

Fraud Investigation in The Cash Plan Hospital Health Insurance Claim

Investigasi Kecurangan dalam Klaim Program Asuransi Kesehatan *Hospital Cash Plan*

Mulawarman Awaloedin^{1*}, Hendrik Herdiana Sutendi², Dedi KUSDANI³

Program Studi Aktuaria, Trisakti School of Financial Business (STMA Trisakti), Jakarta¹,

PT Commonwealth Life, Jakarta², PT Asuransi Jiwa Victory, Jakarta³

mulawarman.awaloedin@gmail.com¹, hendrik_sutendi@yahoo.com²,

dedikusdani@yahoo.com³

ABSTRACT

The purpose of this research is to investigate insurance claim deficiencies (fraud) at an insurance company. By using a kasus study approach, it is found out kasuss of unreasonable claims with improper fees. The results of the investigation are then modeled following the existing standard operating procedures. One of the results is that the company's operating standards are not implemented consistently and optimally, making it easier for the insured to commit fraud. The fraud that is successfully investigated is falsifying documents, submitting double bills, and also providing unnecessary care and maximizing care. In order to prevent this fraudulent act and reduce it, it is recommended to synergize between departments in the company and to collaborate with document issuers outside the company such as ID card issuer (the local authority or PEMDA).

Keywords : insurance claim, Fraud.

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menginvestigasi kecurangan klaim asuransi (fraud) di sebuah perusahaan asuransi. Menggunakan pendekatan studi kasus, ditemukan sejumlah kasus-kasus klaim yang tidak lazim dengan nilai pengajuan yang tidak wajar. Hasil investigasi kemudian dimodelkan mengikuti prosedur standar operasional yang ada. Hasil yang diperoleh adalah standar operasional perusahaan tidak dijalankan secara konsisten dan optimal, sehingga memudahkan bagi tertanggung untuk melakukan tindak kecurangan. Tindak kecurangan yang berhasil diinvestigasi adalah pemalsuan dokumen (Falsifying documents), *submitting double bills* (mengirimkan tagihan ganda), juga *providing unnecessary care and maximizing care* (memberikan perawatan yang tidak perlu dan memaksimalkan perawatan). Guna mencegah tindak kecurangan ini dan mengurangnya, disarankan untuk melakukan sinergi antar departemen di perusahaan dan melakukan kerjasama dengan pihak-pihak penerbit dokumen di luar perusahaan seperti pembuat ktp elektronik (Pemda).

Katakunci: Klaim Asuransi, Kecurangan (Fraud)

1. Pendahuluan

Di era modern yang semakin maju ini, masyarakat semakin sadar pentingnya menjaga dan melindungi kesehatan. Biaya untuk proses penyembuhan seseorang yang sakit boleh dibilang tidak bisa diprediksi. Tak jarang biaya yang mereka keluarkan ada yang sampai menguras sebagian dari kekayaan/harta yang mereka miliki. Biaya Kesehatan di Indonesia dari tahun ke tahun terus mengalami fluktuasi. Berdasarkan laporan dari *Global Medical Trend Rates oleh AON Hewitt Global Benefits*, menunjukkan bahwa dalam tiga tahun terakhir, terjadi sedikit penurunan biaya kesehatan di Indonesia. Namun demikian, jika dibandingkan dengan laju inflasi, masih sangat tinggi. Tabel 1 merinci informasi tersebut.

Tabel 1. Tren Biaya Kesehatan di Indonesia 2018 – 2020

No.	Tahun							
	2018		2019		2020			
2	Inflasi (%)	Biaya Kesehatan (%)	Inflasi (%)	Biaya Kesehatan (%)	Inflasi (%)	Biaya Kesehatan (%)		
3	4.5	Gross Net	3.4	Gross Net	3.6	Gross Net		
4		15.0 10.5		13.0 9.6		13.00 9.4		

Sumber: *Global Medical Trend Rates* oleh AON Hewitt *Global Benefits* (diakses dari: <https://healthresources.aon.com/>)

Biaya yang tinggi itu, seringkali bermasalah, terutama bagi kalangan menengah-bawah, sehingga menimbulkan perilaku yang kurang baik.

Program-program asuransi kesehatan, aslinya adalah program asuransi jiwa yang dilekatkan. Namun demikian, sejak dekade tahun 1970 an, program asuransi kesehatan mulai dipasarkan secara mandiri oleh beberapa perusahaan asuransi swasta hasil kerjasama dengan perusahaan asuransi kesehatan dari luar negeri, yang kemudian menjadi perusahaan asuransi patungan atau *joint venture*. Berbagai jenis produk asuransi kesehatan yang dipasarkan dikelompokkan ke dalam 2 jenis program yakni:

Pertama, *Non Reimbursement System* karena pembayaran klaim bukanlah sebagai penggantian dan tidak dihubungkan dengan biaya perawatan yang telah dibayar terlebih dahulu oleh pasien tersebut selama dirawat di Rumah Sakit. Pembayaran klaim dihitung berdasarkan waktu atau lamanya tertanggung dirawat dirumah sakit, karena jaminan dihitung dari jumlah hari perawatan sebagai pasien rawat inap. Jenis ini disebut juga sebagai *Hospital Income Insurance*.

Kedua, disebut sebagai *reimbursement system* atau sistem penggantian oleh karena perusahaan asuransi akan mengganti kembali biaya yang telah dikeluarkan oleh tertanggung selama di rawat di Rumah Sakit sebagai pasien rawat inap (Safri Ayat dan Erizal, 2013). Produk ini secara mendasar dijalankan dengan prinsip *indemnity* atau ganti rugi sehingga manfaat asuransi diberikan melalui sejumlah paket atau *plan*, mulai dari biaya obat, dokter, hingga biaya rawat inap sesuai kelas yang dipilih sejak awal. Dengan begitu, penggantian kerugian dari produk dengan skema *hospital benefit* umumnya dilakukan non-tunai sebab tidak melalui proses *reimbursement* dan dibayarkan oleh asuransi sesuai dengan nilai yang tertera pada kuitansi tertanggung.

Jenis yang pertama merupakan bentuk paling sederhana dari produk asuransi kesehatan dan sering disebut dengan istilah Santunan Tunai Harian Rumah Sakit atau dengan istilah *Hospital Cash Plan* (HCP) atau *Daily Hospitalization Benefit* (DHB). Produk ini dipasarkan sebagai asuransi perorangan dengan jalur distribusi agen (*bancassurance*). Perusahaan asuransi akan membayar biaya perawatan sesuai yang tercantum dalam polis untuk setiap hari perawatan di rumah sakit, tanpa memperhatikan biaya perawatan aktual yang dibayarkan tertanggung kepada rumah sakit. Untuk asuransi perorangan tertanggung sekaligus sebagai pemegang polis. Beberapa perusahaan asuransi membuat paket asuransi untuk satu keluarga dimana pemegang polisnya adalah kepala keluarga. Lazimnya, suami dan para tertanggungnya adalah dirinya sendiri ditambah istri dan anak. Jumlah harian biasanya 60 hari atau 90 hari akan tetapi juga ada perusahaan asuransi yang tidak memberikan batasan jumlah santunan harian dalam satu tahun (Kasir, 2010).

Produk HCP menjadi salah satu pilihan menarik bagi pemegang polis asuransi yang belum puas dengan limit yang diberikan perusahaan asuransi kesehatan dalam menanggung tindakan tertentu. Produk ini menawarkan sejumlah keunggulan utamanya bagi perorangan yang ingin mendapatkan nilai tambah dari pertanggungan asuransi kesehatan yang diberikan perusahaan baik itu asuransi swasta maupun program BPJS kesehatan.

Produk ini tergolong sederhana tetapi menguntungkan. Pemegang polis dijanjikan mendapatkan sejumlah dana *reimburse* apabila sakit dan harus menjalani rawat inap di rumah

sakit. Besaran dana *reimburse* yang diterima pemegang polis bervariasi tergantung dari tipe produk yang dipilih.

Berikut salah satu produk HCP yang menjadi primadona dipasaran yang memberikan manfaat berupa:

1. Santunan Harian (Daily Cash Benefit) yaitu Santunan yang akan dibayarkan oleh Penanggung untuk setiap hari perawatan Rumah Sakit yang dialami oleh Tertanggung sebagai akibat Cedera Tubuh atau Penyakit.
2. Santunan Pembedahan (Surgical Benefit) yaitu Santunan yang dibayarkan oleh Penanggung atas semua biaya yang timbul akibat semua tindakan pembedahan.
3. Santunan Unit Perawatan Intensif (ICU Benefit) yaitu Santunan yang dibayarkan oleh Penanggung apabila Tertanggung dirawat di unit perawatan intensif di Rumah Sakit.
4. Santunan Biaya Sebelum dan/atau Sesudah Rawat Inap (Pre and Post Hospital Benefit) yaitu Santunan yang dibayarkan oleh Penanggung untuk pengobatan sebelum dan/atau sesudah rawat inap yang diperlukan atas Cedera Tubuh atau Penyakit yang menyebabkan Tertanggung harus mendapat rawat inap tersebut.
5. Santunan Penggantian Biaya Medis (Miscellaneous Expenses) yaitu Santunan yang dibayar untuk setiap biaya-biaya atau pelayanan yang terkait dengan proses atau selama Tertanggung menjalani rawat inap di Rumah Sakit.

