
FRAUD DALAM BPJS

Dr Wening Prastowo SpF

SANKSI

- ❑ PIDANA
- ❑ PERDATA
- ❑ UU TIPIKOR

ABUSE

- **Penyalah-gunaan** adalah bentuk lain yang dapat merugikan dalam pelayanan kesehatan. Penyalah-gunaan yang dilakukan dalam proses pelayanan sehingga merugikan dapat berupa malpraktek atau overutilization.

FRAUD

- ❑ Kecurangan : adalah suatu bentuk upaya yang secara sengaja dilakukan dengan menciptakan suatu manfaat yang tidak seharusnya dinikmati baik oleh individu atau institusi dan dapat merugikan pihak lain.
- ❑ **Kecurangan** memiliki arti tidak jujur, tidak lurus hati, tidak adil dan keculasan. **W.J.S. Purwadarminta dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI)**

Kecurangan di Era JKN

Adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan.

- PMK 36/2015 pasal 1

1. UP CODING

- Memasukkan klaim penagihan atas dasar kode yang tidak akurat, yaitu diagnosa atau prosedur yang lebih kompleks atau lebih banyak menggunakan sumberdayanya, sehingga menghasilkan nilai klaim lebih tinggi dari yang seharusnya.

-
- ❑ Pasien diagnosa luka bagian kuku ibu jari, diarahkan dokter untuk mendapatkan pelayanan rawat inap dan ditagihkan sebagai kasus rawat inap
 - ❑ Acute appendicitis (K.35.9) → Acute appendicitis with peritoneal abcess (K.35.0)
 - ❑ Kasus persalinan biasa → persalinan penyulit (hipertensi, KPD, Induksi)

-
- DM tanpa komplikasi → DM dengan komplikasi

2. CLONING

- Menggunakan sistem rekam medis elektronik dan membuat model spesifikasi profil pasien yang terbentuk secara otomatis dengan menkopi profil pasien lain dengan gejala serupa untuk menampilkan kesan bahwa semua pasien dilakukan pemeriksaan lengkap



3. PHANTOM BILLING tagihan
untuk layanan yang tidak
pernah diberikan .

-
- Pasien rawat jalan dengan diagnosa osteomyelitis, masuk hanya untuk konsul, tapi ditagihkan juga biaya fisio terapi.

4. INFLATED HOSPITAL BILLS

menaikkan tagihan global untuk prosedur dan perawatan yang digunakan pasien khususnya untuk alat implan dan obat-obatan

-
- Pasien memperoleh resep kronis dengan obat kutain caps, namun pihak apotek pelengkap mengentri dengan obat kutain inj. Tagihan obat kutain yang seharusnya 11.892 menjadi 1.325.100

5. SERVICE UNBUNDLING OR FRAGMENTATION

menagihkan beberapa prosedur secara terpisah yang seharusnya dapat ditagihkan bersama dalam bentuk paket pelayanan, untuk mendapatkan nilai klaim lebih besar pada satu episode perawatan pasien



6. SELF-REFERRAL penyedia layanan kesehatan yang merujuk kepada dirinya sendiri atau rekan kerjanya untuk memberikan layanan, umumnya disertai insentif uang atau komisi .

-
- Pasien masuk dengan akan dikakukan tindakan operasi. Tetapi dokter tidak mau melakukan operasi Karena jumlah jasanya sedikit, maka pasien dirujuk ke rumah sakit swasta dimana dokter juga bekerja di rumah sakit swasta tersebut

-
- **7. REPEAT BILLING** menagihkan lebih dari satu kali untuk prosedur, obat-obatan dan alkes yang sama padahal hanya diberikan satu kali

8. LENGTH OF STAY menagihkan biaya perawatan pada saat pasien tidak berada di rumah sakit atau menaikkan jumlah hari rawat untuk meningkatkan nilai klaim

(INA CBGs tidak memasukkan sbg indikatornya)

9. CORRECT CHARGE FOR TYPE OF ROOM menagihkan biaya perawatan untuk ruangan yang kelas perawatannya lebih tinggi daripada yang sebenarnya digunakan pasien

