



UNIVERSITAS
GADJAH MADA

Disampaikan pada:

Sesi Corruption & Fraud Mitigation (Blok 3) – Mata Kuliah Pembiayaan Kesehatan – Prodi KMK FK-KMK UGM

Online via Zoom – Jumat, 29 Agustus 2025

Health Care Fraud & Corruption Mitigation Strategies

Puti Aulia Rahma, drg., MPH, CFE

Konsultan & Peneliti – PKMK FKMK UGM | **Dosen** – Prodi IKM & KMK FKMK UGM | **Deputi Direksi Bidang Riset** – ACFE Indonesia



UNIVERSITAS
GADJAH MADA

PERKENALAN

drg., Puti Aulia Rahma, MPH, CFE



Konsultan & Peneliti Bidang Anti-Fraud Kesehatan
di Pusat Kebijakan & Manajemen Kesehatan (PKMK)
FK KMK UGM (sejak 2010)



- Jakarta, 6 September 1985
- Dokter Gigi → Fakultas Kedokteran Gigi – UGM (2003 – 2010)
- MPH → Magister Manajemen Rumah Sakit (MMR) – IKM FK KMK UGM) (2008 – 2010)
- Konsultan Manajemen Kesehatan → Ikatan Konsultan Kesehatan Indonesia (IKKESINDO) (2018)
- Certified Fraud Examiner (CFE) → Associated of Certified Fraud Examiner (ACFE) Global (2018)

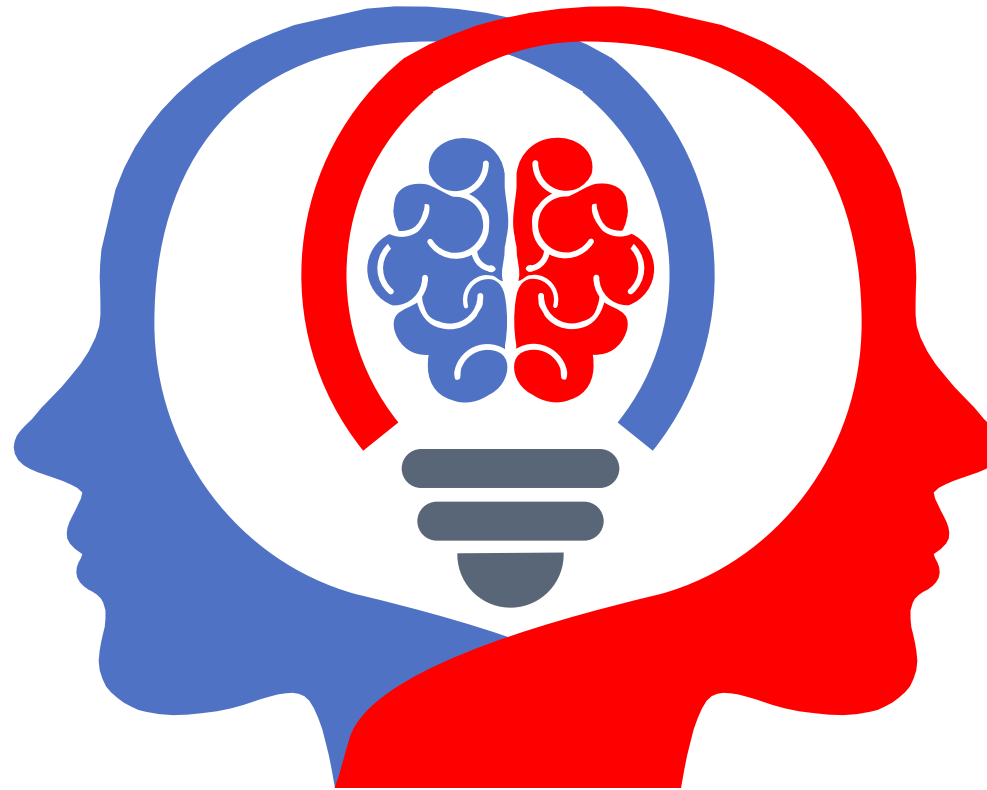
Pengalaman dalam Bidang Pencegahan Fraud Kesehatan



Edukasi & Peningkatan Keterampilan

Sejak awal tahun 2014 melakukan edukasi maupaun peningkatan keterampilan pencegahan fraud kesehatan kepada:

- **Kepala Cabang BPJS Kesehatan** di seluruh Indonesia (126 orang)
- Jajaran **Dewan Pengawas BPJS Kesehatan**,
- **Lebih dari 50 Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota** di Indonesia
- **Lebih dari 300 fasilitas kesehatan** seperti rumah sakit, maupun FKTP milik pemerintah maupun swasta, diantaranya: FKTP & FKRTL Wilayah Jawa Timur, FKTP & FKRTL Wilayah Surakarta, FKTP & FKRTL Wilayah Sumatera Barat, FKTP & FKRTL Wilayah Jawa Tengah & DI Yogyakarta, FKTP & FKRTL Wilayah Sulawesi, RSUP Dr. Sardjito, RS Pusat Jantung Nasional Harapan Kita, RSD Moewardi, RSD Sidoarjo, RS Ludira Husada, RSUP M. Djamil, RSUP Sanglah, RSU Dadi Keluarga Purwokerto, RS PKU Muhammadiyah Bantul, Jaringan RS Muhammadiyah seluruh Indonesia dll.
- **Perusahaan asuransi kesehatan** seperti: BPJS Kesehatan, Yakes Telkom, Mandiri INHEALTH, dll.



Pengembangan Regulasi

Terlibat mulai dari penyusunan PMK No. 36/2015 hingga revisi PMK tersebut menjadi **PMK No. 16/2019**. Termasuk juga dalam penyusunan juknis & juklak penerapan PMK No. 16/2019.



Deteksi & Investigasi

Mendampingi **deteksi internal di 30 RS**, mendampingi **investigasi internal di 6 RS**, serta mengembangkan model deteksi potensi fraud dengan **metode analisis data klaim & clinical content analysis** di RS.

Lanjutan ...



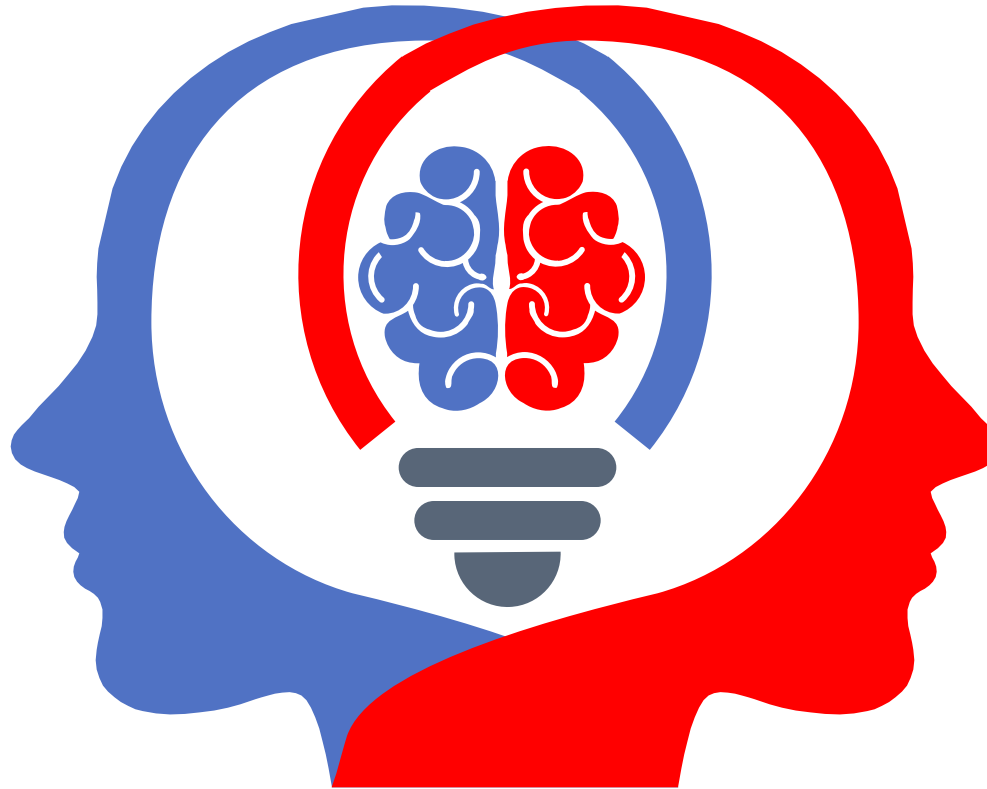
Penelitian

Melaksanakan penelitian **bekerjasama dengan** organisasi seperti **KPK, SUSTAIN**, dll untuk memotret fenomena fraud layanan kesehatan dalam program JKN.



Dosen Tamu

Menjadi **dosen tamu dengan topik anti-fraud layanan/asuransi kesehatan** di Fakultas Kedokteran, Keperawatan, dan Kesehatan Masyarakat (FKMK) UGM dan beberapa universitas swasta.



Ahli Persidangan

Menjadi ahli persidangan **terkait kasus dugaan fraud JKN**.



Lainnya

Anggota **TKMKB** Kota Yogyakarta, **Steering Committee** Indonesia Healthcare Anti-Fraud Forum (INAHAFF)

Bagaimana Saya Dapat Membantu Anda?

Seminar/Kuliah Tamu

Bertujuan meningkatkan pemahaman dan kesadaran terkait pencegahan fraud

Penelitian

Bertujuan membantu mengungkap fakta & fenomena fraud Kesehatan serta menghasilkan berbagai rekomendasi perbaikan

Pelatihan Teknis

Bertujuan meningkatkan keterampilan teknis dalam pelaksanaan program-program anti-fraud

Advokasi

Bertujuan menyampaikan rekomendasi-rekomendasi yang berbasis riset & keilmuan terkini untuk pengembangan program pencegahan fraud

Pendampingan

Bertujuan mendampingi tim internal organisasi untuk melaksanakan program-program anti-fraud

Kemitraan & Dukungan Komunitas

Bertujuan untuk mengembangkan dan menerapkan berbagai program pencegahan fraud kesehatan bekerjasama dengan berbagai pihak terkait





UNIVERSITAS
GADJAH MADA

APA YANG KITA PELAJARI?

Apa yang Kita Pelajari?

1. Pengantar → Mengenali fenomena fraud layanan Kesehatan, pelaku, skema, regulasi, hingga penyebab terjadinya
2. Kerangka Mitigasi & Penanganan → Komponen, prinsip, dan contoh penerapan



UNIVERSITAS
GADJAH MADA

1. PENGANTAR

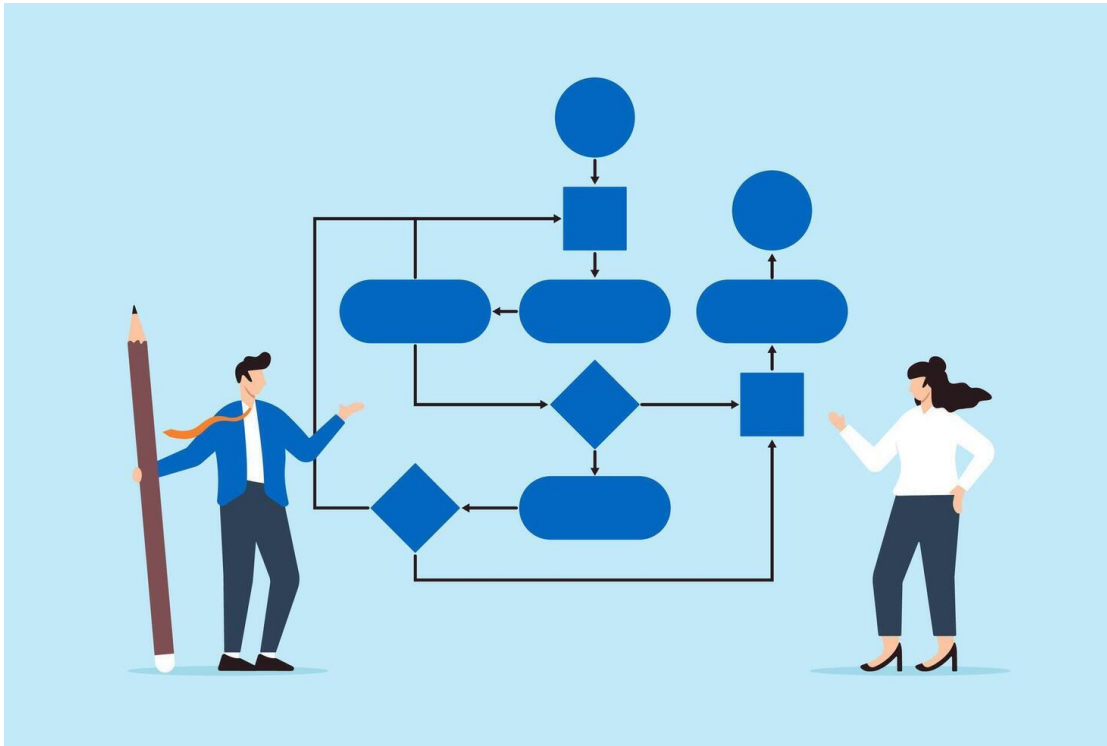


Fraud VS Korupsi



1.A. RISIKO FRAUD DI SEKTOR KESEHATAN

Risiko Fraud di Sektor Kesehatan



Proses bisnis dalam Penyelenggaraan system kesehatan → risiko fraud bisnis



Proses layanan Kesehatan → risiko fraud layanan Kesehatan (health care)