Produk asuransi kesehatan ini dipasarkan melalui distribusi keagenan produk individu dan *bancassurance* dengan 5(lima) tipe kelas yang berbeda yaitu dari manfaat paling rendah sebesar Rp 300.000 (tipe E) sampai tipe tertinggi dengan manfaat harian Rp. 1.500.000 per hari (tipe A). Adapun detail manfaat per tipe yang ditawarkan adalah sebagai berikut :

Tabel 2. Manfaat Asuransi Kesehatan HCP

Benefit	Tipe A	Tipe B	Tipe C	Tipe D	Tipe E
<i>Daily cash benefit</i>	1.500.000	1.000.000	750.000	500.000	300.000
<i>ICU benefit per day</i>	3.000.000	2.000.000	1.500.000	1.000.000	600.000
<i>Surgical benefit</i>					
- minor	7.500.000	5.000.000	3.750.000	2.500.000	1.500.000
- intermediate	15.000.000	10.000.000	7.500.000	5.000.000	3.000.000
- major	27.000.000	18.000.000	13.500.000	9.000.000	5.400.000
- complex	37.500.000	25.000.000	18.750.000	12.500.000	7.500.000
<i>Pre post hospital benefit</i>	750.000	500.000	375.000	250.000	150.000
<i>Misc. Expense</i>	1.500.000	1.000.000	750.000	500.000	300.000

Sumber: PT Asuransi CML

Asuransi kesehatan HCP ini mempunyai beberapa keuntungan yaitu:

- a. Cocok digunakan sebagai pelengkap asuransi kesehatan yang memberikan manfaat *cashless*, dimana dapat dijadikan tambahan untuk berjaga-jaga jika kekurangan plafon biaya kesehatan. Contoh untuk peserta dari BPJS atau mempunyai asuransi kesehatan dengan jenis hospital benefit, maka bisa menggunakan tambahan dana dari *cash plan* untuk melengkapi kebutuhan biaya.
- b. Asuransi kesehatan HCP dapat dijadikan sebagai semacam pengganti penghasilan yang berkurang karena biaya perawatan di rumah sakit. Asuransi ini tentu sangat cocok bagi yang berprofesi sebagai pedagang, wiraswasta, atau profesional.
- c. Asuransi ini akan tetap diberikan walaupun sudah dibayar oleh asuransi lain, karena asuransi ini hanya memerlukan fotokopi kuitansi biaya medis saja.
- d. Besarnya uang pertanggungan sesuai dengan program yang dipilih tetap dibayarkan meskipun biaya di bawah uang pertanggungan

Cara kerja produk asuransi ini relatif sederhana, karena sistem pencairannya memakai sistem *reimbursement*, yakni mengharuskan pemegang polis untuk melakukan pembayaran

biaya rumah sakit terlebih dahulu setelah itu baru mengajukan klaim ke pihak asuransi dengan menggunakan salinan berkas biaya perawatan yang asli ataupun fotokopi legalisir.

Walaupun biaya kesehatan sudah ditanggung atau dibayarkan oleh pihak lain atau perusahaan asuransi lain, jenis asuransi ini juga tetap diperbolehkan untuk klaim ke perusahaan asuransi lain atau dikombinasikan dengan asuransi kesehatan *cashless*.

Dengan fitur sederhana tersebut dan juga dapat dikombinasikan dengan asuransi kesehatan lainnya membuat produk ini merupakan salah satu produk yang sangat laku di pasaran. Namun demikian skema ini juga membuka peluang bagi nasabah asuransi jiwa untuk melakukan kecurangan (*fraud/abuse*).

Dalam suatu riset yang dilakukan oleh beberapa dokter di Jerman mengungkapkan bahwa kecurangan dalam perawatan kesehatan merupakan sumber yang paling potensial yang dapat merugikan perusahaan asuransi khususnya asuransi kesehatan. Kecurangan dilakukan dengan kesengajaan yang bermaksud untuk mendapatkan keuntungan dari perbuatan tersebut (Sarwo, 2013). Kecurangan ini sudah berlangsung sangat lama, bahkan berkemungkinan sejak industri asuransi itu lahir (Ketut Sendra, 2017), dan kecurangan itu bisa berbentuk halus dan kasar (*soft dan hard fraud*),

Cara perusahaan asuransi bereaksi terhadap *fraud* cenderung sporadis, tidak terencana dan tidak terkoordinasi dan bahkan dalam banyak kasus ditangani setengah hati dengan pertimbangan hubungan bisnis dan menjaga reputasi (Abdul A, 2012).

Selanjutnya, laporan dari Gen Re (2015) terdapat kecenderungan peningkatan *loss ratio* yang cukup signifikan dari tahun ke tahun terutama dari tahun 2014 – 2016. Puncaknya terjadi pada pengalaman klaim tahun 2015 dan 2016 menunjukkan adanya kenaikan jumlah rasio klaim yang cukup signifikan yaitu dari 83% menjadi 95%.

Secara keseluruhan rasio akibat kerugian klaim (*claim loss ratio*) program asuransi kesehatan HCP dari tahun 2011 menunjukkan kecenderungan adanya peningkatan dengan gambaran sebagai berikut.

Tabel 3. Total Klaim Rasio untuk Produk HCP

Periode	Premi Bersih	Klaim	Rasio Klaim
2011	Rp 167.298.411	Rp 33.915.000	23%
2012	Rp 2.695.472.825	Rp 2.023.117.500	75%
2013	Rp 4.480.126.697	Rp 3.341.760.000	75%
Q1 2014	Rp 1.184.328.367	Rp 961.360.000	81%

Sumber: PT Asuransi CML

Peningkatan klaim rasio tersebut semakin memburuk di tahun 2015 dan 2016. Pada tahun 2015 tercatat rasio klaim (*claim loss ratio*) sebesar 83% terus meningkat di kuartal ke-3 tahun 2016 menjadi 95% dengan detail sebagai berikut.

Tabel 4. Total Klaim Rasio Per Produk

Tipe	Tahun 2015	Tahun 2016
A	149%	155%
B	83%	98%
C	78%	91%
D	60%	77%
E	43%	48%
Total	83%	95%

Identifikasi lebih lanjut terhadap kenaikan klaim rasio pada tahun 2016 berdasarkan durasi kepesertaan adalah sebagai berikut.

Tabel 5. Total Rasio Klaim Rasio Berdasarkan Usia Polis Tahun 2016

Tipe	Durasi Kepesertaan					Total
	0	1	2	3	4	
A	222%	124%	161%	149%	143%	155%
B	61%	94%	98%	155%	80%	98%
C	45%	79%	146%	107%	85%	91%
D	76%	84%	73%	73%	73%	77%
E	49%	51%	62%	39%	45%	48%
Grand Total	102%	89%	101%	96%	91%	95%

Sumber: PT Asuransi CML

Secara keseluruhan program asuransi HCP tipe A mengalami peningkatan rasio klaim yang cukup tinggi sebesar 155% dan terutama untuk durasi kepesertaan tahun pertama polis yaitu sebesar 222%.

Selanjutnya rasio klaim berdasarkan usia tertanggung sebagai berikut.

Tabel 6. Total Klaim Rasio Per-usia Peserta

Usia Tertanggung	2015	2016
0 – 15 tahun	74%	88%
16 - 24 tahun	102%	126%
25 – 30 tahun	97%	121%
31 – 35 tahun	83%	85%
36 – 40 tahun	72%	80%
41 – 45 tahun	80%	91%
46 – 50 tahun	75%	95%
51 – 55 tahun	70%	88%
56 – 60 tahun	99%	90%
61 – 64 tahun	138%	115%

Sumber: PT Asuransi CML

Pada kelompok usia 16 – 24 tahun dan kelompok usia 25 – 30 tahun yang notabene merupakan usia produktif seseorang, ternyata memiliki rasio klaim yang cukup tinggi yaitu diatas 120%.