10. TIME IN OPERATION ROOM

menagihkan prosedur menggunakan waktu OR rata rata maksimal operasi, bukan durasi operasi yang sebenarnya, khususnya jika durasi tersebut lebih singkat daripada reratanya

□ **11. KEYSTROKE MISTAKE**

kesalahan dalam mengetikkan kode diagnosa dan atau prosedur yang dapat mengakibatkan klaim lebih besar atau lebih kecil

12. CANCELLED SERVICE penagihan terhadap obat, prosedur atau layanan yang sebelumnya sudah direncanakan namun kemudian dibatalkan.

-
- **13.NO MEDICAL VALUE** penagihan untuk layanan yang tidak meningkatkan derajat kesembuhan pasien atau malah memperparah kondisi pasien, khususnya yang tidak disertai bukti efikasi ilmiah

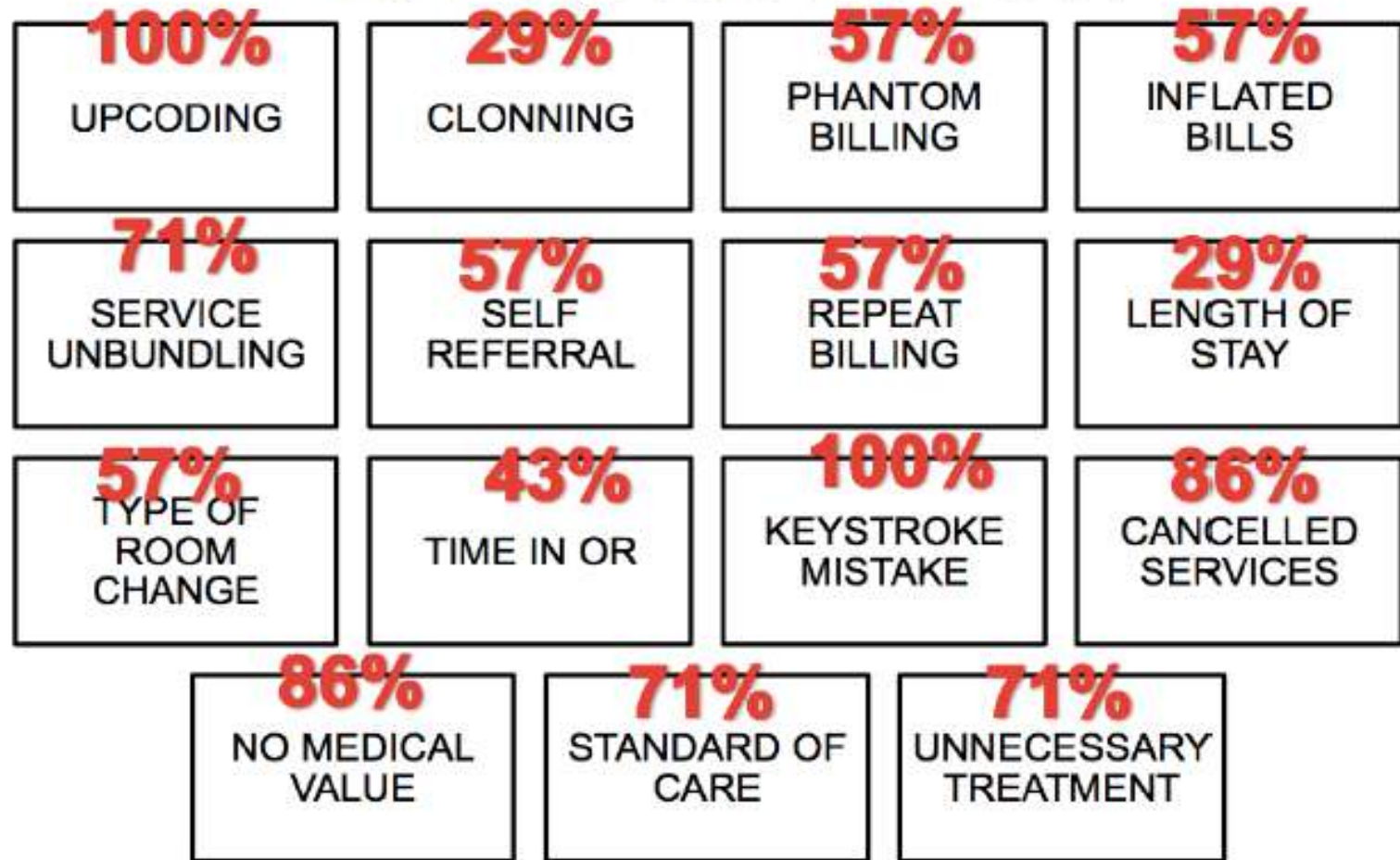
14. STANDARD OF CARE penagihan layanan yang tidak sesuai standar kualitas dan keselamatan pasien yang berlaku