1.B. TREN KASUS FRAUD & KORUPSI LAYANAN KESEHATAN

Trend Kasus Korupsi Sektor Kesehatan di Indonesia



*Sumber: INDONESIA CORRUPTION WATCH, Tren Korupsi Kesehatan Periode 2010 – 2015

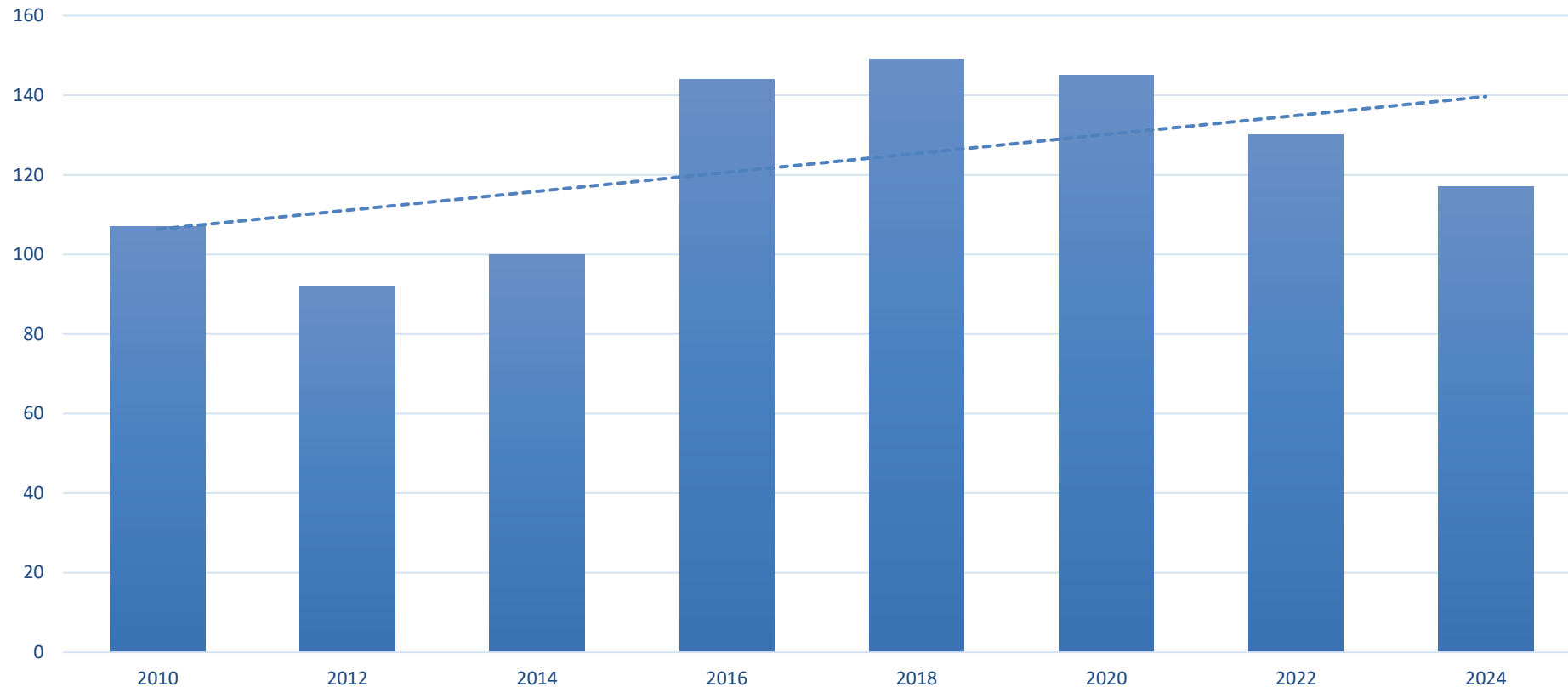
Lembaga Tempat Terjadi Sektor Kesehatan

N o	Lembaga Tempat Terjadi Korupsi	Jumlah Kasus	Kerugian Negara (Rp Miliar)	Suap (Rp Miliar)
1	Dinas Kesehatan	97	268.3	1.6
2	Rumah Sakit	89	380.8	-
3	Kemenkes	12	132.1	-
4	BKKBD	7	27.5	-
5	DPRD	5	3.5	-

*Sumber: INDONESIA CORRUPTION WATCH, Tren Korupsi Kesehatan Periode 2010 – 2015

Trend Kasus Healthcare Fraud di Seluruh Dunia

Tren Kasus Health Care Fraud di Seluruh Dunia
Periode 2010 - 2024



*Sumber: ACFE Report to The Nation 2010 - 2024



1.C. PENGERTIAN FRAUD & KORUPSI



Fraud terdiri dari beberapa **praktik kecurangan** atau **aktivitas yang disengaja**, yang dilakukan dengan maksud **untuk merampas hak orang lain**, atau dengan cara tertentu **untuk merugikannya**.



Setiap perbuatan yang **disengaja atau kelalaian yang dirancang** untuk **menipu** orang lain, sehingga mengakibatkan **korban menderita kerugian** dan/atau **pelaku memperoleh keuntungan.**



“... adalah tindakan **penyimpangan atau pembiaran yang sengaja** dilakukan untuk **mengelabui, menipu, atau memanipulasi** ..., sehingga Perusahaan, Unit Syariah, pemegang polis, tertanggung, peserta, atau **pihak lain menderita kerugian** dan/atau **pelaku Fraud memperoleh keuntungan keuangan** baik secara langsung maupun tidak langsung”

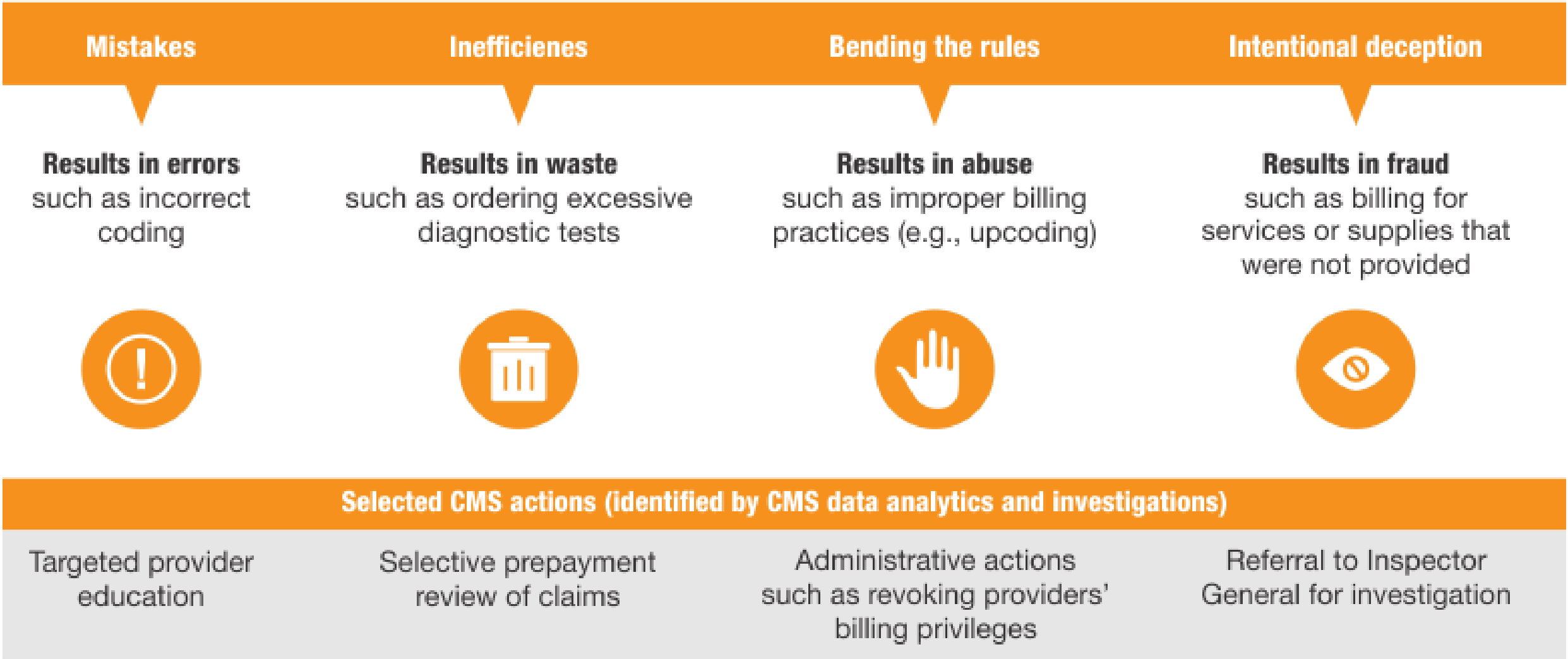


“... tindakan yang **dilakukan dengan sengaja** oleh ... untuk **mendapatkan keuntungan finansial** dari program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional **melalui perbuatan curang** yang tidak sesuai dengan ketentuan”

PMK No. 16/2019 Tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan



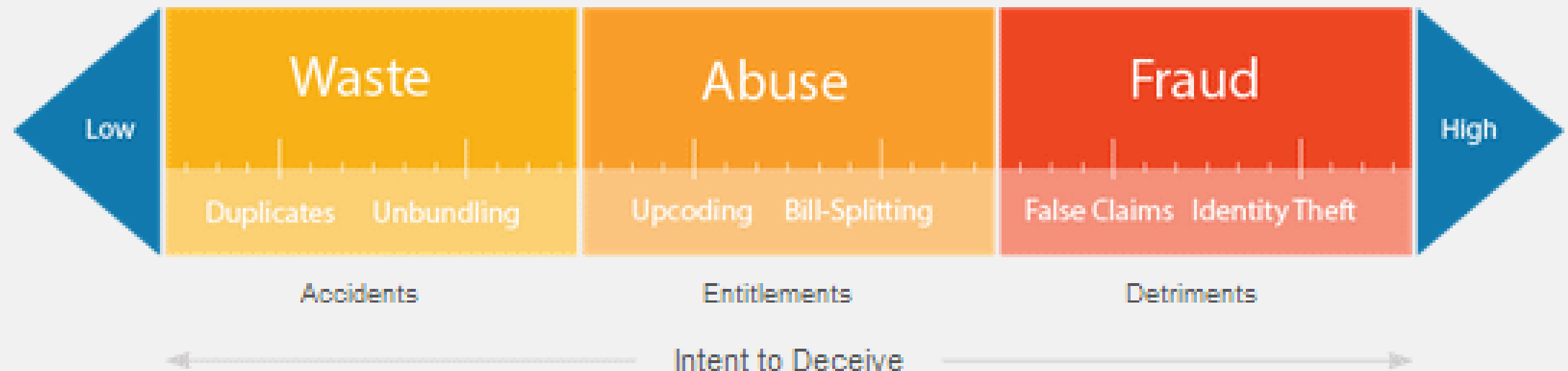
1.D. DARI ERROR KE FRAUD



Source: GAO analysis of CMS information. | GAO-18-88

Fraud, Waste & Abuse Continuum

Fraud, waste and abuse exist on a continuum. This continuum helps illustrate the level of intent a provider has to deceive. Beginning on the left, is waste. Examples of waste include the unbundling of procedures or duplicate billings. In the middle of the continuum is abuse, which is identified with behaviors such as the upcoding of procedures and bill-splitting. Finally, there's fraud, which is an aberrant behavior aimed at deceiving claims payers.



- Perbedaannya terletak pada “niat” dan “pengetahuan”.
- **Fraud** → terjadi bila seseorang memiliki niat untuk melakukan sesuatu dan mengetahui bahwa dengan perbuatannya ini dia dapat melanggar aturan NAMUN dia akan mendapat keuntungan (umumnya finansial).
- **Waste & Abuse** → terjadi bila seseorang mendapatkan keuntungan dari perbuatannya namun tanpa memiliki niat & pengetahuan khusus

Contoh Waste – Abuse – Fraud

- **Waste:** Over-utilization of services (not caused by criminally negligent actions) and the misuse of resources.
- **Abuse:** Excessive or improper use of services or actions that are inconsistent with acceptable business or medical practice. Refers to incidents that, although not fraudulent, may directly or indirectly cause financial loss. Examples include:
 - Charging in excess for services or supplies
 - Providing medically unnecessary services
 - Billing for items or services that should not be paid for by Medicare or Medicaid

- **Fraud:** An intentional act of deception, misrepresentation or concealment in order to gain something of value. Examples include:
 - Billing for services that were never rendered
 - Billing for services at a higher rate than is actually justified
 - Deliberately misrepresenting services, resulting in unnecessary costs to the Health Plan, resulting in improper payments to providers or over-payments



1.E. DAMPAK FRAUD LAYANAN KESEHATAN



1. Dampak Terhadap Finansial

- Perkiraan di seluruh dunia, sebesar 7,29% dana kesehatan hilang akibat pelayanan yang terbukti fraud.
- Menurut FBI di Amerika Serikat, dana yang hilang mencapai 3 – 10%.
- Di Indonesia:
 - KPK menyatakan dalam satu semester pada tahun 2015, ada sekitar 175 ribu klaim dari pelayanan kesehatan ke BPJS dengan nilai Rp 400 miliar yang terdeteksi ada kecurangan. Hingga saat ini sudah ada 1 juta klaim yang terdeteksi.
 - Dugaan fraud yang ditemukan BPJS Kesehatan sebesar Rp 866 M (tahun 2023) → Excessive usage (penggunaan untuk hal yang tidak perlu) & phantom billing (klaim palsu tanpa disertai tindakan atau pasien bodong).
 - Kasus phantom billing yang diungkap KPK pada Juli 2024 → Total kerugian Rp. 34M (di Jawa Tengah sekitar Rp 29 miliar, di Sumut Rp 4 miliar dan Rp 1 miliar)



2. Dampak Terhadap Mutu & Akses Layanan Kesehatan*

1. Resistensi Antimikroba.

- Data di 28 negara-negara Eropa yang menunjukkan bahwa tingginya angka fraud layanan kesehatan, berkaitan erat dengan tingginya kejadian resistensi antibiotik di antara negara-negara ini.

2. Rujukan yang tidak dibutuhkan pasien.

- Klinisi dapat melakukan fraud dengan cara merujuk pasien ke provider lain untuk mendapatkan bayaran. Dampaknya, pasien seringkali harus membayar mahal biaya perawatan di faskes baru dengan mutu yang sama saja atau bahkan lebih buruk.

3. Tingginya tindakan Sectio Caesarea (SC) yang tidak sesuai indikasi.

- Angka tindakan SC yang tidak sesuai indikasi, di seluruh dunia mencapai 6,2 juta. Sepertiga dari kasus ini ditemukan di Cina. Tindakan bedah yang tidak perlu, termasuk SC, terbukti memberi dampak buruk bagi kesehatan pasien jangka panjang.