Fakta-fakta ini memperlihatkan bahwa telah terjadi serangkaian tindakan klaim yang di duga mengandung unsur *abuse/fraud*, khususnya untuk program asuransi tipe A. Selain itu juga ada indikasi terjadinya proses underwriting yang tidak ketat dikarenakan besaran suku premi yang kecil. Oleh krena itu, perlu dilakukan investigasi untuk mengetahui indikator apa saja yang digunakan oleh perusahaan asuransi guna mengurangi rasio klaim dan melakukan deteksi dini terhadap *fraud*.

2. Tinjauan Pustaka

Fraud dan Abuse

Penipuan (*Fraud*) adalah kegiatan yang berlangsung dalam lingkungan sosial dan memiliki konsekuensi kerusakan dan dampak yang parah bagi ekonomi, perusahaan, dan individu. Ini adalah infeksi oportunistik yang muncul ketika keserakahan dan penipuan bertemu, (Howard Silverstone, Michael Sheetz, Stephen Pedneault, Frank Rudewicz, 2012), menyembunyikan suatu bahan fakta guna mendorong orang lain untuk bertindak atas kerugiannya. Itu bisa berupa gugatan (masalah sipil) atau bisa juga kriminal.

Penipuan menghadirkan masalah besar bagi perusahaan asuransi kesehatan dan satu-satunya cara untuk memerangi penipuan adalah dengan menggunakan sistem manajemen penipuan khusus (Furlan, Š., & Bajec, M., 2008), atau bisa juga melalui sistem anti-penipuan

dalam penutupan asuransi kesehatan universal (covered universal health care), (Juwita R, 2018). Selain itu, melalui pendekatan *sosiolegal untuk Sistem Anti-Fraud Internasional* juga dapat digunakan guna mencegah sistem penipuan dan perlindungan hak asasi manusia (Juwita R, 2018) serta untuk mengetahui alasan mengapa orang mencoba menipu dan menipu perusahaan asuransi (Kadiu, F., 2015).

Kecurangan klaim asuransi, atau kelebihan pembayaran karena akun klaim palsu menempati jumlah persentase yang besar dari total pembayaran setiap tahun (Müller, K., Schmeiser, H., & Wagner, J., 2012). Perilaku ini juga berdampak pada optimalisasi strategi audit (Müller, K., Schmeiser, H., & Wagner, J., 2016).

Dampak yang terjadi dan ditimbulkan dari penipuan asuransi meliputi peningkatan biaya asuransi kesehatan dan menodai citra industri asuransi (Caren B. Angima, Mbala A. Omondi, 2016), menjadi salah satu sumber utama risiko operasional dan merupakan bagian yang signifikan dari kerugian perusahaan asuransi (Pešout, P., & Andrle, M., 2011), dan yang sudah direncanakan sebelumnya (Sampurna, B., 2008).

Terkait dengan *fraud*, rumah sakit dapat berperan lebih untuk memutuskan apakah layanan peserta JKN rawat inap berpotensi penipuan atau tidak (Santoso, B., Hendrartini, J., Rianto, B. U. D., & Trisnantoro, L., 2018).

Jika *Fraud* adalah penipuan disengaja atau menyampaikan fakta keliru yang dapat menghasilkan manfaat yang tidak sah atau pembayaran. Sedangkan *Abuse* dapat diartikan sebagai penyalahgunaan atau tindakan yang bersifat tidak baik, tidak benar, tidak seharusnya, menyalahgunakan, cenderung kriminal dan mengganggu secara legal, formal maupun etika dan dapat dipidanakan (Pamjaki, 2013). Selanjutnya, Ketut Sendra (2017) juga mengatakan bahwa *fraud* atau kecurangan dalam klaim asuransi dapat dikatakan sebagai pelanggaran atas azas itikad baik atau prinsip *utmost good faith / uberrimae fidei*.

Aturan Hukum Terhadap Fraud Pelayanan Kesehatan

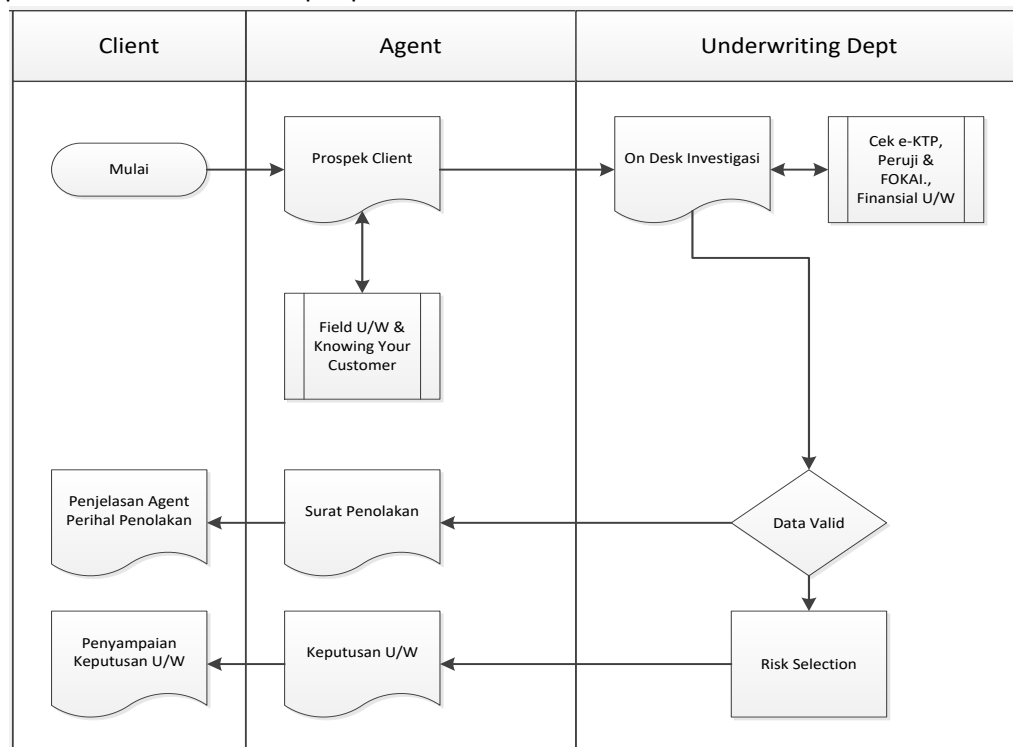
Dalam tatanan hukum Indonesia tindak pidana penipuan diatur oleh Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) dalam Pasal 378. Apabila dikaitkan dengan tindak pidana asuransi, maka perbuatan curang (*fraud*) terhadap perusahaan asuransi diatur oleh Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) yang disamakan dengan tindak pidana penipuan sebagaimana termaktub dalam Pasal 381 KUHP. KUHP berusaha memberikan perlindungan bagi industri asuransi dengan mengkriminalisasikan persetujuan pertanggungan yang dibuat antara perusahaan asuransi sebagai penanggung dengan konsumen sebagai tertanggung/pemegang polis. Berkenaan dengan perbuatan curang terhadap pihak asuransi, maka dapat disinggung pula mengenai keterkaitan Pasal 263 KUHP tentang Pemalsuan Surat.

Terkait dengan kejahatan asuransi, ada beberapa pasal Kitab Undang-undang Hukum Pidana (KUHP) yang biasa digunakan untuk mempidana para pelaku relevan dengan tindakan yang telah mereka lakukan, yakni pada: (1) Pasal 378, (2) Pasal 381, dan (3) Pasal 382. Jika perusahaan asuransi yakin tindakan *fraud* ini telah merugikan menurut hukum perdata, perusahaan asuransi dapat mengajukan gugatan perdata terhadap pelaku, dan kedua belah pihak bertemu di pengadilan perdata. Jika perusahaan asuransi (penggugat) menang, pengadilan dapat memerintahkan pelaku (terdakwa) untuk membayar ganti rugi asuransi (Pamjaki, 2013)

Selain KUHP, Indonesia memiliki Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian untuk mengatur dan memberikan batasan-batasan pada pelaku usaha asuransi. Sebelum Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian ini lahir, kegiatan asuransi diatur dalam Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian (Ridha Ari Setyono, 2017).

Model Investigasi

Model investigasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah model prosedur standar yang ada di perusahaan asuransi tempat penelitian dilakukan.



Sumber: PT Asuransi CML

Gambar 1. Proses Underwriting Untuk Seleksi Klien dengan Indikator Kecurangan pada Produk HCP

3. Metode Penelitian

Jenis Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian yang bersifat kualitatif dengan pendekatan studi kasus (case study). Penelitian ini memusatkan diri secara intensif pada satu obyek tertentu yang mempelajarinya sebagai suatu kasus. Data studi kasus dikumpulkan dari berbagai sumber di perusahaan sebagai latar kejadian.

