

The Financial Cost Of Healthcare Fraud

Fraud timbul karena adanya pembayaran berbasis klaim. Pembayaran berbasis klaim memberikan peluang di sektor kesehatan untuk melakukan korupsi. Berbagai kegiatan seperti *upcoding* menjadi rahasia umum di RS. Penelitian Jamkesmas melaporkan adanya *fraud* walaupun hasilnya sedikit. Tapi kami yakin bahwa datanya sangat besar. Laporan yang ditulis oleh Gee tahun 2011 dapat membantu kita untuk menelusuri *fraud* di sektor kesehatan.

Gee adalah seorang *director of counter fraud services at PKF (UK)* dan ketua pusat studi anti *fraud* di *universitas Portsmouth*. Lebih dari 25 tahun Gee menjadi spesialis anti *fraud*. Karya Gee telah membawa Gee ke lebih dari 30 negara untuk melawan *fraud*. Gee menyusun laporan biaya yang dikeluarkan akibat *fraud* di sektor kesehatan berdasarkan hasil dari penelitian terbaru, akurat, valid dari berbagai negara.

Report yang ditulis dalam 24 halaman ini berisi *fraud* yang dilakukan antara tahun 1998 samapi 2009 oleh 33 organisasi di enam negara. Penelitian dilakukan di Inggris, Amerika Serikat, Perancis, Belgia, Belanda dan Selandia baru. laporan ini berisi bukti *fraud* yang dilakukan di sektor kesehatan dan kerugian yang dialami. Namun yang paling penting kerugian *fraud* kesehatan signifikan merusak kualitas tingkat perawatan pasien.

Gee memberikan contoh *fraud* yang terjadi di RS. *Fraud* dilakukan oleh dokter, manajer, apoteker, suplier, pasien sampai masyarakat.

1. *Fraud* yang dilakukan oleh manajer dan staf

Rumah sakit mengklaim bahwa mereka telah melakukan prosedur bedah. Seorang manajer keuangan ditemukan telah memasukkan anggota keluarga di gaji.

2. *Fraud* yang dilakukan dokter

Dokter dilaporkan dari Taiwan bahwa ada 3 dokter yang mengaku telah bersekongkol dengan pasien untk menipu perusahaan asuransi hampir NT \$ 80 juta. Dokter dari Amerika Serikat dilaporkan bahwa dokter dinayatakan bersalah menggunakan obat herbal palsu untuk menawarkan harapan palsu kepada puluhan orang yang menderita penyakit kanker dan Alzheimer.

3. *Fraud* yang dilakukan oleh masyarakat dan pasien

Pasien berbohong tentang keadaan ekonomi mereka untuk mendapatkan pengobatan gratis dan perusahaan alat kesehatan memasok peralatan palsu.

NHS telah berhasil mengatasi *fraud* di Inggris. Kerugian berkurang 60% hingga 40% tahun 1999 dan 2006. Kerugian yang dialami RS akibat *fraud* diperkirakan antara 3,00% dan 15,4% dengan rata-rata presentase kerugian 7,29%. Laporan ini memberikan gambaran *fraud* di RS sehingga bisa digunakan oleh organisasi kesehatan untuk memprioritaskan masalah. Jika organisasi tidak menyadari luasnya kerugian bagaimana bisa menerapkan solusi yang tepat.

Kerugian akibat *fraud* kesehatan dapat diukur, atas dasar bukti bahwa kerugian dalam organisasi kesehatan sebesar 3% mungkin lebih dari 7% dan mungkin lebih dari 10%. Laporan ini menunjukkan berapa banyak uang yang hilang sebesar 7,29%. Organisasi kesehatan dunia global mengungkapkan pengeluaran kesehatan sebesar US \$ 5,7 triliun. Dengan demikian ada kemungkinan bahwa sekitar US \$ 415.000.000.000 uang hilang karena penipuan. Ini setara dengan dua kali anggaran Inggris NHS untuk membangun 2.300 rumah sakit baru. melawan penipuan secara efektif akan mengurangi kerugian.