*Transparency International, 2019



2. Dampak Terhadap Mutu & Akses Layanan Kesehatan*

4. Menghambat Akses Layanan Kesehatan & Memperburuk Mutu Layanan

- Sebagian masyarakat Indonesia membayar suap/menggunakan koneksi pribadi untuk mendapatkan layanan kesehatan
- Layanan Kesehatan yang di dapat masyarakat Indonesia jadi rendah karena adanya praktik fraud ini
- Angka kematian mencapai 25% di USA pada pasien yang ditangani oleh praktisi klinis yang terbukti melakukan fraud dan mendapat sanksi hukum

*Sumber: Susanti, D.; Arifin, P.; Rahma, D.; Fahmi, M.; Julaeha, L.; Putri, W. 2022. Tackling fraud and corruption in Indonesia's health insurance system. Bergen: U4 Anti-Corruption Resource Centre, Chr. Michelsen Institute (U4 Issue 2022:13)



2. Dampak Terhadap Mutu & Akses Layanan Kesehatan*

5. Obat-Obatan & Produk Medis Bermutu Rendah

- Marak beredar obat-obat palsu dan produk medis bermutu rendah di Black Market
- Oknum memalsukan izin edar untuk mendistribusikan alat kesehatan yang lebih murah dengan kualitas yang lebih buruk
- Kelangkaan obat & harga obat yang terlalu tinggi karena ada permainan

*Sumber: Susanti, D.; Arifin, P.; Rahma, D.; Fahmi, M.; Juliaha, L.; Putri, W. 2022. Tackling fraud and corruption in Indonesia's health insurance system. Bergen: U4 Anti-Corruption Resource Centre, Chr. Michelsen Institute (U4 Issue 2022:13)



3. Dampak Terhadap Citra & Nama Baik

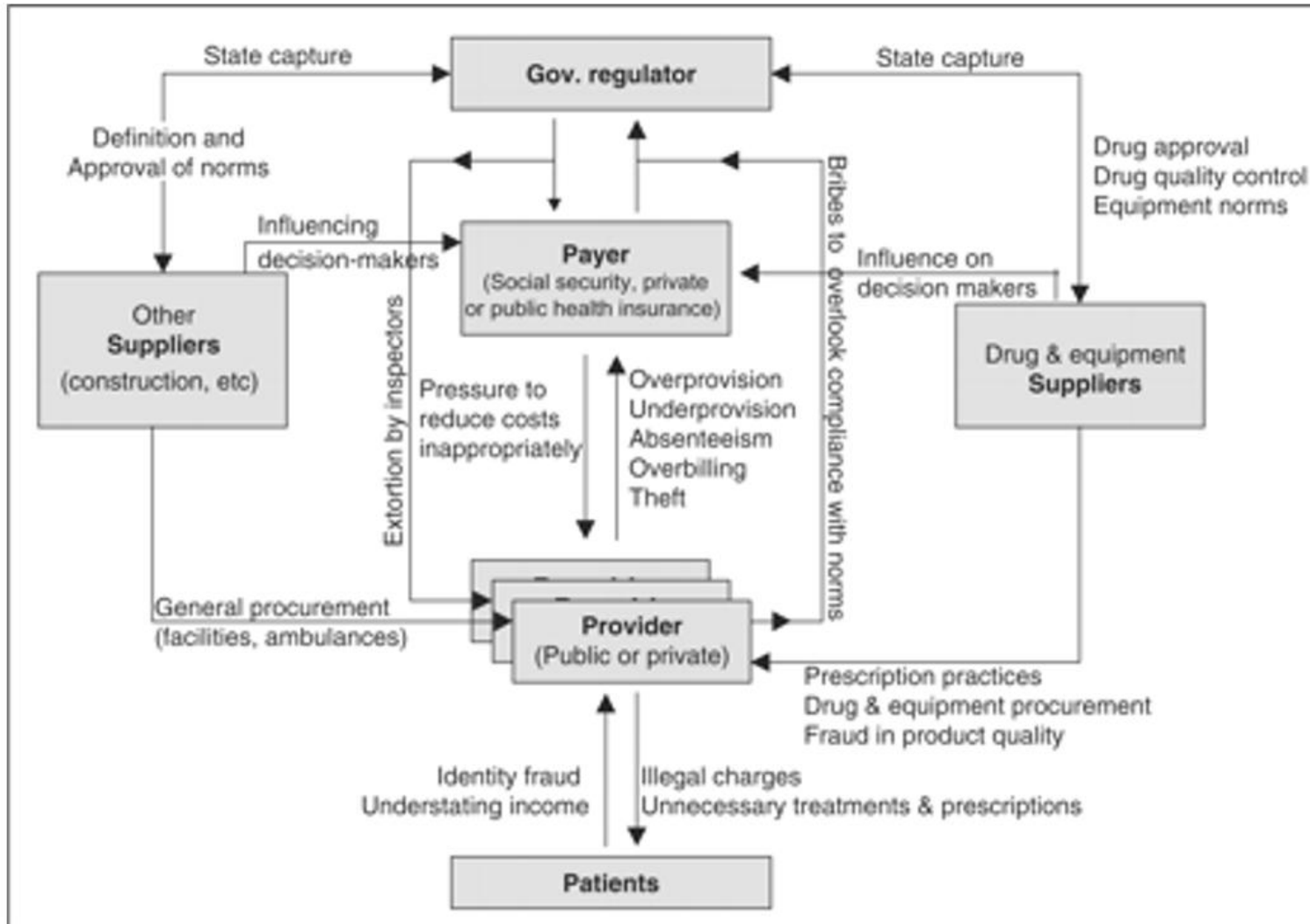
- Pelaku fraud kerap kali mendapat sanksi etik dari organisasi profesi berupa **pencabutan ijin praktek atau operasi***.
- Di Indonesia, sanksi yang diterapkan kepada pelaku fraud, seperti yang dilaporkan di media-media massa nasional sepanjang tahun 2017 – 2019 diantaranya terwujud dalam bentuk **pemutusan kerja sama dan denda**.
- Pemberitaan media massa periode 2014 – 2018 juga menyebutkan terdapat 8 kasus korupsi pengelolaan dana kapitasi Puskesmas di 8 daerah. Kerugian negara mencapai Rp. 5,8 M. Jumlah tersangka total 14 orang yang terdiri dari kepala daerah, kepala dinas kesehatan, kepala Puskesmas, dan bendahara Puskesmas. Para **pelaku ini sudah mendapat sanksi pidana** atas perbuatannya.

*Data dari National Health Care Anti-fraud Association (NHCAA)



1.F. PELAKU & SKEMA FRAUD LAYANAN KESEHATAN

Pelaku & Skema Fraud di Sektor Kesehatan



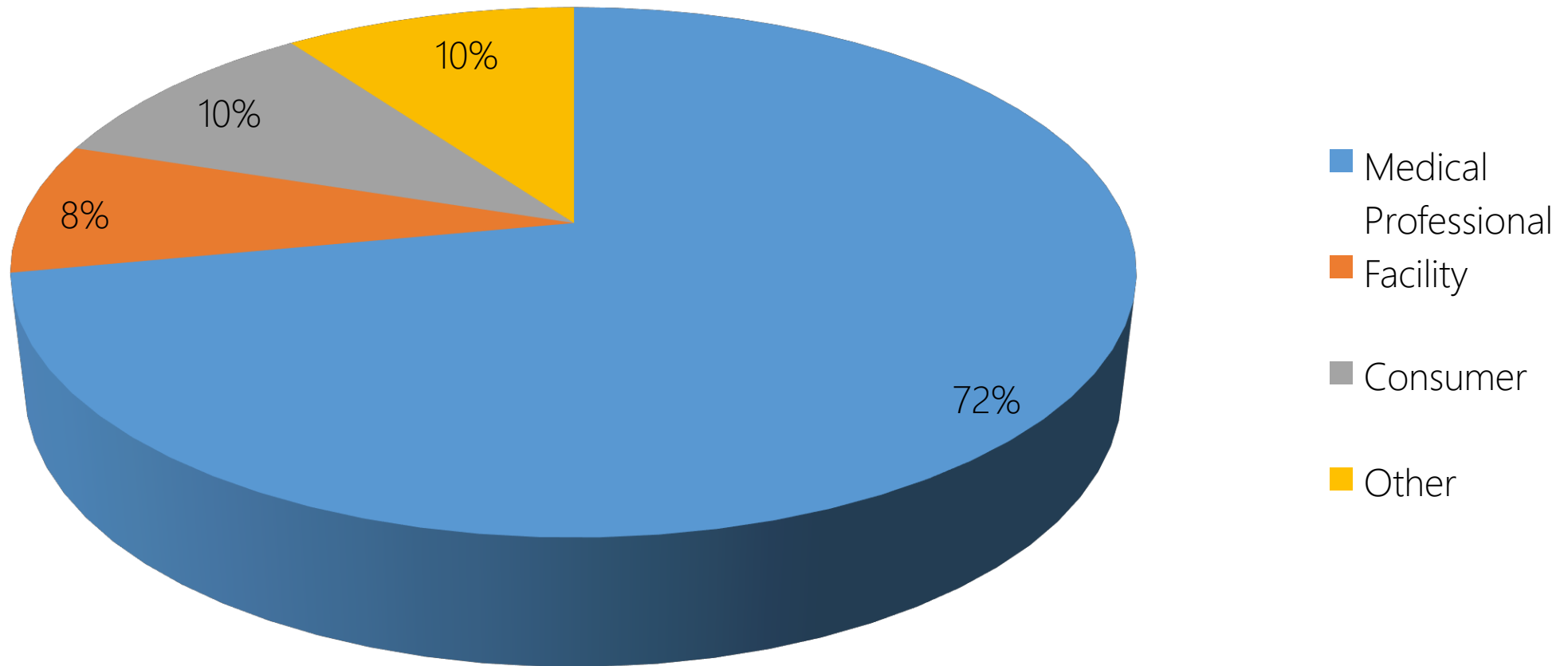
*Savedoff and Hussmann, Chapter 1, The causes of corruption in the health sector, in Transparency International (ed.), Global Corruption Report 2006. London: Pluto Press, p. 7.



Pelaku Fraud Layanan Kesehatan*

- Peserta
- Petugas BPJS Kesehatan
- Pemberi pelayanan kesehatan
- Penyedia obat dan alat kesehatan
- Pemangku kepentingan lainnya

*Berdasarkan PMK No. 16/2019



America's Health Insurance Program

Berbagai Jenis Potensi Fraud JKN oleh Peserta

A. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Peserta, yaitu:

1. memalsukan data dan/atau Identitas Peserta untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
2. meminjamkan/menyewakan/memperjualbelikan Identitas Peserta milik Peserta lain atau dirinya sendiri.
3. memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu (*unnecesary services*) antara lain:
 - a. meminta rujukan ke FKRTL bukan karena alasan medis.
 - b. bekerja sama dengan Fasilitas Kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis.
 - c. memaksa meminta tambahan pemeriksaan diagnostik, obat-obatan di luar indikasi medis.
 - d. memberikan informasi yang tidak benar dalam penegakan diagnosis.

Total ada 10 skema
fraud Peserta

*Permenkes No. 16/2019, Lampiran Bab II

Berbagai Jenis Potensi Fraud JKN oleh BPJS Kesehatan

B. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh BPJS Kesehatan, yaitu:

1. melakukan kerjasama dengan Peserta untuk menerbitkan identitas Peserta yang tidak sesuai dengan ketentuan;
2. melakukan kerjasama dengan Peserta dan/atau Fasilitas Kesehatan untuk mengajukan klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan;
3. menyetujui/membiarkan/manipulasi manfaat yang tidak dijamin dalam Jaminan Kesehatan dengan maksud untuk mendapatkan keuntungan baik finansial maupun non finansial dari Peserta atau Fasilitas Kesehatan;
4. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan, dan/atau memiliki benturan kepentingan yang mempengaruhi pengambilan keputusan sesuai dengan kewenangannya, antara lain:
 - a. menolak dan/atau memperlambat penerimaan pengajuan klaim yang telah memenuhi syarat;

Total ada 19 skema fraud BPJS Kesehatan

*Permenkes No. 16/2019, Lampiran Bab II

Berbagai Jenis Potensi Fraud JKN oleh FKTP

1. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKTP yaitu:
 - a. penyalahgunaan dana kapitasi dan/atau nonkapitasi FKTP milik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah;
 - b. menarik biaya dari Peserta yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. memanipulasi klaim nonkapitasi, seperti:
 - 1) klaim palsu (*phantom billing*) atau klaim fiktif, merupakan klaim atas layanan yang tidak pernah diberikan;
 - 2) memperpanjang lama perawatan (*prolonged length of stay*);
 - 3) penjiplakan klaim dari pasien lain (*cloning*); dan
 - 4) tagihan atau klaim berulang (*repeat billing*) pada kasus yang sudah ditagihkan sebelumnya.
 - d. melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan; dan
 - f. memalsukan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan dan Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan.

Total ada 9 skema
fraud FKTP

*Permenkes No. 16/2019, Lampiran Bab II

Berbagai Jenis Potensi Fraud JKN oleh FKRTL

2. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKRTL yaitu:

a. memanipulasi diagnosis dan/atau tindakan;

Memanipulasi diagnosis dan/atau tindakan merupakan tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan besaran klaim seperti:

- 1) pasien seharusnya didiagnosis *apendicitis* akut, setelah operasi tanpa penyulit tetapi di resume/rekam medis ditulis *apendicitis* akut dengan perforasi; dan
- 2) pasien dengan *pterygium grade I* tetapi dalam resume/rekam medis ditulis *squamous cell ca conjunctiva* dan dilakukan tindakan biopsi eksisi tanpa bukti dilakukan pemeriksaan patologi anatomi.

b. penjiplakan klaim dari pasien lain (*cloning*);

Penjiplakan klaim dari pasien lain (*cloning*) merupakan klaim

Total ada 16 skema
fraud FKRTL

*Permenkes No. 16/2019, Lampiran Bab II

Berbagai Jenis Potensi Fraud JKN oleh Faskes Lainnya

3. Jenis tindakan kecurangan oleh Fasilitas Kesehatan lainnya (apotek, optik, laboratorium, dan jejaring lainnya), yaitu:
 - a. klaim fiktif atau klaim obat, alat kesehatan dan/atau tindakan yang ditagihkan kepada BPJS Kesehatan namun tidak diberikan kepada pasien;
 - b. mengurangi jumlah obat yang diserahkan kepada pasien namun yang ditagihkan adalah yang tertulis dalam resep;
 - c. klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya (*Inflated bills*);
 - d. memanipulasi hasil pemeriksaan untuk memenuhi persyaratan penagihan, seperti mengubah hasil pemeriksaan refraksi mata; dan
 - e. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.