Sumber Data

Data dalam penelitian ini berasal dari klaim asuransi kesehatan HCP yang melibatkan sekumpulan orang / sindikat yang diduga terlibat dalam melakukan tindakan kecurangan dengan memanfaatkan atau mengambil keuntungan dari program asuransi kesehatan perusahaan asuransi yang terjadi antara periode tahun 2012 hingga tahun 2018.

Sumber data awal yang diambil sebagai objek penelitian ini adalah kasus klaim yang dicurigai *fraud* pada periode tahun 2014 – 2018. Secara rinci yang diteliti dari kasus klaim yang dijadikan sebagai objek penelitian adalah investigasi yang dilakukan dalam proses klaim tersebut. Adapun kasus klaim tersebut adalah.

Tabel 7. Objek Penelitian

No.	Tahun	Jumlah Kasus	Jumlah Klaim
1	2014	70	3.191.650.000
2	2015	11	119.250.000
3	2016	6	64.500.000
4.	2017	36	190.110.840
5.	2018	9	153.393.026

Selain itu, data yang digunakan antara lain:

1. Transkrip hasil wawancara.

2. Catatan lapangan hasil pengamatan partisipan.
3. Dokumen dokumen polis dan pengajuan klaim.

Teknik wawancara dalam penelitian ini adalah wawancara terstruktur, yaitu wawancara dilakukan dengan mengajukan beberapa pertanyaan secara sistematis dan pertanyaan yang diajukan telah disusun sebelum wawancara dilakukan peneliti terhadap pihak-pihak yang berhubungan dalam proses penanganan investigasi klaim asuransi HCP.

Investigasi

Kevin Jacobson et.al (2015) dan Wickström (2012), menguraikan bahwa tujuan dari investigasi dalam asuransi adalah untuk mengetahui apa sebenarnya yang terjadi dan latar dari kejadian. Seluruh kejadian yang dihasilkan dari proses investigasi harus diletakan sebagai sesuatu yang obyektif bagi pihak-pihak yang terlibat. Deteksi hanyalah awal dari pengejaran kasus *fraud*. Ketika indikasi kecurangan ditemukan, kasus ini dirujuk ke bagian investigasi dan investigasi dimulai.

Sebagian besar perusahaan asuransi mempunyai *Special Investigation Unit* (SIU), tetapi beberapa perusahaan lainnya merasa lebih efektif dengan memanfaatkan pihak ketiga dengan pelayanan eksternal investigasi

Melakukan investigasi berarti mendapatkan informasi. Terdapat dua tujuan dari penyidik *fraud* dalam mengumpulkan informasi yaitu:

1. Mencoba untuk menemukan fakta-fakta dari kasus, apakah suatu percobaan curang benar-benar telah terjadi? Siapa yang melakukan? Bagaimana itu dilakukan?
2. Mengumpulkan bukti yang diperlukan untuk menghadapi pelaku dalam tuntutan pidana atau gugatan perdata atau beberapa tindakan lainnya. Dalam hal ini melakukan investigasi sering disebut sebagai persiapan kasus

Sementara dalam kasus *fraud* tujuan penyelidikan ada dua yaitu:

1. Untuk menentukan apakah suatu tindakan *fraud* telah terjadi
2. Untuk dipakai sebagai persiapan kasus artinya tujuan investigasi untuk mengumpulkan bukti yang dapat digunakan untuk mengambil tindakan terhadap pelaku seperti gugatan perdata atau tuntutan pidana

Dalam mengejar informasi penyidik *fraud* melakukan berbagai kegiatan :

- a. Biasanya penyidik memulai dengan meninjau file kasus, file lain yang relevan dan berbagai catatan publik maupun swasta
- b. Penyidik juga mewawancarai pihak yang terlibat dalam kasus ini
- c. Kadang-kadang melakukan pengamatan (*surveillance*) terhadap tersangka dan adakalanya mungkin terlibat dalam operasi penyamaran.

Jika penyidik telah menyimpulkan hasil penyelidikannya dia melengkapi dan menyerahkan laporan investigasi kasus ini.

Langkah-langkah Investigasi

Langkah-langkah investigasi terdiri dari:

- a. *Review* atas dokumen klaim dan dokumen lainnya.

Langkah pertama dalam menyelidiki dugaan kasus *fraud* biasanya diawali dengan *review* atas dokumen yang berhubungan dengan pengajuan klaim diantaranya :

- (1) Dokumen dari klaim yang sedang dalam penyelidikan dan klaim lain yang disampaikan oleh pihak yang sama dimana riwayat klaim seseorang dapat mengungkapkan pola *fraud* atau *abuse* yang tidak terlihat dalam klaim tunggal
- (2) Dokumen dari penyelidikan sebelumnya, dimana investigasi dalam kasus sebelumnya dapat memberikan peta jalan untuk mengejar kasus-kasus berikutnya yang melibatkan orang yang sama
- (3) Pengajuan penutupan asuransi

- Informasi mengenai kesehatan pemohon, riwayat medis, riwayat kesehatan keluarga, informasi mengenai pertanggungan dari asuransi lain dan juga nama agen penjual.
- (4) Catatan asuransi lain
Informasi tentang pertanggungan dari asuransi lain sangat jelas tertanggung berupaya untuk mengumpulkan manfaat dari beberapa perusahaan asuransi dan dapat mengungkapkan pola yang menunjukkan fraud
 - (5) Catatan medis dari tertanggung
Biasanya penyidik asuransi dapat mengakses catatan medis tertanggung dengan ijin yang bersangkutan yang telah ditanda tangani sebelumnya.
 - (6) Berbagai catatan publik lainnya seperti catatan pengadilan, catatan kredit maupun catatan publik yang tersedia internet.
- b. Wawancara dan pengamatan
Dalam beberapa kasus jika *review* dokumen tidak cukup maka dilanjutkan dengan wawancara dan pengamatan, untuk memperoleh informasi dan bukti lebih lanjut.
Hal yang harus diperhatikan adalah:
- (1) Penyidik harus memutuskan apakah akan melakukan wawancara secara langsung, melalui telepon atau melalui korespondensi tertulis/elektronik
 - (2) Penyidik menentukan urutan orang yang diwawancarai dan susunan pertanyaan yang diperlukan
 - (3) Penyidik merekam hasil wawancara sebagai bukti penyelidikan
 - (4) Penyidik meminta pernyataan tertulis dari orang yang diwawancarai
- c. Bukti dan Pelaporan Investigasi.
Bukti (*evidence*) merupakan dokumen dan benda fisik yang membantu fakta fakta kasus. Secara umum, sebuah barang bukti atau dokumen hanya diterima sebagai bukti dalam proses hukum jika relevan dan otentik.
Agar bukti dapat dianggap relevan, harus memiliki hubungan yang signifikan terhadap kasus ini dan bukti dianggap otentik jika bukti tersebut dapat ditunjukkan dengan tepat apa tujuannya.
Setiap bukti/dokumen harus diberi label dengan benar dan didokumentasikan, disimpan dengan aman dan chain of custody harus diamankan
Pada akhir investigasi disusun rangkuman penyelidikan dalam bentuk laporan investigasi untuk diambil tindakan terhadap proses klaim selanjutnya.

Teknik Analisis Data

- Setelah proses pengumpulan data selesai maka data perlu dianalisis dengan cara:
1. Mengkaji apakah bukti yang didapat dari hasil investigasi sudah cukup dan valid untuk proses klaim berikutnya;
 2. Menentukan indikasi *fraud* dari masing-masing kasus untuk dijadikan sebagai kriteria pendeteksian awal kasus klaim berikutnya;
 3. Membandingkan setiap kasus yang terjadi dan menentukan kenapa *fraud* masih terus berulang;
 4. Mengkaji penyebab munculnya kasus *fraud* dari sudut peneliti menentukan teknik yang efektif untuk menanggulangnya;
 5. Menyimpulkan hasil analisis data secara induktif, yakni cara analisis dari kesimpulan umum atau generalisasi yang diuraikan menjadi contoh-contoh konkrit atau fakta-fakta untuk menjelaskan kesimpulan tersebut.

4. Hasil dan Pembahasan

Temuan Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan berdasarkan pengalaman klaim penutupan Asuransi Jiwa produk HCP. Indikasi praktek kecurangan klaim terhadap produk ini dilakukan secara masif dan

terstruktur oleh kelompok-kelompok tertentu yang sengaja memanfaatkan produk ini untuk memperoleh keuntungan secara ilegal.

Kasus-kasus klaim yang terjadi secara masif ini menjadi material utama dalam penelitian ini yang dinilai signifikan merugikan perusahaan. Adapun temuan itu antara lain sebagai berikut.