-
- **15. UNNECESSARY TREATMENT**
penagihan atas pemeriksaan atau terapi yang tidak terindikasi untuk pasien

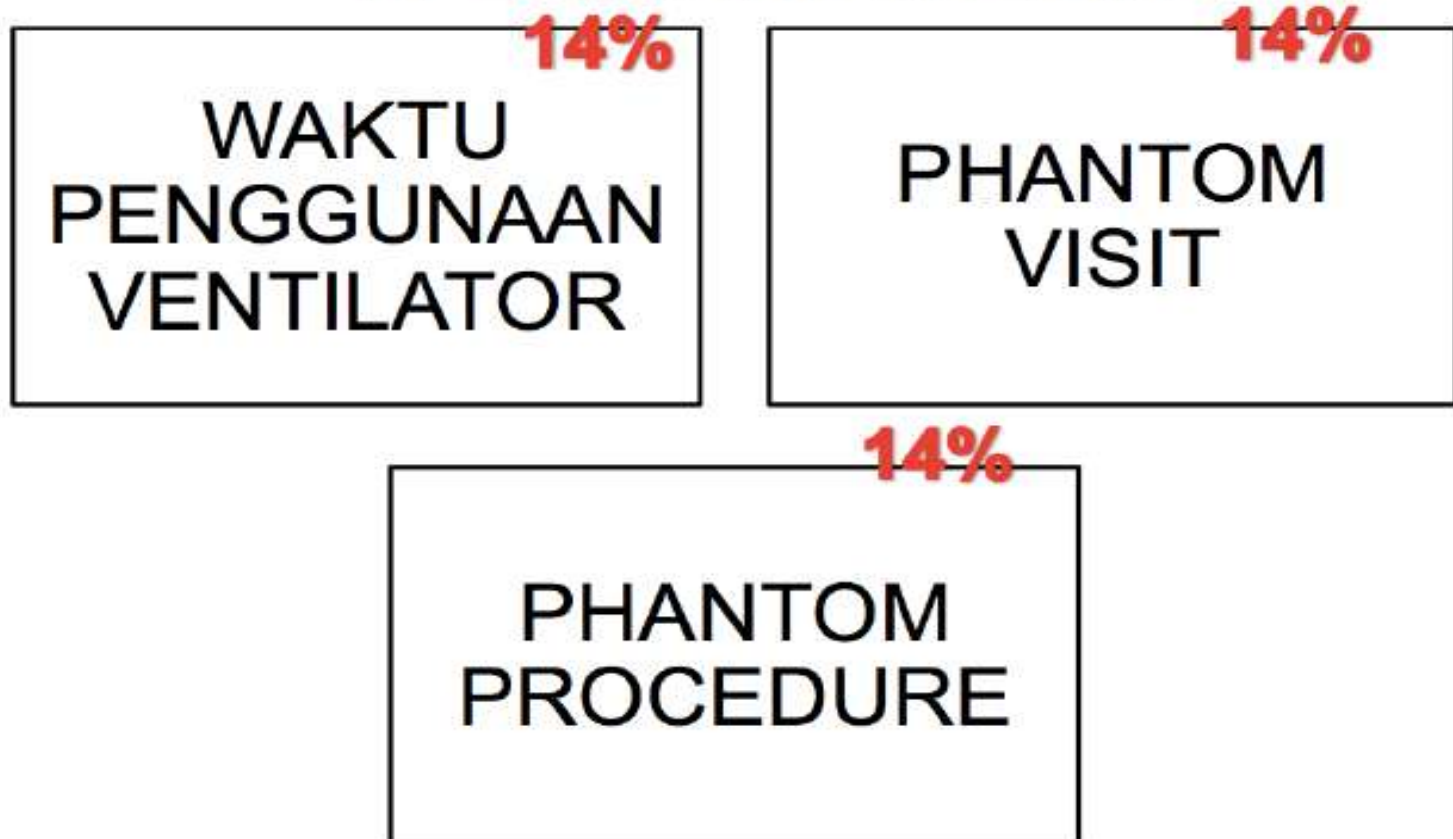
<i>Length of stay</i>	<i>Length of stay</i> merupakan klaim atas biaya pelayanan kesehatan yang lebih besar akibat perubahan lama hari perawatan inap	CMG khusus untuk penyakit Jiwa
<i>Type of room charge</i>	<i>Type of room charge</i> merupakan klaim atas biaya pelayanan kesehatan yang lebih besar akibat perbedaan kelas perawatan	pasien masuk RITL dan dirawat dikelas 2, Hak perawatan kelas 2 tetapi di entri oleh koder di kelas 1
<i>Cancelled services</i>	<i>Cancelled service</i> merupakan klaim atas diagnosis dan/atau tindakan yang tidak jadi dilaksanakan	Pada pasien RITL dengan rencana tindakan biopsi, tidak jadi dilakukan tindakan karena alasan teknis RS (contoh: dokter tidak berada di tempat), namun tindakan biopsi tetap ditagihkan ke BPJS.
<i>No medical value</i>	<i>No medical value</i> merupakan klaim atas tindakan yang tidak berdasarkan kebutuhan atau indikasi medis	pasien masuk UGD dengan keluhan kecelakaan lalu lintas kesadaran baik, tidak mual, tidak muntah, tidak pusing tidak menderita luka robek atau terbuka dan didiagnosa oleh dokter Cedera Kepala Ringan dan diarahkan rawat inap dengan pemeriksaan MRI dan Darah Lengkap.
<i>Standard of care</i>	<i>Standard of care</i> merupakan klaim atas diagnosis dan/atau tindakan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan	Pasien X mendapatkan permintaan tindakan kolonoskopi di RJTL tanggal 07/8/2014, namun setelah tindakan pasien dirawat inapkan tanpa indikasi rawat hingga tanggal 12/8/2014.