Total ada 5 skema
fraud Faskes
Lainnya

*Permenkes No. 16/2019, Lampiran Bab II

Berbagai Jenis Potensi Fraud JKN oleh Penyedia Alkes & Obat

- D. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Penyedia Obat dan Alat Kesehatan.
1. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Penyedia Obat, yaitu:
 - a. penyedia obat yang terdaftar pada katalog elektronik menolak pesanan obat tanpa alasan yang jelas;
 - b. penyedia obat memperlambat waktu pengiriman obat tanpa alasan yang jelas; dan
 - c. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.
 2. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Penyedia Alat Kesehatan, yaitu:
 - a. penyedia alat kesehatan yang terdaftar pada katalog elektronik menolak pesanan alat kesehatan tanpa alasan yang jelas;
 - b. penyedia alat kesehatan memperlambat waktu pengiriman alat kesehatan tanpa alasan yang jelas;
 - c. penyedia menganjurkan kepada Fasilitas Kesehatan untuk

Total ada 7 skema
fraud Penyedia Obat
& Alkes

*Permenkes No. 16/2019, Lampiran Bab II

Berbagai Jenis Potensi Fraud JKN oleh Pemangku Kepentingan lainnya

E. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Pemangku Kepentingan Lainnya.

Kecurangan (*fraud*) oleh pemangku kepentingan lainnya yaitu oleh Pemberi Kerja yang bukan termasuk penyelenggara negara.

Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Pemberi Kerja yang bukan termasuk penyelenggara negara, yaitu:

- a. perbuatan memanipulasi data kepegawaian, seperti:
 - 1) pemberi kerja memanipulasi data penghasilan yang diberikan kepada BPJS Kesehatan sehingga jumlah iuran yang dibayarkan tidak terlalu besar;
 - 2) tidak mendaftarkan pegawainya menjadi Peserta BPJS Kesehatan; dan
 - 3) memanipulasi data pegawai yang tidak termasuk ke dalam data kepegawaian Pemberi Kerja.
- b. jumlah dan upah pegawai tidak disampaikan secara riil; dan
- c. perbuatan memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan yang terkait dengan program Jaminan Kesehatan.

Total ada 5 skema
fraud Pemangku
Kepentingan Lainnya

*Permenkes No. 16/2019, Lampiran Bab II



1.G. REGULASI ANTI-FRAUD LAYANAN KESEHATAN



Berbagai Regulasi Anti Fraud Layanan Kesehatan

Berbagai regulasi anti fraud layanan kesehatan, yang ada di Amerika Serikat:

1. The Federal False Claims Act (FCA)
2. The Anti-Kickback Statute (AKS)
3. The Physician Self-Referral Law (Stark Law)
4. The Criminal Health Care Fraud Statute
5. The Exclusion Statute
6. The Civil Monetary Penalties Law



Berbagai Regulasi Anti Fraud Layanan Kesehatan

1. **Permenkes No. 16 tahun 2019** tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan
2. **Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK 02.02/Menkes/72/2015** → Tentang Tim Pencegahan Fraud dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional. Berisi susunan tim yang terdiri dari:
 - Pelindung: Menteri Kesehatan
 - Tim Pengarah Ketua: Inspektur Jenderal, Kementerian Kesehatan (memiliki 6 anggota)
 - Tim Teknis Ketua: Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (memiliki 1 wakil (Dir. BUK Rujukan) dan 15 anggota)
 - Sekretariat



3. Perpres 82/ 2018 Tentang Jaminan Kesehatan (saat ini ada perbaruan di beberapa pasal (selain pasal tentang fraud) dalam Perpres No. 59/2024 Tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan):
 - Bab X - Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan
 - Pasal 92 – 95
4. Regulasi tentang gratifikasi di lingkungan Kementerian Kesehatan:
Permenkes No. 14 tahun 2014 tentang Pengendalian Gratifikasi Di Lingkungan Kementerian Kesehatan



1.H. FAKTOR PENYEBAB FRAUD LAYANAN KESEHATAN



Kemungkinan Penyebab Timbul Fraud

1. Tenaga medis bergaji rendah
 - Menurut Biro Pusat Statistik, gaji bulanan rata-rata di sektor layanan kesehatan Indonesia adalah sekitar Rp. 3jutaan (Februari 2022).
 - Dokter dengan gaji terendah berada di Provinsi Bengkulu, yang berpenghasilan rata-rata sekitar Rp. 1,5jutaan per bulan.
2. Ketidakseimbangan informasi dalam sektor Kesehatan terutama terkait layanan Kesehatan VS biaya layanan
 - Sebagian besar pasien di Indonesia tidak memahami prosedur perawatan kesehatan, sehingga mereka rentan terhadap resep berlebihan dan prosedur yang tidak perlu.
3. Program pencegahan fraud JKN yang tidak efektif
 - Tidak semua lembaga terkait memiliki tim anti-fraud, kalau pun ada tim anti-fraud mereka tidak terlatih
 - Pedoman anti-fraud & edukasi tentang pencegahan fraud tidak optimal
 - Fraud JKN ditangani secara reaktif, baru bergerak bila ada kasus besar >>> Phantom Billing

*Sumber: Susanti, D.; Arifin, P.; Rahma, D.; Fahmi, M.; Julaeha, L.; Putri, W. 2022. Tackling fraud and corruption in Indonesia's health insurance system. Bergen: U4 Anti-Corruption Resource Centre, Chr. Michelsen Institute (U4 Issue 2022:13)



UNIVERSITAS
GADJAH MADA

DISKUSI



UNIVERSITAS
GADJAH MADA

2. KERANGKA KERJA MITIGASI & PENANGANAN



Prinsip mitigasi fraud:

1. Menahan kejadian fraud
2. Mendeteksi kejadian fraud
3. Merespon risiko fraud sesuai akar masalahnya



2.A. KERANGKA KERJA MITIGASI & PENANGANAN FRAUD

Kerangka Mitigasi Fraud OJK

1. Pencegahan:
 - a. Anti—fraud awareness
 - b. Identifikasi kerawanan
 - c. Kebijakan mengenal karyawan (Know Your Employee)
2. Deteksi:
 - a. Kebijakan & mekanisme whistle blowing
 - b. Surprise audit
 - c. Surveillance system
3. Investigasi, Pelaporan, dan Sanksi
4. Pemantauan, Evaluasi, dan Tindak Lanjut

*Pilar Strategi Integritas Menurut Otoritas Jasa Keuangan (OJK)

Kerangka Mitigasi Fraud European Comission



*European Commission: Directorate-General for Migration and Home Affairs, Study on corruption in the healthcare sector, Publications Office, 2013, <https://data.europa.eu/doi/10.2837/58154>

Kerangka Mitigasi Fraud COSO



*Kerangka Fraud Risk Management dari COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission). Kerangka ini diadopsi di PMK No. 16/2019.



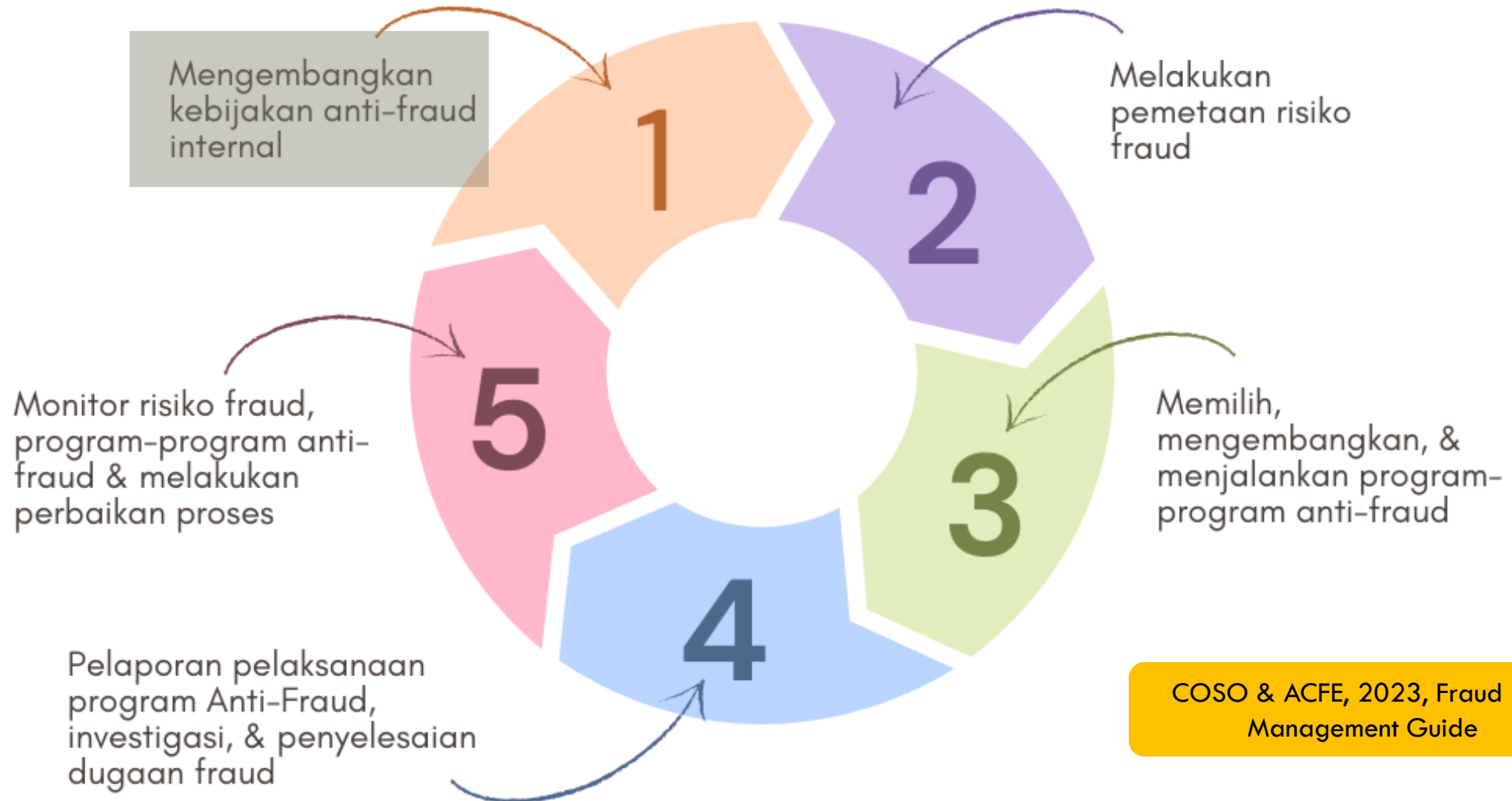
2.B. KOMPONEN PRINSIP DAN CONTOH PENERAPAN



UNIVERSITAS
GADJAH MADA

1. PENGEMBANGAN KEBIJAKAN ANTI-FRAUD

KERANGKA MITIGASI FRAUD



COSO & ACFE, 2023, Fraud Risk Management Guide

KONSEP UMUM

Organisasi menetapkan dan mengkomunikasikan program pengelolaan risiko fraud yang menunjukkan harapan dari dewan direksi dan manajemen senior serta komitmen mereka dalam mengontrol integritas dan nilai etika.

Contoh Penerapan



Sistem Pencegahan Kecurangan Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan

Peraturan BPJS Kesehatan No. 6 Tahun 2020



BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA

No.803, 2019

KEMENKES. Pengenaan Sanksi Administrasi.
Pencegahan dan Penanganan. Kecurangan.
Pencabutan.

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 16 TAHUN 2019

TENTANG

PENCEGAHAN DAN PENANGANAN KECURANGAN (*FRAUD*) SERTA
PENGENAAN SANKSI ADMINISTRASI TERHADAP KECURANGAN (*FRAUD*)
DALAM PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN



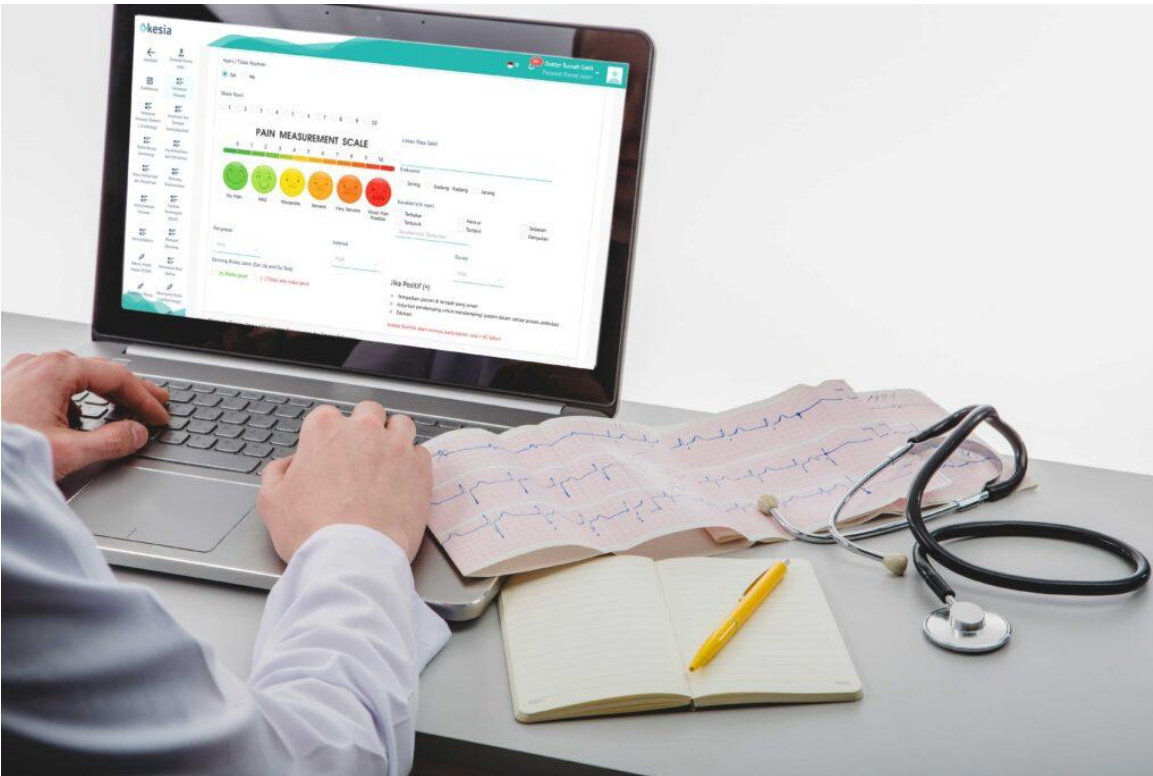
PANDUAN PRAKTIK KLINIS BAGI DOKTER DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN PRIMER