1. Temuan Kasus klaim tahun 2014

Penanggung menerima klaim perawatan dari rumah sakit secara bertubi-tubi dari beberapa nomor polis yang berasal dari daerah Jakarta Barat. Pada awalnya Penanggung tidak merasakan kejanggalan karena dokumen klaim diajukan sebagian-sebagian atau secara terpisah. Setelah beberapa lama kasus klaim yang diajukan semakin banyak dan berulang. Setidaknya terdapat 70 kasus pengajuan klaim rawat inap yang berasal dari 66 pemegang polis yang diajukan dalam 2 bulan. Setelah dipelajari lebih lanjut kasus-kasus klaim ini memiliki indikasi kemiripan diantaranya :

- a. Usia polis baru berjalan di bulan ke-2 sejak diterbitkan dengan benefit yang diambil adalah HCP tipe tertinggi.
- b. Perawatan berasal dari beberapa rumah sakit yang sama di daerah Jakarta Barat
- c. Tertanggung dirawat dikarenakan penyakit-penyakit yang tergolong ringan seperti Diare dan Demam dengan lama perawatan 7-10 hari.
- d. Usia Tertanggung masih muda berkisar di usia 20 – 35 tahun.

Dengan adanya beberapa indikasi kecurangan awal diatas Penanggung memutuskan untuk melakukan investigasi lebih lanjut terhadap kasus-kasus ini dengan hasil sebagai berikut:

- a. Verifikasi Dokumen Pengajuan Klaim dan SPAJ Polis.
 - Terdapat 125 kasus pengajuan klaim rawat inap dari 7 Rumah Sakit di daerah Jakarta Barat. Pengajuan klaim itu berasal dari 70 pemegang polis yang sama dengan eksposur total klaim sebesar Rp 3.191.650.000,-
 - Kuitansi yang diterbitkan rumah sakit sebagian besar berupa fotokopi legalisir Rumah Sakit dengan penjaminan perawatan berasal dari perusahaan asuransi lain.
 - Polis-polis tersebut terbit dalam kurun waktu bersamaan dalam 1 bulan yang sama dan hanya berasal dari 3 agen.
 - Usia Tertanggung berkisar diantara 20 – 35 tahun dengan latar belakang pekerjaan pemilik toko di sebuah pusat perbelanjaan di Mangga Dua – Jakarta Barat.
 - Dokumen pengajuan klaim diterima dalam kurun waktu 3 bulan dan dikirimkan secara langsung ke kantor pusat oleh seseorang yang mengaku sebagai kurir pengiriman dokumen.
 - Seluruh dokumen mencantumkan alamat surat menyurat yang sama berasal dari Tanjung Duren, Sunter dan Artha Gading.
 - Pembayaran premi dilakukan secara bulanan
 - Agent tercatat baru bergabung dengan Penanggung dengan penjualan produk sebagian besar Asuransi HCP.
- b. *On desk investigation*
 1. Konfirmasi ke Rumah Sakit tempat Tertanggung dirawat dinyatakan bahwa semua dokumen perawatan memang benar dikeluarkan oleh pihak rumah sakit dengan indikasi perawatan yang kurang adekuat karena penyebab rawat inap digolongkan disebabkan oleh penyakit ringan yang secara medis dapat dilakukan dengan terapi rawat jalan ataupun tidak memerlukan rawat inap yang begitu lama.
 2. Konfirmasi yang dilakukan ke industri perusahaan asuransi diketahui bahwa Rawat inap tertanggung di ke 7 rumah sakit dijamin oleh 1 perusahaan asuransi yang sama, namun demikian Tertanggung juga terdaftar sebagai client di beberapa perusahaan asuransi lain dengan benefit reimbursement hospital cash plan.

c. Investigasi Lapangan

Mengingat kasus ini cukup masif dan diduga melibatkan sindikat kejahatan asuransi maka Penanggung memutuskan untuk melakukan investigasi lapangan dengan menggunakan eksternal investigator. Adapun hasil investigasi yang diperoleh adalah sebagai berikut :

1. Kunjungan ke bagian administrasi rawat inap rumah sakit disebutkan bahwa pasien datang ke rumah sakit selalu diantar oleh seseorang yang mengaku sebagai majikan klien.
2. Kunjungan ke Dokter yang merawat disebutkan bahwa pasien memiliki keluhan seperti diare dan lemas ataupun pusing sehingga terlalu berisiko untuk menolak perawatan dan melakukan observasi perawatan untuk beberapa hari.
3. Investigator tidak dapat menemui Tertanggung/Pemegang Polis karena:
 - a. Alamat rumah merupakan rumah kos dan tertanggung sudah pindah.
 - b. Alamat rumah ada, namun tertanggung tidak dikenal.
 - c. Alamat rumah tidak ada.
 - d. Alamat pekerjaan Tertanggung tidak ada (fiktif).
 - i. Tertanggung menggunakan alamat surat menyurat berupa kotak surat yang disewa di beberapa tempat, informasi dari petugas kotak surat dinyatakan bahwa surat-surat yang masuk sebagian besar dari perusahaan asuransi dan kartu kredit.
 - ii. Konfirmasi yang dilakukan ke RT, Kelurahan serta Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil setempat diperoleh informasi bahwa sebagian besar KTP Tertanggung adalah fiktif dan tidak terdaftar.
 - iii. Wawancara dengan agen disebutkan bahwa ia direferensikan oleh seseorang yang dikenal melalui media sosial bahwa ada beberapa rekannya yang merupakan pemilik toko di pusat perbelanjaan di Jakarta Barat yang membutuhkan asuransi kesehatan. Agent selama proses penjualan tidak pernah bertemu dengan calon Tertanggungnya, pengisian aplikasi diserahkan agent pada teman yang dikenalnya tersebut.
 - iv. Investigator berhasil menemui salah satu client yang kebetulan KTP nya berasal dari daerah di Jawa Tengah. Ia mengaku tidak pernah membeli polis asuransi jiwa, dan tidak pernah dirawat di rumah sakit. Hanya ia sempat ingat bahwa beberapa bulan yang lalu sempat bekerja di Jakarta di sebuah tempat konveksi di daerah Mangga Dua dan menyerahkan KTP sebagai persyaratan bekerjanya.

4. Keputusan Klaim

Berdasarkan hasil investigasi yang telah dilakukan diperoleh suatu bukti bahwa:

- 1) Kartu identitas tertanggung yang didaftarkan pada saat pengajuan SPAJ palsu.
- 2) Alamat rumah dan alamat pekerjaan Tertanggung fiktif
- 3) Tertanggung yang bisa ditemui menyatakan tidak pernah membeli polis asuransi dan tidak pernah sakit.
- 4) Terdapat dugaan keterlibatan agent dalam kasus ini.

Atas temuan tersebut seluruh pengajuan klaim ditolak dan polis dibatalkan, dan Penanggung melakukan tindakan-tindakan perbaikan yang dianggap perlu agar peristiwa masif yang sama tidak terulang.

2. Temuan Kasus Klaim HCP tahun 2015

Kasus kedua terjadi dipertengahan tahun 2015, melibatkan 11 Tertanggung/Pemegang Polis dari 1 agen yang sama. Pada kasus ini indikator awal adanya kecurangan klaim diketahui dari beberapa faktor yaitu:

- 1) Polis baru melewati masa tunggu 30 hari, Tertanggung langsung mengajukan klaim *reimbursement* HCP.
- 2) Pengajuan klaim dilakukan hampir dalam waktu yang bersamaan, dikirim oleh hanya 1(satu) kurir.
- 3) Tertanggung dirawat di rumah sakit yang jauh dari lokasi ia tinggal ataupun tempat ia bekerja.
- 4) Penyebab sakit dikarenakan penyakit ringan.