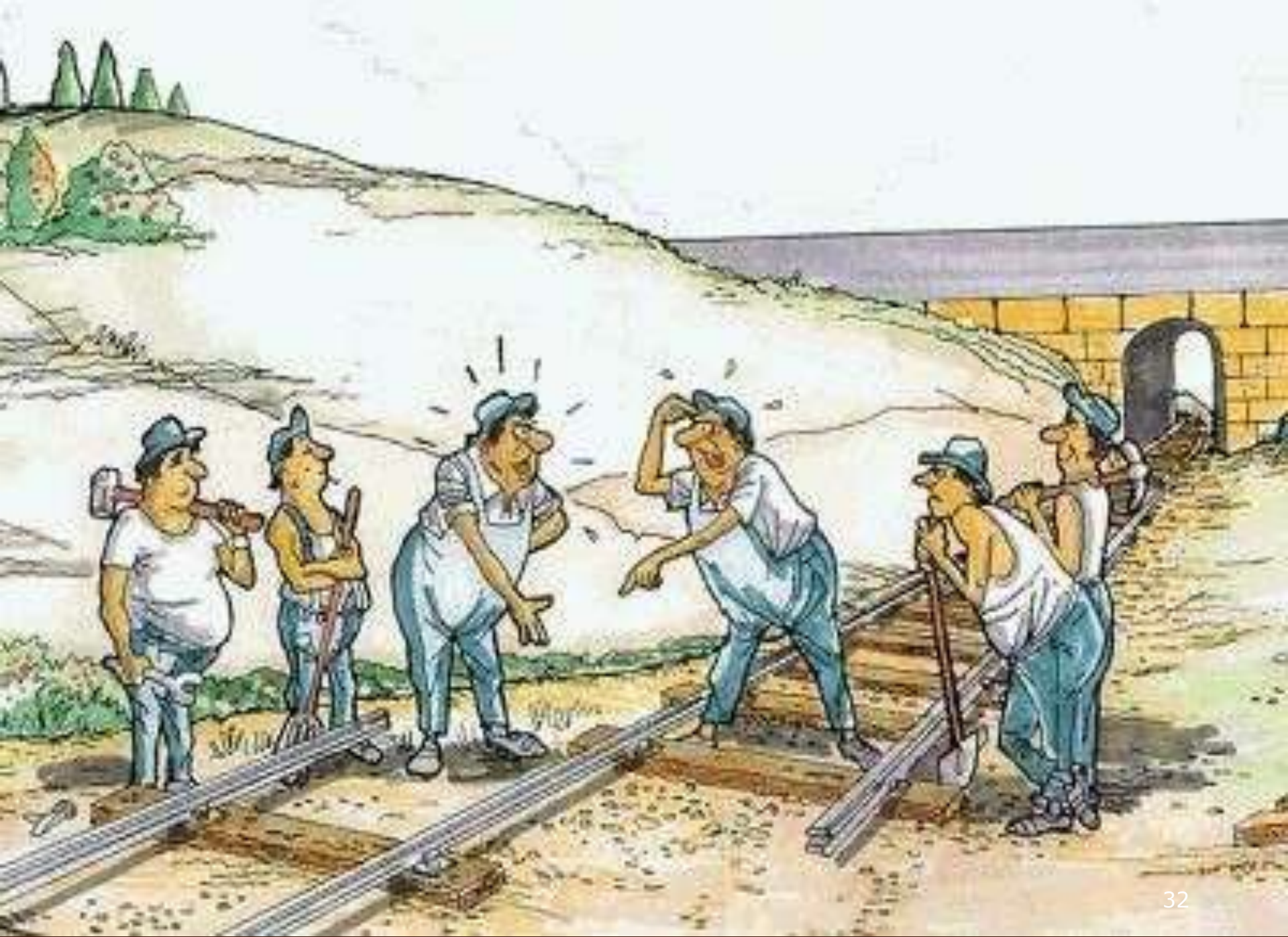
<i>Unnecessary treatment</i>	<i>Unnecessary treatment</i> merupakan klaim atas tindakan yang tidak diperlukan	Pasien dengan keluhan dispepsia dirawat inap untuk dilakukan endoscopy.
<i>menambah panjang waktu penggunaan ventilator</i>	menambah panjang waktu penggunaan ventilator merupakan klaim yang lebih besar akibat penambahan lama penggunaan ventilator yang tidak sesuai dengan kebutuhan.	Pemakaian ventilator di ICU
<i>phantom visit</i>	<i>phantom visit</i> merupakan klaim atas kunjungan pasien palsu	Klaim atas jasa visit dokter tetapi tidak tercatat dalam rekam medis
<i>phantom procedures</i>	<i>phantom procedure</i> merupakan klaim atas tindakan yang tidak pernah dilakukan	Pemakaian CT Scan/tindakan/operasi/prosedur namun hasilnya tidak ada (sejenis dengan phantom billing)
<i>readmisi</i>	<i>readmisi</i> merupakan klaim atas diagnosis dan/atau tindakan dari satu episode yang dirawat atau diklaim lebih dari satu kali seolah-olah lebih dari satu episode	pasien dipulangkan kemudian diminta masuk kembali

KAJIAN UGM: POTENSI FRAUD DI 7 RS. TIPE A DI INDONESIA



KAJIAN UGM: POTENSI FRAUD DI 7 RS. TIPE A DI INDONESIA





TERIMA KASIH

Sumber : materi bimtek manajemen fraud dan sengketa medik berbasis HBL bagi rumah sakit di era JKN