**EDISI I
1/1/2013**

 PANDUAN PRAKTEK KLINIS TATA LAKSANA PENYAKIT KSM BEDAH RS KHUSUS BEDAH RAWAMANGUN	
DIAGNOSIS APENDICITIS (ICD X : K35.0)	
1. Pengertian (Defenisi)	Apendisitis adalah peradangan dari apendiks vermiformis. Jenis yang akut merupakan penyebab yang umum dari abdomen akut. Penyebab utamanya adalah obstruksi / penyumbatan yang dapat disebabkan oleh hiperplasia dari folikel limfoid, yang merupakan penyebab terbanyak. Adanya fekalit dalam lumen apendiks. Adanya benda asing seperti cacing. Struktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya misalnya keganasan (karsinoma, karsinoid).
2. Anamnesis	1. Kesadaran 2. Tanda-tanda vital (TD,N,Sh,RR) 3. Nyeri tekan Mc Burney 4. Anoreksia 5. Mual 6. Muntah 7. Demam 8. Konstipasi 9. Diare
3. Pemeriksaan Fisik	1. Nyeri tekan McBurney 2. Rovsing sign 3. Spoas sign 4. Blumberg sign 5. Obturator sign 6. Rectal toucher
4. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria diagnosis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan fisik
5. Diagnosis Kerja	Apendicitis Akut
6. Diagnosis Banding	1. Simple acute gastroenteritis 2. Adenitis kelenjar mesentrium dan invaginasi 3. Urolitiasis dextra 4. UTI dextra 5. Atnekcitis 6. Kista ovarium 7. KET 8. Kolestisis akut 9. Perporasi ulkus duodeni
7. Pemeriksaan Penunjang	1. Pemeriksaan laboratorium

 PANDUAN PRAKTIK KLINIK (PPK) TATA LAKSANA KASUS 2021	
PNEUMONIA COVID-19 Kode ICD X: n/a	
Diagnosis:	1. Pneumonia COVID-19 Ringan (Koding INA-CBG = B34.2) 2. Pneumonia COVID-19 Sedang (Koding INA-CBG = B34.2) 3. Pneumonia COVID-19 Berat (Koding INA-CBG = B34.2) 4. Pneumonia COVID-19 berat dengan komplikasi (Koding INA-CBG = B34.2) 5. Co-insidens (Koding INA-CBG = B34.2) 6. Bayi baru lahir dengan kriteria suspek (Koding INA-CBG = P96.8) 7. Bayi baru lahir dengan hasil pemeriksaan penunjang positif COVID-19 (Koding INA-CBG = P39.8) 8. Kejadian Ikutan Pasca Vaksinasi COVID-19
1. Pengertian (Definisi)	Pneumonia COVID-19 adalah peradangan pada parenkim paru yang diduga disebabkan oleh SARS-CoV-2. 1. Pneumonia COVID-19 Ringan adalah peradangan pada parenkim paru yang diduga disebabkan oleh SARS-CoV-2 yang tidak membutuhkan perawatan di Rumah Sakit 2. Dikatakan sebagai pneumonia COVID-19 berat jika termasuk ke dalam Severe Acute Respiratory Infection (SARI) dengan : - Riwayat demam atau saat pengukuran suhu tubuh ≥ 38 C dan batuk - Onset dalam waktu 14 hari terakhir - Membutuhkan perawatan di ruang isolasi Rumah Sakit 3. Sedang Pada pasien remaja atau dewasa : pasien dengan tanda klinis pneumonia (demam, batuk, sesak, napas cepat) tetapi tidak ada tanda pneumonia berat termasuk $SpO_2 > 93\%$ dengan udara ruangan ATAU Anak-anak : pasien dengan tanda klinis pneumonia tidak berat (batuk atau sulit

Automasi & Digitasi



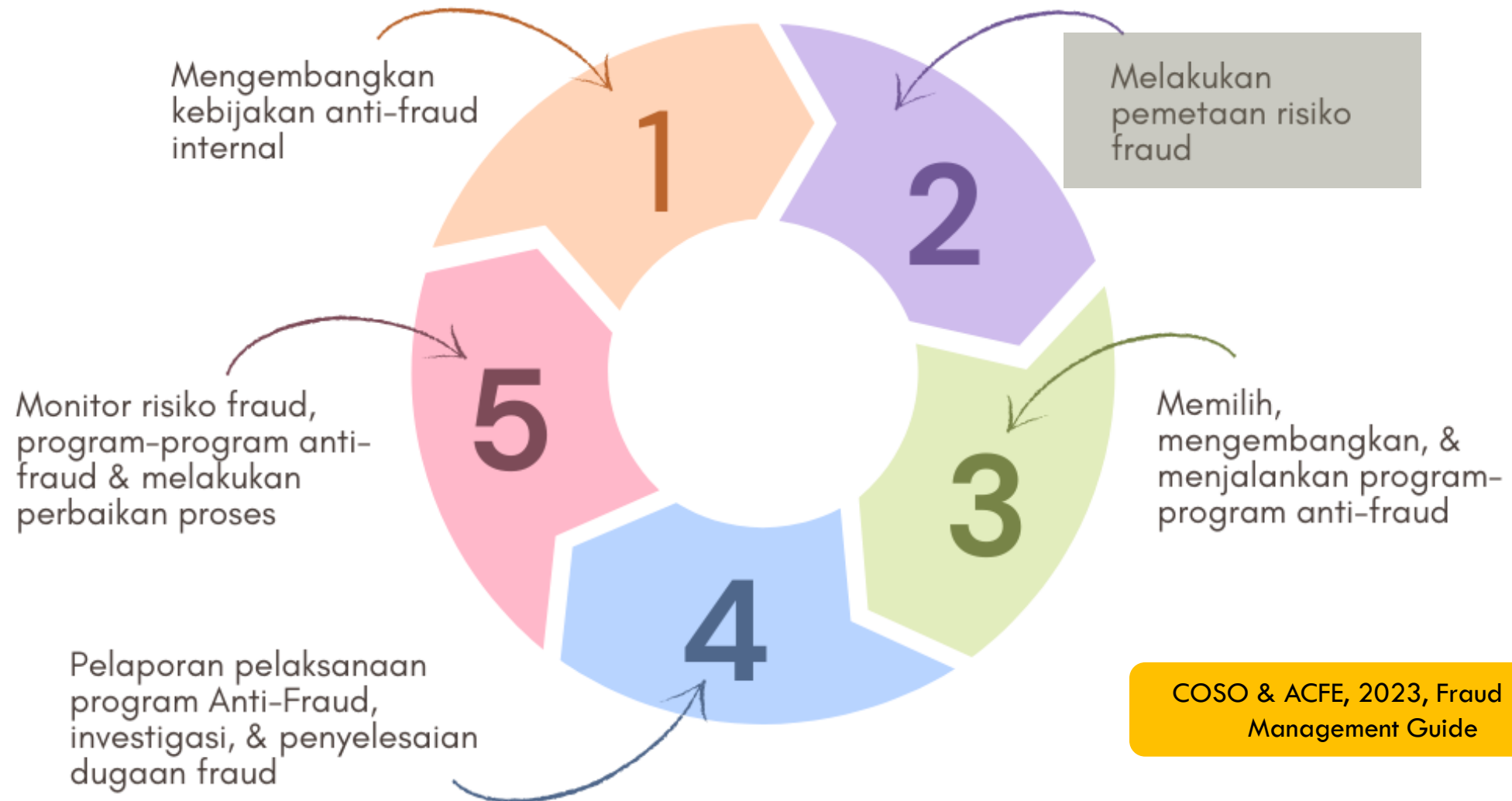
1. Pemanfaatan RM Elektronik
2. Pemanfaatan SIMKES
3. Optimalisasi pemanfaatan aplikasi INA CBGs, P-Care



UNIVERSITAS
GADJAH MADA

2. PEMETAAN RISIKO FRAUD

KERANGKA MITIGASI FRAUD



KONSEP UMUM

Merupakan langkah awal untuk mulai menyusun program anti-fraud. Organisasi melakukan penilaian risiko fraud yang komprehensif untuk mengidentifikasi skema dan risiko fraud tertentu, menilai kemungkinannya dan signifikansinya, mengevaluasi aktivitas pengendalian fraud yang ada, dan menerapkan tindakan untuk memitigasi risiko tersebut.

Contoh Formulir Fraud Risk Assessment (Penilaian Risiko Fraud)

Identifikasi Skema Fraud	Pihak yang Terlibat	Kemungkinan Terjadi (A)	Dampak (B)	Ketersediaan Kontrol Anti Fraud* (C)	Penilaian Efektivitas Kontrol Anti Fraud (D)	Skor (E)	Respon

Catatan:

A: Semakin besar kemungkinan, nilai semakin besar (skala 1 – 10)

B: Semakin besar dampak kerugian/ kerusakan, nilai semakin besar (skala 1 – 10)

C: Bila tersedia, nilai kecil (1). Bila tidak tersedia, nilai besar (10)

D: Semakin efektif, nilai semakin kecil (skala 1 – 10)

E: Hasil total $A \times B \times C \times D$



UNIVERSITAS
GADJAH MADA

3. PENGEMBANGAN PROGRAM- PROGRAM PENCEGAHAN & DETEKSI FRAUD

KERANGKA MITIGASI FRAUD



KONSEP UMUM

Organisasi memilih, mengembangkan, dan menyebarkan kegiatan pengendalian fraud yang bersifat preventif dan detektif untuk memitigasi risiko terjadinya atau tidak terdeteksinya peristiwa fraud secara tepat waktu.

Contoh Penerapan:

Umumnya berbentuk upaya-upaya pencegahan dan deteksi



CONTOH PROGRAM PENCEGAHAN

*Jenis-Jenis Kontrol Anti Fraud



Sumber: ACFE Report to The Nation, 2024

- Contoh Pencegahan Fraud Layanan Kesehatan:

- Edukasi, sosialisasi, dan implementasi:

- Aanti-fraud
 - Koding,
 - PNPK
 - PPK – CP
 - Prosedur klaim internal
 - Kode etik
 - Uraian tugas & kewenangan
 - Pengisian RM
 - Whistle blowing system
 - Melatih tim anti-fraud JKN



Open a
Text-Only Version

Avoiding Medicare Fraud & Abuse: A Roadmap for Physicians

Fraud & Abuse



Physician
Compliance



ICN 905645 August 2016

Sumber:

[https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/Downloads/Avoiding Medicare Fraud A Physicians FactSheet 905645.pdf](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/Downloads/Avoiding_Medicare_Fraud_A_Physicians_FactSheet_905645.pdf)

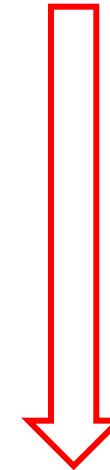


Table of Contents

Introduction	1
Fraud and Abuse Laws	2
The Federal False Claims Act (FCA)	2
The Anti-Kickback Statute (AKS)	3
The Physician Self-Referral Law (Stark Law)	3
The Criminal Health Care Fraud Statute	3
The Exclusion Statute	4
The Civil Monetary Penalties Law	4
Physician Relationships With Payers	5
Accurate Coding and Billing	5
Physician Documentation	6
Physician Relationships With Other Providers	6
Physician Investments in Health Care Business Ventures	6
Physician Recruitment	7
Physician Relationships With Vendors	8
Free Samples	8
Relationships With the Pharmaceutical and Medical Device Industries	8
Transparency in Physician-Industry Relationships	9
Conflict-of-Interest Disclosures	10
Continuing Medical Education	10
Compliance Programs for Physicians	11
Resources	11
Where to Go for Help	11
What to Do if You Think You Have a Problem	12
What to Do if You Have Information About Fraud and Abuse Against Federal Health Care Programs	13
Resources on the Web	14

CPT only copyright 2015 American Medical Association. All rights reserved. CPT is a registered trademark of the American Medical Association. Applicable FARS/DFARS Restrictions Apply to Government Use. Fee schedules, relative value units, conversion factors and/or related components are not assigned by the AMA, are not part of CPT, and the AMA is not recommending their use. The AMA does not directly or indirectly practice medicine or dispense medical services. The AMA assumes no liability for data contained or not contained herein.



Medicare Fraud & Abuse

Prevention, Detection, and Reporting



Please note:

The information in this publication applies only to the Medicare Fee-For-Service Program (also known as Original Medicare).

Medicare Fraud and Abuse: A Serious Problem that Requires Your Attention

Although no precise measure of health care fraud exists, those intent on abusing the system can cost taxpayers billions of dollars while putting beneficiaries' health and welfare at risk. Medicare fraud and abuse increases the strain on the Medicare Trust Fund. The impact of these losses and risks magnify as Medicare continues to serve a growing number of people.