Untuk mencegah terjadinya kasus yaang lebih masif lagi, Penanggung langsung melakukan pengecekan ke bagian keagenan dan diketahui bahwa agen merupakan agen baru pindahan dari perusahaan asuransi lain. Setelah dilakukan pemanggilan beberapa kali, agen tersebut tidak hadir. Pada akhirnya diputuskan untuk menutup sementara produksi polis dari agen yang terlibat dalam kasus ini. Untuk klaimnya sendiri langsung dilakukan investigasi dengan ringkasan sebagai berikut :

- a. Verifikasi Dokumen Pengajuan Klaim dan SPAJ Polis.
 - 1) Semua Polis diterbitkan dalam tanggal yang sama yaitu di bulan Juni 2015
 - 2) Tertanggung berdomisili di Jakarta Pusat dan bekerja sebagai pemasar perusahaan properti di daerah Sunter.
 - 3) Formulir pengajuan klaim rawat inap ditulis dalam bentuk yang seragam dan dikirimkan oleh kurir yang sama.
 - 4) Rawat inap tersebar di beberapa rumah sakit di Tangerang dengan penyebab sakit Diare dan Typhus dengan total klaim sebesar Rp 119. 250.000,-
 - 5) Agen yang terlibat hanya 1 orang, status tidak dapat dipanggil karena berdomisili di luar Jakarta.
- b. *On Desk Investigation*
 - 6) Verifikasi ke rumah sakit melalui surat diperoleh informasi semua data perawatan valid.
 - 7) Verifikasi melalui surat dan telepon kepada klien tidak mendapatkan jawaban yang cepat, sehingga diputuskan langsung untuk melakukan investigasi lapangan.
- c. Investigasi Lapangan
 - 1) Verifikasi KTP ke kantor kelurahan dan Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil, semua terdaftar dan valid.
 - 2) Kunjungan ke semua klien, diketahui bahwa klien tidak pernah mengisi form SPAJ polis dan tidak memegang nomor rekening tabungan yang tercantum dipolis.
 - 3) Semua Tertanggung mengaku pernah bekerja di sebuah agen perumahan di daerah Sunter namun hanya beberapa bulan dengan menyerahkan fotokopi KTP.
 - 4) Tertanggung diinformasikan oleh pemilik perusahaan jika sakit cukup menghubungi yang bersangkutan dan memang semuanya pernah sakit diare dan kemudian disuruh untuk dirawat di rumah sakit yang ditunjuk. Semuanya gratis.
 - 5) Kunjungan ke tempat kerja Tertanggung, nama dan alamat perusahaan memang ada namun kondisi kantor terletak di lokasi perumahan yang tertutup dan oleh petugas keamanan tidak diijinkan untuk masuk.
 - 6) Tertanggung/Pemegang Polis memberikan pernyataan bahwa yang bersangkutan merasa tidak mengisi SPAJ dan menutup polis asuransi jiwa serta membatalkan pengajuan klaimnya.

d. Keputusan Klaim.

Dari hasil investigasi Tertanggung/Pemegang Polis memberikan pernyataan bahwa yang bersangkutan merasa tidak mengisi SPAJ dan menutup polis asuransi jiwa serta membatalkan pengajuan klaimnya. Klaim diputuskan untuk ditolak.

3. Temuan Kasus Klaim HCP tahun 2016

Pada kasus ke tiga ini berasal dari daerah Tangerang dan berskala nasional dimana setidaknya klien terdaftar sebagai Tertanggung/Pemegang Polis di 19 perusahaan asuransi dengan Plan yang sama yaitu HCP. Kasus ini tidak terdeteksi pada awal proses underwriting karena aplikasinya diajukan secara bersamaan ke beberapa perusahaan asuransi sehingga termasuk dalam *database client* yang dicurigai. Penanggung baru mendeteksi adanya kemungkinan kecurangan setelah menerima dokumen pengajuan klaim dengan indikator:

- 1) Klaim terjadi diawal Pertanggungan.
- 2) Polis dengan HCP tipe tertinggi.
- 3) Penyebab perawatan karena penyakit ringan.
- 4) Profil Tertanggung sangat mencurigakan, baik dari usia, alamat dan pekerjaannya.

Setelah dilakukan pengecekan ke form klaim, diketahui bahwa Tertanggung terdaftar sedikitnya di 19 perusahaan asuransi jiwa dan mengajukan klaim *reimbursement* untuk perawatan yang sama dengan total klaim Rp 264.000.000,-.

Setelah dikompilasi di database Penanggung terdapat 9 Pemegang Polis yang terdaftar dan mengajukan klaim berasal dari 3 agen di Cabang area Jabodetabek. Hasil wawancara dengan agen diketahui bahwa ke-9 Pemegang Polis merupakan *customer walk in* dimana para calon klien datang ke tiga kantor cabang untuk membeli produk asuransi kesehatan.

Sebagai tindakan preventif, Penanggung melakukan sosialisasi kepada tenaga penjual dan bagian *underwriting* untuk melakukan identifikasi dan *screening* kepada calon pemegang polis dengan tipikal yang sama dan setidaknya ditemukan 4 calon pemegang polis yang dapat diidentifikasi dan dilakukan pencegahan.

Setelah *on desk investigation* dilakukan dan tidak mendapatkan data yang lengkap sehingga diputuskan untuk dilakukan investigasi lapangan secara bersama-sama diantara beberapa perusahaan yang terlibat.

Hasil investigasi lapangan ditemukan dua kasus dengan temuan pemalsuan dokumen sementara tujuh kasus lainnya tidak ditemukan adanya fakta material yang cukup sehingga diputuskan untuk dibayarkan.

4. Temuan Kasus Klaim HCP tahun 2017

Kasus klaim ini berasal dari daerah Medan, adapun kecurigaan kecurangan klaim berawal dari beberapa pengajuan klaim yang dilakukan selalu di lakukan di 1 rumah sakit yang sama dengan dokter yang sama juga. Setelah dilakukan pengecekan melalui perusahaan asuransi lain yang tergabung di forum klaim diketahui bahwa ternyata ini terjadi juga di beberapa perusahaan asuransi lain bahkan terdapat kabar bahwa sebenarnya rumah sakit tersebut sudah tidak mempunyai ijin operasional (sudah ditutup).

Dari hasil verifikasi dokumen yang telah dilakukan, terdapat sebanyak 27 pemegang polis dengan rentang waktu penerbitan polis dari tahun 2016 dan 2017 yang memiliki ciri-ciri yang sama dari wilayah ini dengan beberapa kali pengajuan klaim hospital cash plan dengan total klaim sebesar Rp 495.000.000,- dan sebagian sudah dibayarkan.

Interview dengan agen dan cabang setempat sebagian besar client-client ini merupakan nasabah *walk in* (calon tertanggung datang ke kantor cabang dan menyatakan minat untuk membeli asuransi kesehatan). Selanjutnya, setelah polis terbit, pemegang polis itu memberikan referensi beberapa klien lain.

Setelah mempertimbangkan beberapa aspek, seperti eksposur klaim yang cukup besar dan juga adanya kendala dalam *on desk investigation*, diputuskan untuk dilakukan investigasi lapangan. Setelah dilakukan investigasi lapangan diketahui beberapa fakta sebagai berikut :

1. Terdapat tujuh emegang polis melakukan perawatan fiktif di rumah sakit yang sudah tidak beroperasi.
2. Empat pemegang polis diantaranya menggunakan identitas palsu.
3. Sisanya dengan temuan minor, seperti alamat pekerjaan yang tidak sesuai dan alamat rumah yang tidak ada.

Setelah dilakukan analisis klaim diputuskan 11 (sebelas) kasus tidak disetujui sesuai dengan temuan material dan sisanya dibayarkan.

5. Temuan Kasus Klaim HCP tahun 2018

Pada akhir Desember 2017 dan Januari 2018, Penanggung menerima 12 kasus dokumen pengajuan klaim *reimbursement* produk HCP. Semua kasus dirawat di tiga rumah sakit di Jakarta dengan keluhan diare, yang terdiri dari sembilan orang Tertanggung/Pemegang Polis dengan total klaim Rp 70.000.000,-.

Ke-9 polis itu dengan manfaat Asuransi HCP Tipe B. Polis diterbitkan pada bulan Oktober 2017 atau dapat dikatakan usia polis ketika terjadi klaim baru berjalan 2-3 bulan.

Berdasarkan indikasi awal tersebut maka klaim ini oleh Penanggung dikategorikan sebagai klaim dengan dugaan kecurangan dan diperlukan investigasi.

