengendalian dan pemantauan, serta edukasi dan pelatihan.
- b. Perusahaan asuransi diwajibkan menerapkan strategi anti fraud yang meliputi pencegahan, deteksi, investigasi, pelaporan, sanksi, serta pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut.
- c. Perusahaan asuransi diwajibkan menyampaikan laporan strategi anti fraud kepada OJK. Adapun, penyampaian laporan dapat dilakukan secara online melalui sistem jaringan komunikasi data, ataupun melalui alamat email yang telah ditetapkan OJK.

## KESIMPULAN

Fraud dalam asuransi kesehatan merupakan risiko yang harus dihadapi oleh perusahaan penjamin kesehatan. Kecenderungan kejadian fraud di Indonesia meningkat baik dilihat dari jumlah klaim maupun nilai klaim. Jika dibiarkan, fraud akan merugikan industri asuransi kesehatan di Indonesia.

Suatu tindakan dikatakan Fraud jika mengandung unsur penipuan, kesengajaan, menguntungkan diri sendiri dan mengorbankan atau merugikan pihak lain. Kejadian Fraud pada asuransi kesehatan dapat dilakukan oleh tiga pihak yaitu insurer (penjamin manfaat pelayanan kesehatan), insured (penerima manfaat pelayanan kesehatan), dan provider (pemberi pelayanan kesehatan). Dengan demikian, jenis-jenis tindakan fraud bermacam-macam sesuai dengan siapa yang melakukannya.

Faktor penyebab fraud bermacam-macam, namun menurut Department of Justice Health Care AS ada hal yang mendasarinya antara lain *need* (kebutuhan), *opportunity* (kesempatan), dan *greed* (keserakahan). Sehingga pencegahan fraud sebaiknya dilakukan secara sistematis untuk mencegah tiga hal tersebut.

Berdasarkan proses yang terjadi dalam asuransi kesehatan, pencegahan terhadap fraud dapat dilakukan saat a) proses pendaftaran asuransi oleh peserta; b) proses pemberian pelayanan kesehatan oleh PPK; c) pengajuan klaim oleh peserta atau PPK; dan d) pembayaran klaim asuransi.

## LATIHAN

1. Cari dari berbagai sumber tentang kondisi fraud asuransi kesehatan di negara lain (selain Indonesia).
2. Cari definisi Fraud dari sumber pustaka selain yang disebutkan pada artikel ini.
3. Carilah teori penyebab Fraud dari sumber yang belum disebutkan dalam artikel ini.
4. Berikan satu contoh fraud pada pelayanan kesehatan di Puskesmas, dan jelaskan penyebabnya menurut teori yang diberikan oleh *Department of Justice Health Care AS*.
5. Carilah contoh pencegahan fraud di negara selain Indonesia.

## KEPUSTAKAAN

- Dionne, George (2013). "Introduction" dalam Dione, Georges (editor), *Handbook of Insurance*, 2nd edition, New York: Springer Science and Business Media
- (2013). "Economic Analysis of Insurance Fraud" dalam Dione, Georges (editor), *Handbook of Insurance*, 2nd edition, New York: Springer Science and Business Media
- Djasri, Hanevi. NA. "Mekanisme Pengawasan dalam Jaminan Kesehatan: Tinjauan Kepustakaan" dalam *File Presentasi Hanevi Djasri (PKMK FK UGM)*.
- Green, Michele A, dan JoAnn C Rowell. 2011. *Understanding Health Insurance A Guide to Billing and Reimbursement, 10th edition*, New York: Delmar Cengage Learning
- Marcinko, David Edward dan Hope Rachel Hetico. 2006. *Dictionary of Health Insurance and Managed Care*, New York: Springer Publishing
- Sarwo, Yohanes Budi. 2015. "Tinjauan Yuridis terhadap Kecurangan (Fraud) dalam Industri Asuransi Kesehatan di Indonesia" dalam *Jurnal Ilmiah Hukum Unika Atmajaya* 2105.
- Todd, Maria K. 2009. *The Managed Care Contracting Handbook Planning and Negotiating the Managed Care Relationship, 2nd edition*, New York: Productivity Press
- Zweifel, Peter, Boris B. Krey, dan Maurizio Tagli. 2007. "Supply of Private Voluntary Health Insurance in Low-income Countries" dalam Alexander S. Praker, Richard M. Scheffer, dan Mark C. Bassett, *Private Voluntary Health Insurance in Development: Friend or Foe?*, NW: The World Bank, 2007.