You play a vital role in protecting the integrity of the Medicare Program. To combat fraud and abuse, you need to know what to watch for to protect your organization from potential abusive practices, civil liability, and criminal activity. This fact sheet gives you some of the tools you need to protect the Medicare Program, your patients, and yourself, including:

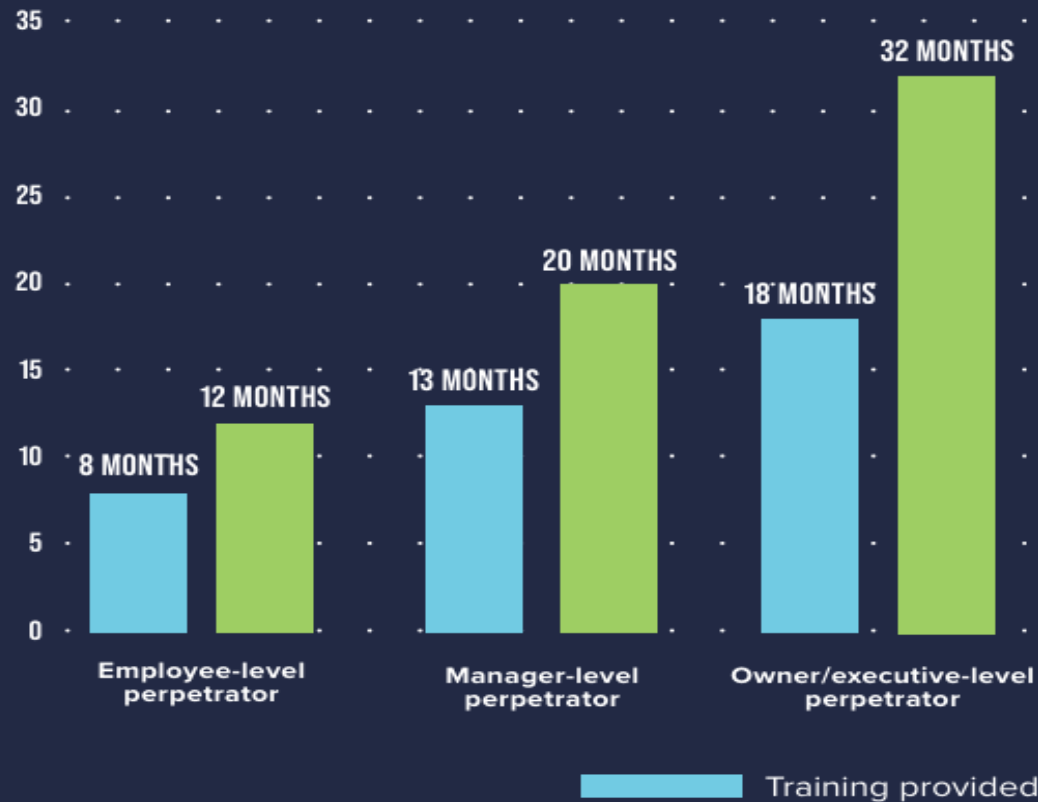
- Examples of Medicare fraud and abuse;
- Overview of the laws used to fight fraud and abuse;
- Descriptions of the partnerships among government agencies engaged in preventing, detecting, and fighting fraud and abuse; and
- Resources on how you can report suspected fraud and abuse.

Sumber:

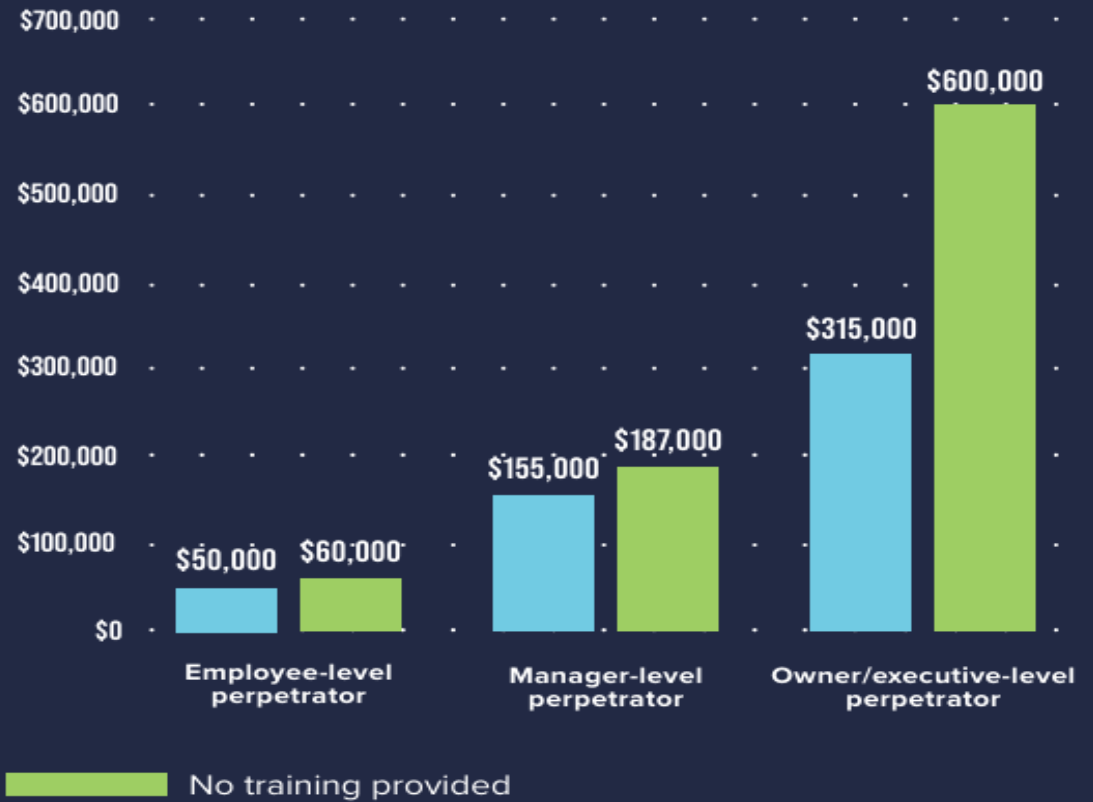
https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/Fraud_and_Abuse.Pdf

Fraud awareness training for managers and executives is associated with **FASTER DETECTION AND LOWER LOSSES** in general, but the benefit is most seen when the perpetrator is at the owner/executive level

DURATION OF FRAUD WITH AND WITHOUT FRAUD AWARENESS TRAINING FOR MANAGERS/EXECUTIVES



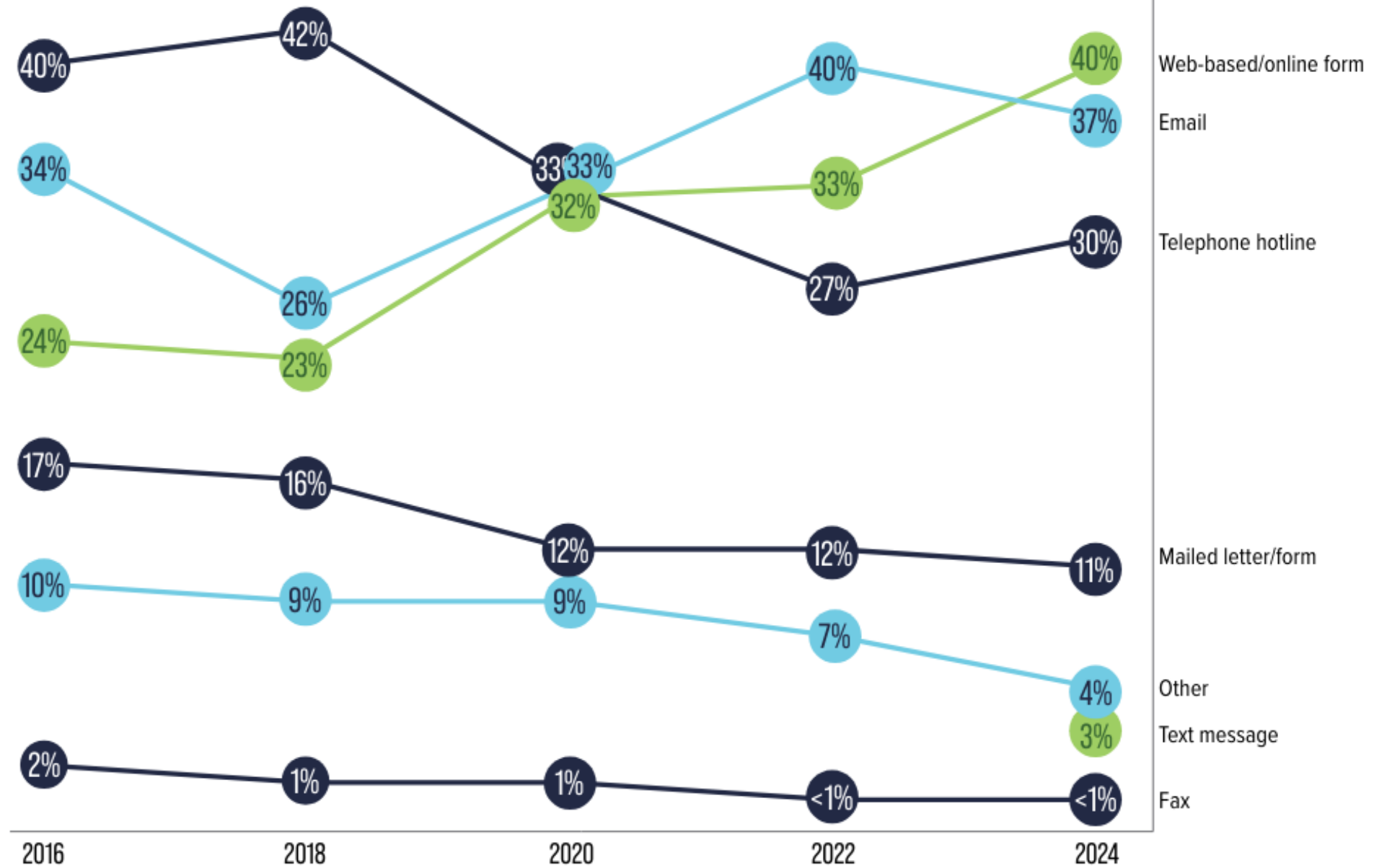
MEDIAN LOSS WITH AND WITHOUT FRAUD AWARENESS TRAINING FOR MANAGERS/EXECUTIVES



Sumber: ACFE Report to The Nation, 2024

Berbagai Jenis & Tren Mekanisme Pengaduan

Sumber:
ACFE Report to The Nation, 2024



Contoh Saluran Pengaduan:



Office of Inspector General
U.S. Department of Health & Human Services

Report #, Topic, Keyword... Search
Advanced

About OIG Reports & Publications Fraud Compliance Exclusions Newsroom Careers

Home > Fraud > Report Fraud

Report Fraud

The OIG Hotline accepts tips and complaints from all sources about potential fraud, waste, abuse, and mismanagement in Department of Health and Human Services' programs. Your information will be reviewed promptly by a professional staff member. Due to the high volume of information that we receive, we are unable to reply to submissions; however, we appreciate the information that you have provided.

To report Disability Fraud, visit [Social Security Administration, OIG](#)

To report SNAP/Food Stamp Fraud visit [USDA, OIG](#)

REPORT FRAUD NOW! or you may also forward your tip to one of the following:

Phone:
1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477)

Fax:
1-800-223-8184

TTY:
1-800-377-4680

Mail:
US Department of Health and Human Services
Office of Inspector General
ATTN: OIG HOTLINE OPERATIONS
PO Box 23489
Washington, DC 20020

**Note: While you may remain anonymous, in order to accept submissions for review via facsimile, the OIG Hotline requires a complaint to include a formal cover letter or the use of the downloadable complaint submission form, available in PDF or DOCX versions.*

OIG Hotline Operations does not accept facsimile submissions over 45 pages. Such submissions should be submitted via the internet complaint page where the uploading of larger documents is available.

OIG Hotline Operations processes complaints in electronic format and does not maintain, or return, original

I'm looking for
Let's start by choosing a topic
Select One

- Child Support Enforcement
- Consumer Alerts
- Enforcement Actions
- Grant Fraud
- Medicaid Fraud Control Units - MFCU
- OIG Most Wanted Fugitives
- Report Fraud
- State False Claims Act Reviews
- Whistleblower Ombudsman

EXCLUSIONS DATABASE

REPORT FRAUD

Bentuk sarana pengaduan kecurangan pelayanan kesehatan dapat menggunakan contoh dari website pengaduan fraud Medicare:

<https://www.medicare.gov/forms-help-and-resources/report-fraud-and-abuse/report-fraud/reporting-fraud.html>)

Find health & drug plans
Find & compare doctors, hospitals, & other providers
Get help paying costs
Find suppliers of medical equipment & supplies
Medicare forms
Publications
Medicare & You
Mail you get about Medicare
Lost/incorrect Medicare card
Help fight Medicare fraud
Tips to prevent fraud
How to spot fraud
Reporting fraud
Rules for Medicare health plans
File a complaint
Identity theft: protect yourself
Phone numbers & websites
Notice of Privacy Practices for Original Medicare
Contact Medicare

Reporting fraud

When you get health care services, record the dates on a calendar and save the receipts and statements you get from providers to check for mistakes. Compare the dates and services on your calendar with the statements you get from Medicare to make sure you got each service listed and that all the details are correct. These include the "[Medicare Summary Notice](#)" (MSN) if you have Original Medicare, or similar statements that list the services you got or prescriptions you filled.

If you find items listed in your claims that you don't have a record of, it's possible that you or Medicare may have been billed for services or items you didn't get. If you think a charge is incorrect and you know the provider, you may want to call their office to ask about it. The person you speak to may help you better understand the services or supplies you got. Or, your provider may realize a billing error was made.

If you've contacted the provider and you suspect that Medicare is being charged for a service or supply you didn't get, or you don't know the provider on the claim, you can:

- Call 1-800-MEDICARE.
- [Report it online to the Office of the Inspector General.](#)
- Call the Office of the Inspector General at 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477). TTY users should call 1-800-377-4950.

Have this information before you report fraud:

- The provider's name and any identifying number you may have
- The service or item you're questioning
- The date the service or item was supposedly given or delivered
- The payment amount approved and paid by Medicare
- The date on your MSN
- Your name and Medicare number
- The reason you think Medicare shouldn't have paid
- Any other information you have showing why Medicare shouldn't have paid for a service or item

Fighting fraud can pay up to \$1,000

You may be eligible for a reward of up to \$1,000 if all of these 5 conditions are met:

1. You report your suspected Medicare fraud. The allegation must be specific, not general.
2. The suspected Medicare fraud you report must be confirmed as potential fraud by the Program Safeguard Contractor, the Zone Program Integrity Contractor, or the Medicare Drug Integrity Contractor (the Medicare contractors responsible for investigating potential fraud and abuse) and formally referred as part of a case by one of the contractors to the Office of Inspector General for further investigation.
3. You aren't an "excluded individual."

Example

For example, you didn't participate in the fraud offense being reported. Or, there isn't another reward that you qualify for under another government program.

4. The person or organization you're reporting isn't already under investigation by law enforcement.
5. Your report leads directly to the recovery of at least \$100 of Medicare money.