- a. Verifikasi Dokumen Pengajuan Klaim dan SPAJ Polis.
 - 1) Dari 12 kasus itu, penyebab rawat inap adalah diare dan typhus dan dirawat 5 - 7 hari dengan total kuitansi sebesar Rp 153.000.000,-
 - 2) Formulir klaim yang diisi oleh klien mempunyai kesamaan bentuk tulisan.
 - 3) Dari kuitansi rawat inap yang dikeluarkan rumah sakit diketahui bahwa perawatan menggunakan jaminan dari perusahaan asuransi lain.
 - 4) Latar belakang pekerjaan Tertanggung adalah wiraswasta (online shopping) dengan kisaran usia 30 – 35 tahun.
- b. On desk investigation
 - 1) Hasil pertukaran informasi dengan Asuransi Penjamin Perawatan diketahui bahwa nama ke-9 klien memang terdaftar sebagai klien namun foto tertanggung yang terdapat dalam KTP tertanggung dengan No. Induk yang sama di perusahaan asuransi tersebut berbeda sehingga muncul dugaan adanya pemalsuan KTP. Bahkan perusahaan asuransi penjamin sempat melakukan kunjungan ke rumah sakit pada saat pasien dirawat inap dan diketahui bahwa pasien yang dirawat berbeda dengan tertanggung. Pasien hanya membawa kartu asli penjaminan rumah sakit dan KTP atas nama tertanggung sementara pihak rumah sakit tidak melakukan pengecekan lebih lanjut.
 - 2) Hasil pengecekan ke rumah sakit tempat perawatan, dinyatakan bahwa kuitansi memang betul dikeluarkan oleh rumah sakit
 - 3) Ketika klien dihubungi melalui telepon, nomornya tidak aktif.
- c. Investigasi Lapangan
 - 1) Kunjungan ke rumah sakit tempat klien dirawat diperoleh informasi bahwa orang yang dirawat berbeda dengan yang tertera di KTP.
 - 2) Kunjungan ke rumah klien, berupa rumah kontrakan dan tertanggung sudah pindah alamat.
 - 3) Kunjungan ke Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil diperoleh informasi bahwa KTP tersebut palsu.
- d. Keputusan Klaim

Atas temuan pemalsuan identitas tersebut Penanggung mengirimkan surat kepada Tertanggung untuk datang ke kantor pusat guna melakukan verifikasi KTP, namun

sampai dengan jangka waktu yang ditetapkan Tertanggung tidak pernah datang. Keputusan yang diambil adalah klaim tidak dapat diproses lebih lanjut.

Pembahasan

Definisi konseptual dari penipuan (fraud) menunjukkan bahwa penipuan (fraud) ada dalam banyak bentuk: mulai dari penyedia (provider) yang tidak jujur, penjahat yang terorganisir, pasien yang berkolusi, dan pasien yang salah menafsirkan jaminan yang ditutup oleh polis asuransi kesehatan. Selain itu, hampir sepertiga dari semua biaya perawatan kesehatan disebabkan oleh penipuan, pemborosan, dan penyalahgunaan. Setidaknya, terdapat 24 (dua puluh empat) skema penipuan yang berhasil diidentifikasi, dimana 18 skema diantaranya merupakan skema yang paling dominan (Thornton, D., Brinkhuis, M., Amrit, C., & Aly, R., 2015). Kejahatan dalam bentuk penipuan (fraud) ataupun penyalahgunaan wewenang (abuse) hampir semuanya dilakukan secara terstruktur, masif, dan sistematis, bahkan terkadang tidak masuk akal (Dube, J. F., 2011).

Temuan hasil dari kasus-kasus kecurangan klaim produk asuransi jiwa HCP seperti yang dilaporkan dalam bagian 4.1 tampak dilakukan seperti diduga sebelumnya, yakni dilakukan secara terstruktur, masif dan sistematis, terjadi setiap tahun dan berulang. Skema perilaku ini masuk ke dalam 18 bentuk skema kecurangan atau *fraud*.

Mengacu ke hasil wawancara dengan seorang Senior Medical Advisor HCP bahwa *fraud* pada produk asuransi jiwa HCP sudah berlangsung lama. Hal ini disebabkan karena ciri atau karakteristik produk ini memang memberi peluang kepada “pemain asuransi” untuk memperoleh keuntungan dengan cara melakukan *double claim* melalui penggunaan fotokopi kuitansi yang dilegalisir. Seperti yang terjadi pada temuan klaim pada tahun 2016. Pada saat pengajuan klaim, tertanggung memiliki polis asuransi HCP di 19 perusahaan asuransi dan mengajukan klaim untuk perawatan yang sama dengan menggunakan fotokopi kuitansi yang dilegalisir.

Selanjutnya, konfirmasi hal yang sama juga di berikan oleh seorang ahli hukum asuransi, bahwa hal ini tidak menyalahi ketentuan karena memang produk asuransi jiwa HCP di rancang untuk memberikan santunan pengganti penghasilan selama tertanggung dirawat di rumah sakit. Namun demikian, yang perlu diperhatikan adalah hubungan antara penghasilan tertanggung dan manfaat asuransi yang akan diperoleh. Dia mengatakan bahwa, jangan sampai tertanggung mendapatkan penggantian asuransi yang lebih besar ketika ia dirawat di rumah sakit dibandingkan jika ia harus bekerja karena hal ini akan membuat tertanggung lebih memilih istirahat di Rumah Sakit dibandingkan ia harus bekerja. Misalkan, dari data yang ditemukan, bahwa orang (tertanggung) dengan penghasilan Rp 5.000.000,- per sebulan dan memiliki manfaat Rp 1.000.000,- per hari andai masuk dan dirawat di rumah sakit. Jika lama di rawat selama 5 hari, maka tertanggung itu akan memperoleh santunan sebesar Rp 5.000.000,- Tentu, hal ini lebih menarik dibanding tetap beraktifitas tapi menghabiskan banyak uang. Mereka pasti lebih senang tidur di rumah sakit daripada beraktifitas.

Hal yang menarik ini, berdasarkan dari beberapa kasus klaim diatas juga dibenarkan oleh auditor eksternal, yang menyebutkan bahwa hampir semua hasil temuan investigasi klaim tersebut berupa pemalsuan identitas, dokumen perawatan rumah sakit dan profil pekerjaan tertanggung ataupun kombinasi dari ketiganya.

Atas keterangan tersebut, setelah menggabungkan fakta dari beberapa kejadian klaim dan penjelasan dari pihak-pihak terkait yang kompeten, dilakukan kategorisasi sebagai berikut.

Tabel 8. Kombinasi Temuan Investigasi

Kategori	Identitas Tertanggung/Pemegang Polis	Dokumen Perawatan Rumah Sakit	Pekerjaan / Penghasilan Tertanggung
1	Valid	Valid	Tidak Sesuai
2	Fiktif	Valid	Tidak Sesuai
3	Valid	Fiktif	Tidak Sesuai
4	Fiktif	Fiktif	Tidak Sesuai

Temuan-temuan itu kemudian dibuat dalam bentuk matriks kategorisasi.

Tabel 9. Kategorisasi Temuan

Kategori	Uraian
1	Untuk kategori pertama ini identitas Tertanggung memang valid / terdaftar di Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil. Begitu juga dengan Dokumen Perawatan Rumah Sakitnya. Namun demikian penghasilan / pekerjaan Tertanggung tidak sesuai dengan isian pada SPAJ, sehingga manfaat HCP yang didapat ketika sakit lebih besar dibandingkan dengan penghasilan jika tertanggung bekerja.
2	Tertanggung yang didaftarkan di kepesertaan polis HCP fiktif (tidak ada sama sekali), dan identitas kependudukan nya di palsukan. Meskipun dokumen perawatan rumah sakitnya terdaftar.
3	Tertanggung atau pemegang polis memalsukan dokumen perawatan rumah sakit seperti menambahkan lama perawatan, ataupun membuat seolah-olah adanya perawatan di Rumah Sakit. Untuk kasus seperti ini rata-rata identitas dan pekerjaan tertanggung dapat ditelusuri.
4	Semua dokumen pengajuan klaim dipalsukan dari mulai identitas tertanggung/pemegang polis, dokumen perawatan rumah sakit maupun pekerjaan ataupun penghasilannya.

Mengacu ke tabel di atas, temuan investigasi terhadap klaim HCP menunjukkan ciri-ciri / indikator sebagai berikut:

1. Calon tertanggung merupakan *customer walk in*, yakni datang langsung ke kantor cabang ataupun menghubungi agen dan mengajukan minat untuk membeli produk asuransi kesehatan.
2. Profil Calon tertanggung antara lain:
 - a. Berusia diantara 20 – 35 tahun
 - b. Pekerjaan calon tertanggung berusaha sendiri / wiraswasta seperti pemilik toko / *counter handphone*, pemilik usaha properti, pemilik usaha *online shopping*.
 - c. Domisili calon tertanggung berasal dari area-area tertentu seperti Medan, Surabaya, Tangerang, Jakarta Barat.
 - d. Kartu Identitas calon tertanggung tidak asli (dipalsukan).
3. Calon Tertanggung merupakan referensi dari seseorang yang baru dikenal oleh agen / tenaga penjual.
4. Calon Tertanggung sangat memahami produk asuransi kesehatan sebelum agen menjelaskan lebih detail perihal produk tersebut.
5. Metode pembayaran premi biasanya dilakukan secara bulanan melalui kartu kredit. Hasil dari *on desk investigation*, di peroleh informasi sebagai berikut.

Tabel 10. Kombinasi Temuan Investigasi

No.	Materi Pengecekan	Keterangan	Waktu Pengerjaan
1.	Pengecekan e-KTP	Pengecekan melalui sistem Dinas Kependudukan	H+0
2.	Pengecekan Profile Tertanggung	Pengecekan melalui Peruji (Perkumpulan Underwriter Jiwa Indonesia) dan FOKAI (Forum Klaim Asuransi Indonesia)	H+1
3.	Finansial Underwriting	Mengukur pendapatan dan benefit yang sesuai	H+1

5. Penutup

Kesimpulan

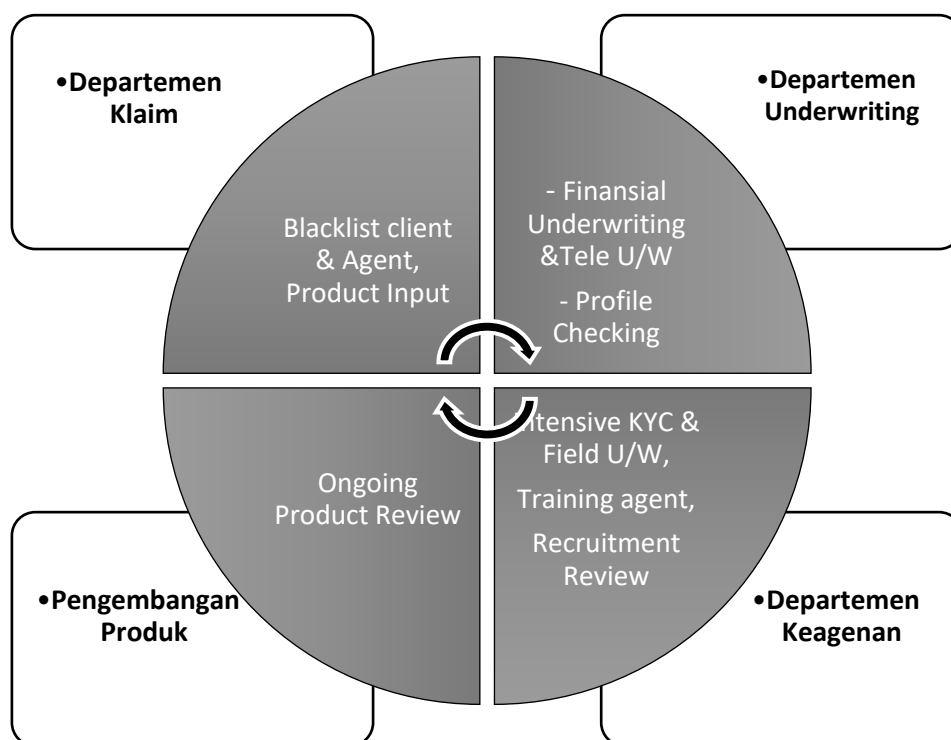
Hasil penelitian ini disimpulkan:

1. Identifikasi adanya *fraud* tidak dilakukan sejak calon tertanggung mengajukan penutupan polis asuransi. Proses underwriting yang tidak hati-hati pada saat proses seleksi risiko, menyebabkan calon tertanggung / tertanggung dengan mudah melakukan tindakan tidak terpuji, terutama dalam hal mengisi dokumen SPAJ.
2. Model yang diusung tidak mengalami perubahan. Model tetap valid.

Saran

Guna menurunkan *fraud*, terutama terkait dengan pemalsuan dokumen, perlu dilakukan deteksi dini oleh tim underwriting pada saat proses seleksi risiko dilakukan, yakni:

1. Dikembangkan suatu model investigasi pada saat proses underwriting untuk mencegah agar polis-polis dengan indikator kecurangan awal tersebut dapat diseleksi lebih ketat dengan waktu yang tidak terlalu lama.
2. Disamping investigasi oleh tim Underwriting, diperlukan juga sinergi beberapa departemen agar proses diatas berjalan optimal. Berikut model sinergi antar bagian yang diusulkan.



Gambar 2. Diagram Sinergi Antar Departemen

Daftar Pustaka

- Abdul Aziz. (2012). Kecurangan Klaim Asuransi (Fraudulent Insurance Claims). [internet] di akses dari: <http://variasuransi.blogspot.com/2012/05/kecurangan-klaim-asuransi-fraudulent.html>
- Dube, J. F. (2011). Fraud in health care and organized crime. *Medicine and Health, Rhode Island*, 94(9), 268–269. <https://www.rimedicalsociety.org/>
- Furlan, Š., & Bajec, M. (2008). Holistic approach to fraud management in health insurance. *Journal of Information and Organizational Sciences*, 32(2), 99–114. <https://jios.foi.hr/index.php/jios/article/view/80>
- Genre. (2017). Experience Review Report 9M2016 and Review Proposal. Commonwealth Life Commedika, Jakarta.
- Juwita, R. (2018). Good Governance and Anti-Corruption: Responsibility to Protect Universal Health Care in Indonesia. *Hasanuddin Law Review*, 4(2), 162. <https://doi.org/10.20956/halrev.v4i2.1424>
- Kadiu, F. (2015). Insurance Fraud, Kasus of Albania. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(3), 21–26. <https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n3s1p21>
- Kasir Iskandar, Noor Fuad, Faustinus Wirasadi, dan I Ketut Sendra, (2011). Dasar-Dasar Asuransi : Jiwa, Kesehatan, dan Anuitas. AAMAI Publisher, Jakarta.
- Ketut Sendra. (2017). Kecurangan dan Perlindungan Konsumen Asuransi. *Jurnal Vokasi Indonesia*, Vol.5, No.1. <http://www.jvi.ui.ac.id/index.php/jvi/article/view/79/pdf>
- Kevin Jacobson et.al.(2015). Identifying Potential Fraud. Fraud & Risk Management Committee Members. Tersedia di: <https://www.claim.org/members/>
- Modul Pembelajaran. (2013). Fraud Pelayanan Kesehatan. PAMJAKI, Jakarta.
- Müller, K., Schmeiser, H., & Wagner, J. (2012). Feasible fraud and auditing probabilities for insurance companies and policyholders. *Zeitschrift Fur Die Gesamte Versicherungswissenschaft*, 101(5), 705–720. <https://doi.org/10.1007/s12297-012-0219-x>
- Müller, K., Schmeiser, H., & Wagner, J. (2016). The impact of auditing strategies on insurers' profitability. *Journal of Risk Finance*, 17(1), 46–79. <https://doi.org/10.1108/JRF-05-2015-0045>
- Pešout, P., & Andrie, M. (2011). *Insurance Fraud Management as an Integrated Part of Business Intelligence Framework*. 5(11), 1387–1392. <https://publications.waset.org/10950>
- Ridha Ari Setyono.(2017). Tinjauan Kriminologi Dan Hukum Pidana Mengenai Kejahatan Dalam Kegiatan Asuransi. *Jurnal Hukum Khaira Ummah*, Vol. 12. No. 4, 967 – 974. <http://jurnal.unissula.ac.id/index.php/jhku/article/view/2573/1929>
- Safri Ayat dan dan Erizal. (2013). Asuransi Aneka: General Accident Insurance. Sekolah Tinggi Asuransi Manajemen Asuransi (STMA) Trisakti, Jakarta.
- Sampurna, B. (2008). Peran Ilmu Forensik dalam Kasus-kasus Asuransi. *Indonesian Journal of Legal and Forensic Sciences*, 1(1), 17–20. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/ijlfs/article/view/3244/2323>
- Santoso, B., Hendartini, J., Rianto, B. U. D., & Trisnantoro, L. (2018). System for Detection of National Healthcare Insurance Fraud Based on Computer Application. *Public Health of Indonesia*, 4(2), 46–56. Retrieved from <http://stikbar.org/ycabpublisher/index.php/PHI/article/view/199/pdf>
- Syukri Kurniawan, Hari Sutra Disemadi, Ani Purwanti. (2020). Urgensi Pencegahan Tindak Pidana Curang (Fraud) Dalam Klaim Asuransi. *Halu Oleo Law Review*, Volume 4 Issue 1. <http://ojs.uho.ac.id/index.php/holrev/article/view/10863/8064>
- Thornton, D., Brinkhuis, M., Amrit, C., & Aly, R. (2015). Categorizing and Describing the Types of Fraud in Healthcare. *Procedia Computer Science*, 64, 713–720. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2015.08.594>

- Wickström, Johanna. (2012). Good Practice Guidelines For Insurance Investigation. Di unduh dari http://www.finanssiala.fi/en/material/Good_practice_guidelines_for_insurance_investigation.pdf.
- Yohanes Budi Sarwo.(2015). Tinjauan Yuridis Terhadap Kecurangan (Frauds) Dalam Industri Asuransi Kesehatan Di Indonesia. KISI HUKUM, Vol 14, No 1 (2015). <http://journal.unika.ac.id/index.php/kh/index>.