The incentive reward can't exceed 10% of the overpayments recovered in the case or \$1,000, whichever is less. If multiple individuals qualify for a reward, the reward is shared among them. If you want to know more about the Incentive Reward Program, call 1-800-MEDICARE.





CONTOH PROGRAM DETEKSI

- Contoh Program Deteksi:
 - Analisis data klaim
 - Audit klinis
 - Utilization Review
 - Audit data manajemen



CATATAN:

1. Pada praktiknya, 80% proses pengembangan machine learning untuk deteksi fraud terdiri dari persiapan dan pemahaman data*
2. Pastikan ada regulasi/evidence based terkait yang akan dijadikan dasar penilaian penyimpangan data
3. Sistem dibuat sesensitif mungkin untuk dapat membedakan antara waste-abuse-fraud atau permasalahan administratif
4. Evaluasi berkala agar dapat menangkap potensi fraud yang tidak diketahui sebelumnya

*Johnson & Koshgoftaar, Data-Centric AI for Healthcare Fraud Detection, SN Computer Science (2023), 4:389

Tahapan Deteksi

1. Data mapping
2. Data mining

1. Data Mapping

1. Tahap mengidentifikasi semua data elemen yang mungkin digunakan dalam deteksi.
2. Penting untuk mengetahui pergerakan data dan konten dari elemen data agar tidak ada data yang tertinggal.
3. Pergerakan data akan membantu mengidentifikasi modifikasi elemen data yang harus dikumpulkan.
4. Pemahaman konten data membantu menjamin segala modifikasi/ status transaksi pada elemen data dikumpulkan dengan baik.

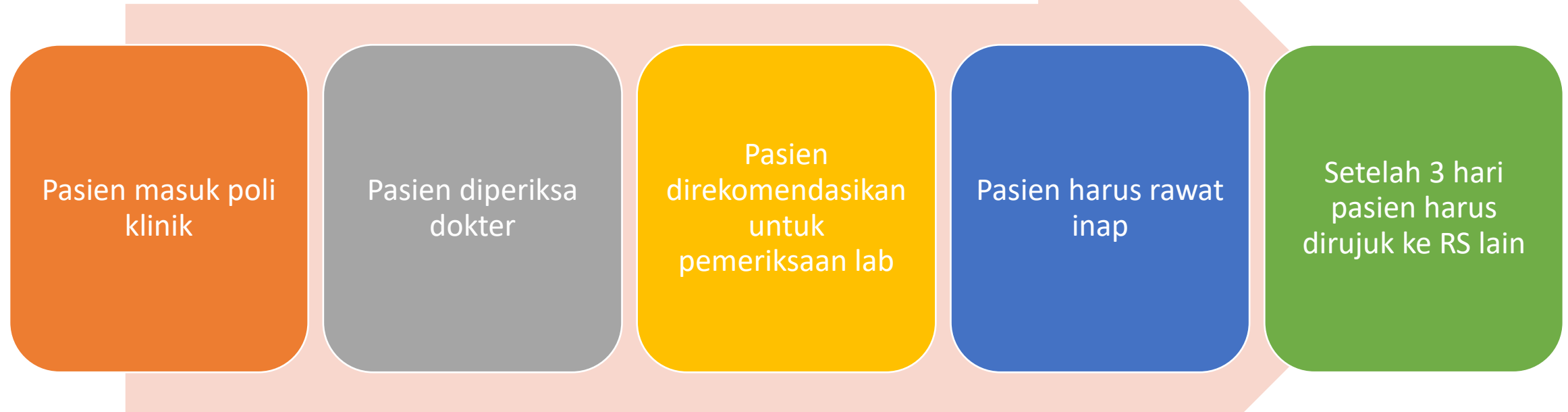
Jenis Bauran Data yang Dapat Digunakan untuk Deteksi Risiko Fraud

1. Identitas provider → nama, usia, jenis kelamin, spesialisasi, jadwal praktik, lokasi praktik, legalitas praktik/tempat praktik, pola sidik jari, pola retina, tanda tangan
2. Identitas pasien → nama, alamat, usia, jenis kelamin, penyakit yang diderita, hak kelas rawat inap, pola sidik jari, pola retina
3. Jenis penyakit pasien & tingkat keparahan
4. Jenis tindakan
5. Jenis terapi
6. Jenis obat-obatan
7. Jumlah klaim
8. Jenis coding → ICD X, ICD IX

Jenis Regulasi yang Dapat Digunakan dalam Proses Deteksi Risiko Fraud

1. PNPk
2. PPK/CP
3. Formularium obat
4. Berita acara kesepakatan permasalahan terkait klaim & pelayanan
5. Panduan klaim INA CBGs
6. UU, Peraturan menteri kesehatan, PP
7. Edaran BPJS Kesehatan

Contoh Proses Data Mapping

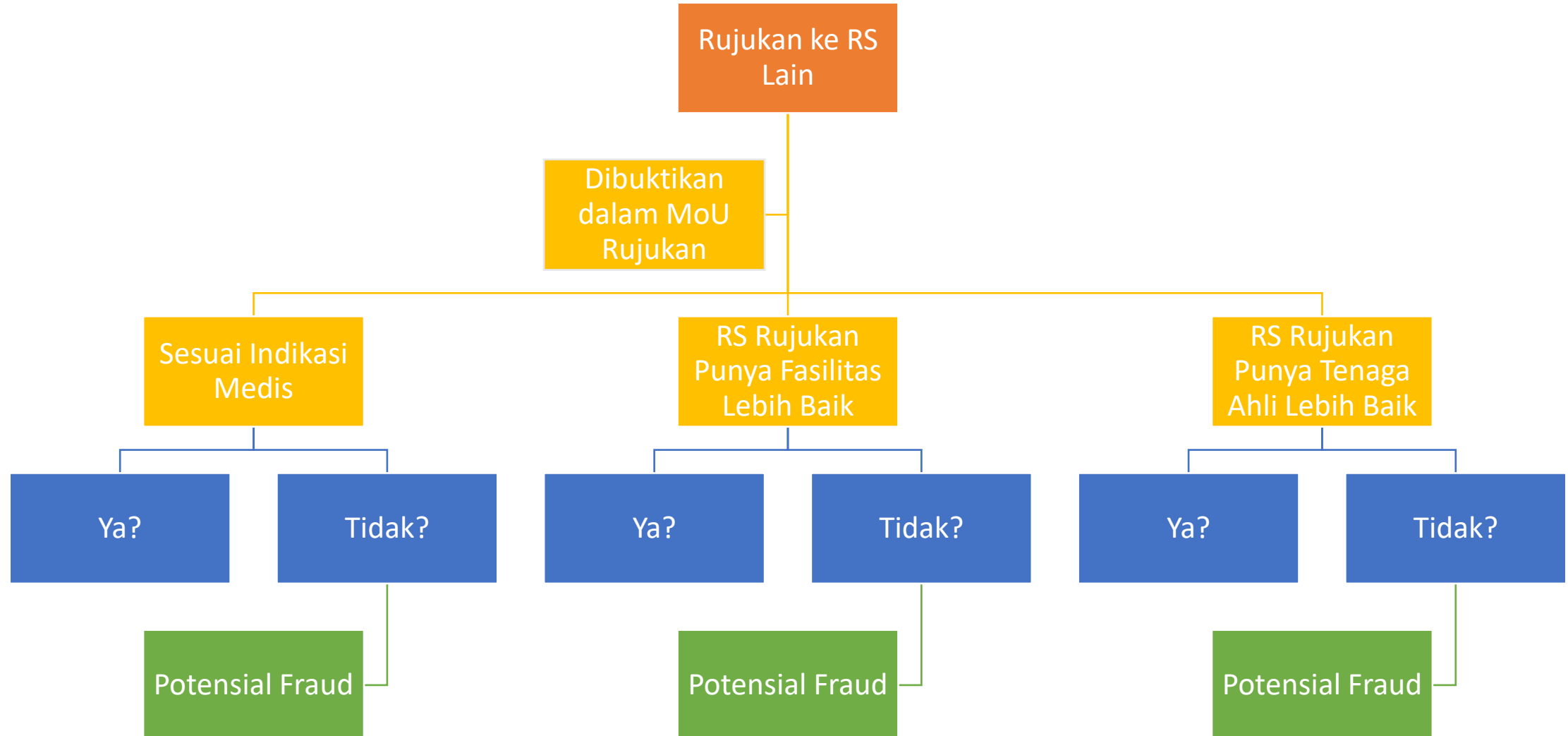


Catatan: dari tiap tahap, kita mengidentifikasi data apa saja yang bisa dikumpulkan & dianalisis

2. Data Mining

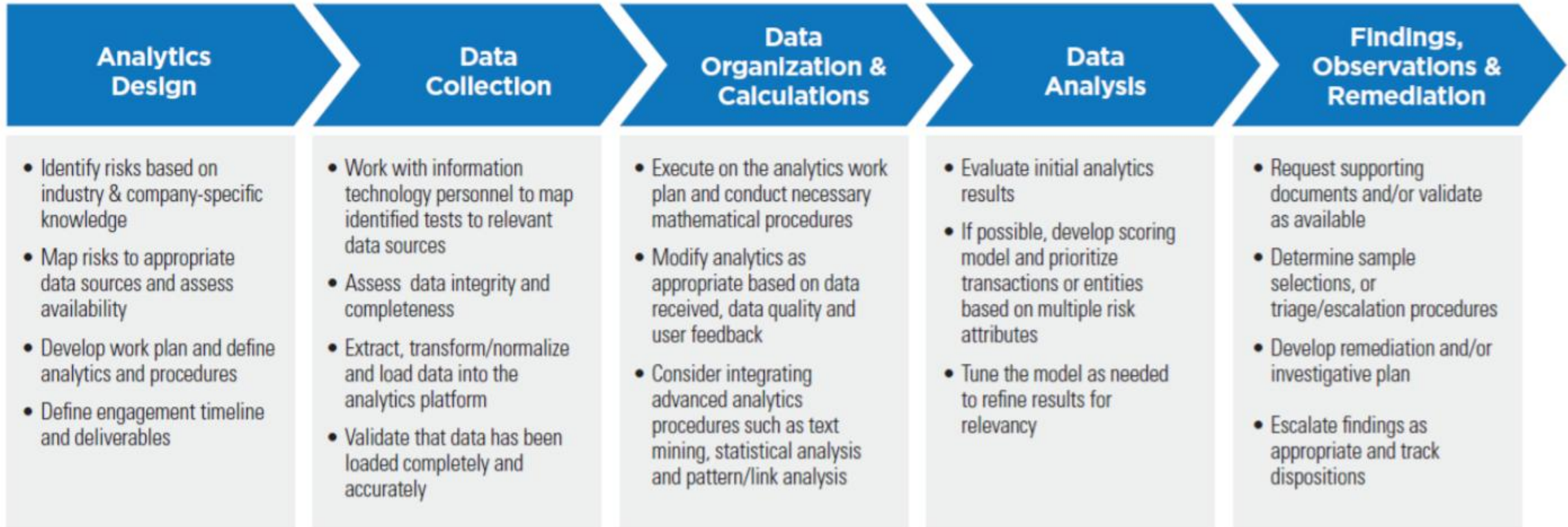
1. Tahap menggali informasi dari data besar atau database.
2. Data mining berakar pada statistic, data management dan database, pengenalan pola, dan artificial intelligent.
3. Data yang dikumpulkan dalam data mapping akan diproses dalam sebuah pemodelan agar dapat mencapai tujuan (deteksi potensi fraud)

Contoh Pemodelan dalam Data Mining: Hierarchical Data Model

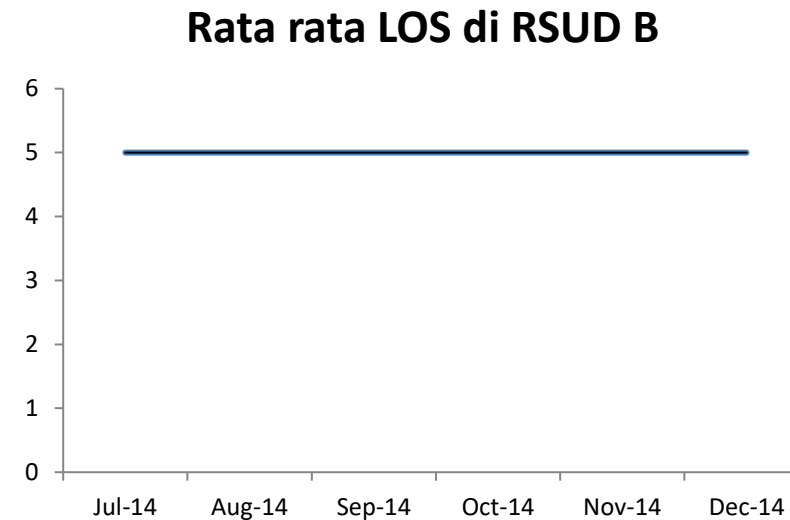
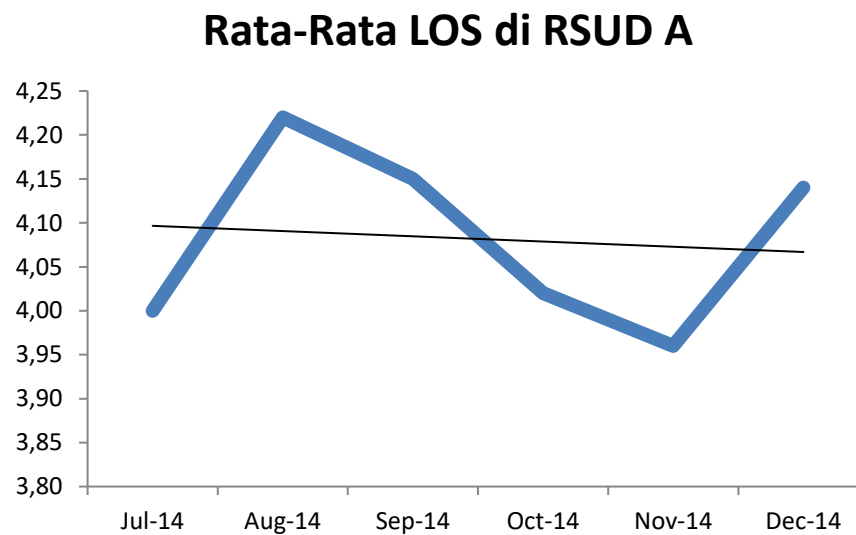


- Kunci Penting:

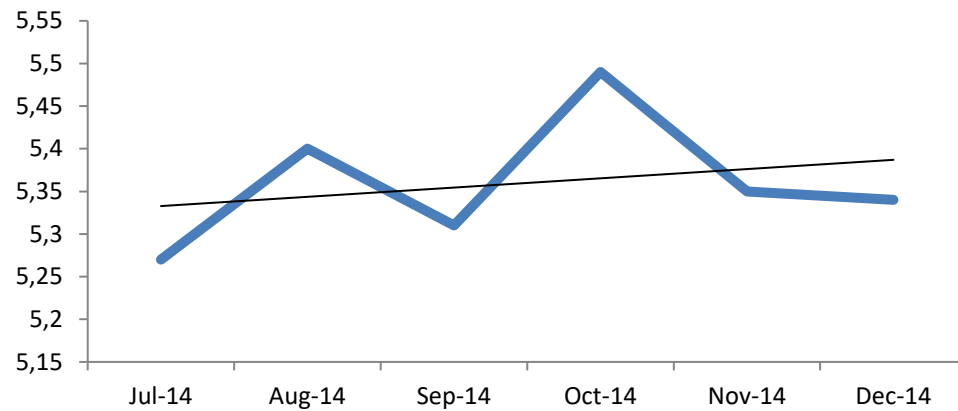
Proses analisis data yang komprehensif dan metodis



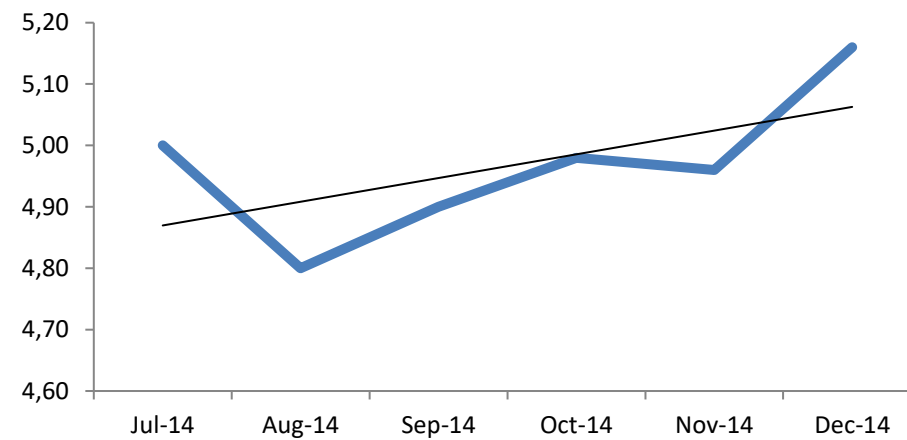
- Dari hasil analisis **rata-rata LOS** terlihat **ada potensi fraud** di RSUD A, B, D, dan E.



Rata-Rata LOS di RSUD D



Rerata LOS di RSUD E

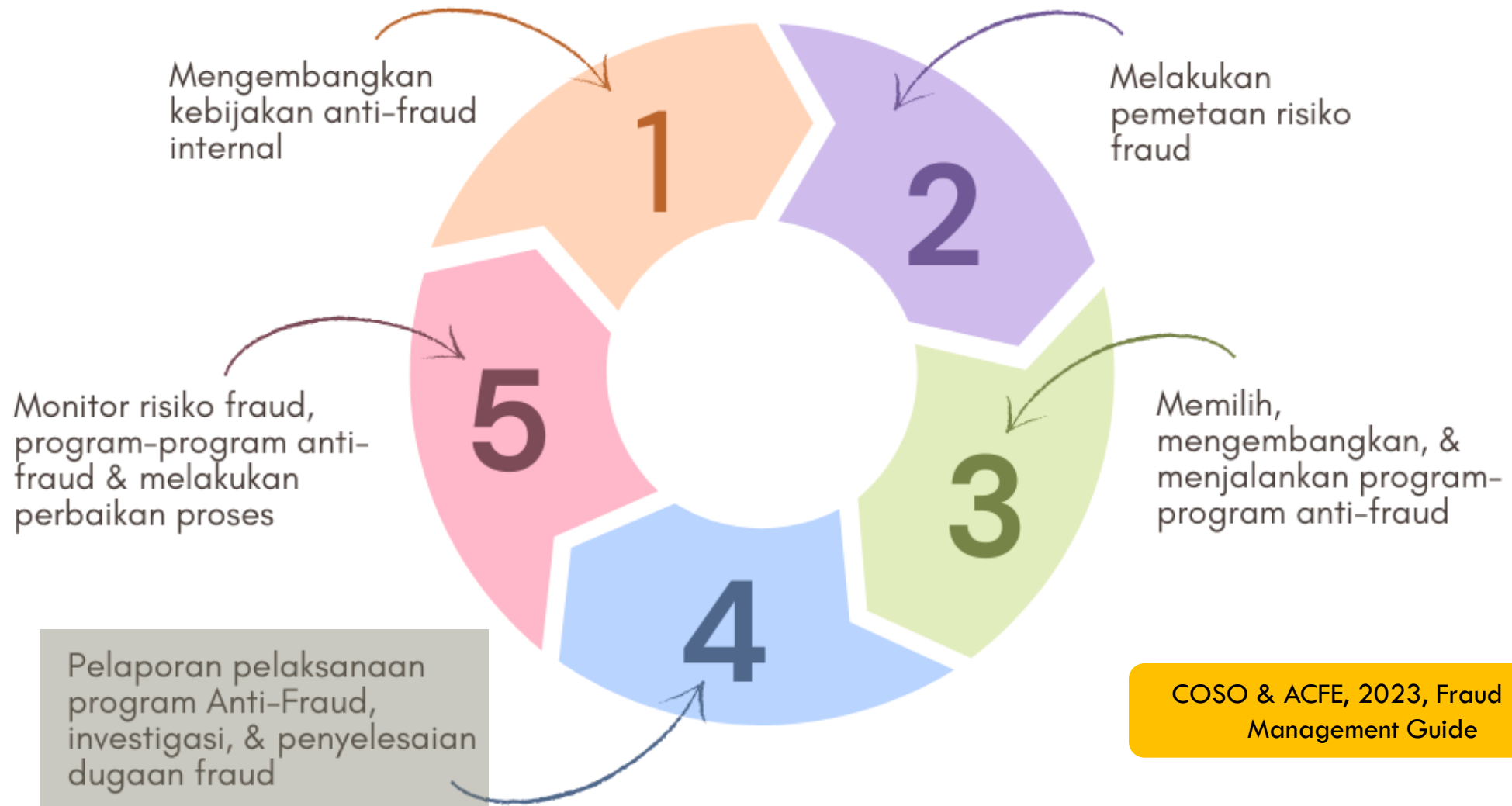




UNIVERSITAS
GADJAH MADA

4. INVESTIGASI & TINDAKAN PERBAIKAN

KERANGKA MITIGASI FRAUD



KONSEP UMUM

Organisasi mengembangkan proses komunikasi untuk mendapat informasi tentang potensi fraud. Organisasi juga menyiapkan pendekatan yang lebih terkoordinasi untuk pelaksanaan investigasi dan tindakan koreksi untuk mengkomunikasikan fraud dengan patut dan pada waktu yang tepat.

KOENTJI!

Dalam tindakan perbaikan pasca investigasi, bukan hanya memberi sanksi tapi juga menyelesaikan akar masalah penyebab fraud yang timbul.



CONTOH SANKSI KASUS FRAUD



Sanksi Administratif

No.	Jenis Sanksi	Keterangan
1	Teguran lisan	
2	Teguran tertulis	
3	Perintah pengembalian kerugian akibat kecurangan (fraud) pada pihak yang dirugikan	Pengembalian dan atau pembayaran denda paling lambat 3 (tiga) bulan sejak putusan sanksi administrative diterima
4	Sanksi tambahan dengan administrative	Pelanggaran sedang: sebesar 25% dari jumlah pengembalian kerugian perjenis kecurangan (fraud) untuk kategori
		Pelanggaran berat: sebesar 50% dari jumlah pengembalian kerugian perjenis kekurangan (fraud)
		Jumlah denda untuk seluruh jenis kecurangan (fraud) paling banyak Rp. 250.000.000



Sanksi Administratif (Lanjutan)

No.	Jenis Sanksi	Keterangan
5	Sanksi peninjauan perizinan sampai pencabutan izin baik untuk fasilitas pelayanan Kesehatan/pemberi pelayanan Kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan	Kerugian lebih dari Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah) setiap jenis Kecurangan (<i>fraud</i>) atau sudah pernah dikenakan sanksi pelanggaran sedang



Sanksi Administratif Pemberi Pelayanan Kesehatan Diberikan Berdasarkan Kategori Pelanggaran Kecurangan

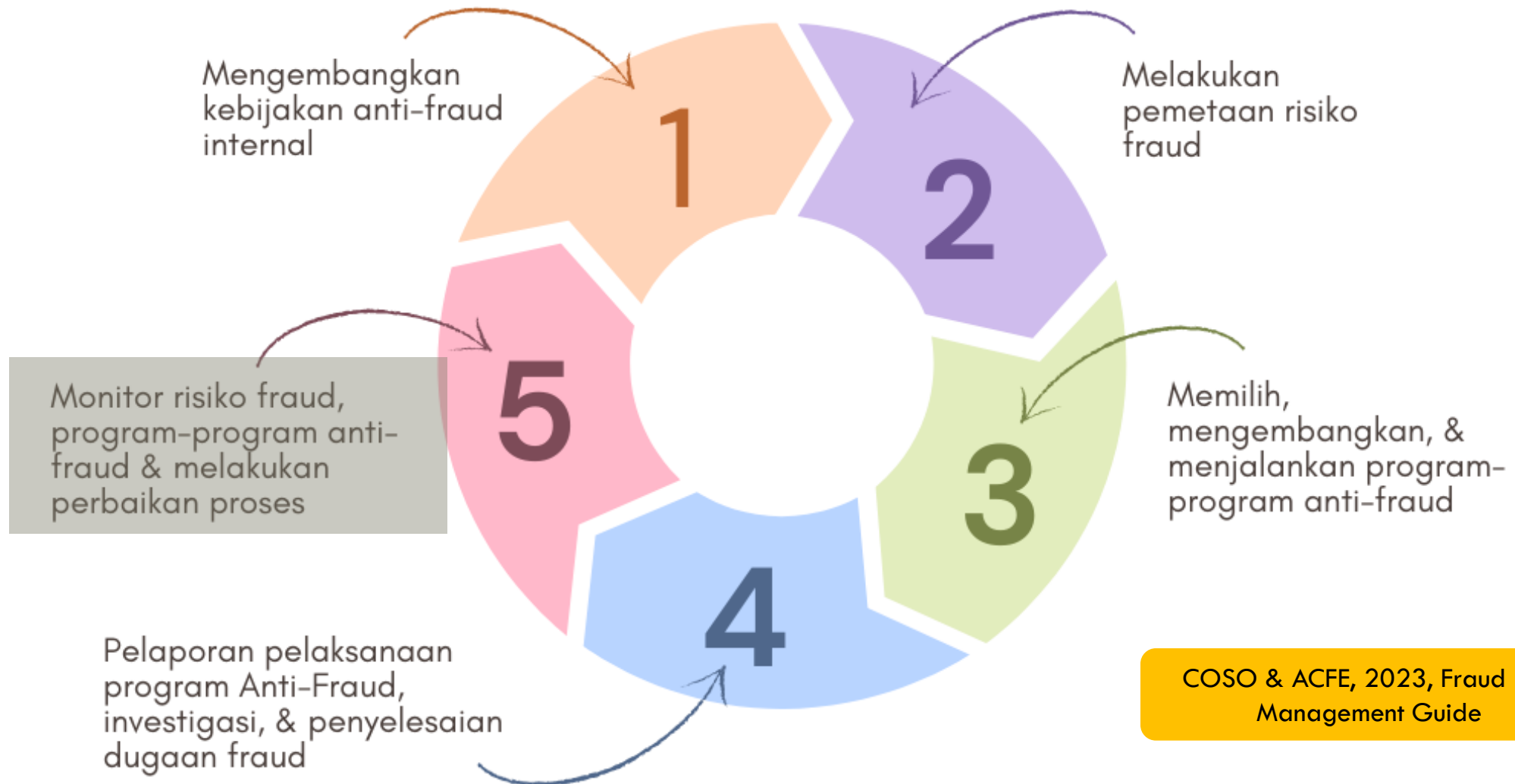
No.	Sanksi	Uraian	Keterangan
1	Ringan	Teguran tertulis	Tercatat dalam SISDMK
2	Sedang	Penundaan pengumpulan SKP selama 6 bulan	Dicatat dalam SISDMK
3	Berat	Pencabutan SIP selama paling lama 1 tahun	Dicatat dalam SISDMK



UNIVERSITAS
GADJAH MADA

5. MONITORING & EVALUASI PROGRAM ANTI-FRAUD

KERANGKA MITIGASI FRAUD



KONSEP UMUM

Organisasi memilih, mengembangkan, dan menyelenggarakan evaluasi berkala untuk memastikan seluruh komponen & prinsip pengendalian fraud tersedia dan berfungsi.

Organisasi mengkomunikasikan kekurangan-kekurangan dalam pelaksanaan program-program pengendalian fraud untuk mendorong adanya perbaikan oleh pihak-pihak yang bertanggungjawab (termasuk manajemen senior dan dewan direksi)



CONTOH MATRIKS MONEV PELAKSANAAN PROGRAM MITIGASI FRAUD

Contoh Matriks Monev Program Anti-Fraud:

Kegiatan Pengendalian Fraud	Score			Catatan
	1	2	3	

Catatan Skor:

1: Tersedia &/ Berjalan

2: Tersedia namun Tidak Berjalan atau Berjalan namun Tidak Tersedia

3: Tidak tersedia/Tidak berjalan



UNIVERSITAS
GADJAH MADA

DISKUSI



UNIVERSITAS
GADJAH MADA

TERIMA KASIH



putiauliarahma@gmail.com



0811 295 2915

LOCALLY ROOTED, GLOBALLY RESPECTED