

# FRAUD, WASTE, AND ABUSE FOR HEALTH CARE PROVIDERS

Sağlık Hizmeti Sağlayıcıları İçin Sahtekarlık, İsrاف ve Suistimal Eğitimi — Türkçe Çeviri

## Sahtekarlık, İsrاف ve Suistimal Nedir?

**Sahtekarlık (Fraud):** Başkasını mülkünden veya parasından aldatma ya da diğer haksız yollarla mahrum bırakmaya yönelik kasıtlı veya bilinçli bir eylemdir. Sahtekarlığın gerçekleşme biçimleri, failleri, motivasyonları ve istismar ettikleri durumlar kadar çeşitlidir. Bu eğitim kapsamında sahtekarlık, para veya bir menfaat elde etmek amacıyla Hükümet'e kasıtlı olarak yanlış bilgi sunmak (bilginin yanlış olduğunu bilmeniz gerektiği durumlar dahil) olarak tanımlanır.

**İsrاف (Waste):** Federal fonlu programlara doğrudan veya dolaylı olarak gereksiz maliyetler yükleyen uygulamaları kapsar; örneğin hizmetlerin aşırı kullanımı gibi. İsrاف, genellikle cezai ihmalkarlıktan değil, kaynakların kötü kullanımından kaynaklanır.

**Suistimal (Abuse):** Federal fonlu programlara doğrudan veya dolaylı olarak gereksiz maliyetler yükleyebilecek eylemleri kapsar. Suistimal, ödeme için yasal bir hak bulunmadığı halde kalemler veya hizmetler için ödeme yapılmasını içerir.

Sahtekarlık Üçgeni, sahtekarlığın gerçekleştiği ortamlarda bulunan üç unsuru gösterir: 1) baskı, 2) fırsat ve 3) rasyonelleştirme (haklı gösterme). Kuruluşlar, iç kontrol stratejileri oluştururken Sahtekarlık Üçgeni'nin bu üç boyutunu göz önünde bulundurarak sahtekarlığı önlemeye ve ortaya çıkarmaya yardımcı olabilir. (Kaynak: Donald Cressey, "Sahtekarlık Üçgeni")

## Baskı (Pressure)

Birinin hayatında olan ve onu sahtekarlık yapmaya iten şey nedir? Baskı bazen kişisel (içsel) veya toplumsal (dışsal) durumları içerir ve daha fazla para, artan toplumsal statü veya terfi gibi taleplere yol açar.

- Dışsal Baskı:** Robert, dayanıklı tıbbi cihaz tedarikçisi bir firmada çalışmaktadır. İş arkadaşları faturalama sisteminde bir açık bulmuş ve kendilerine ekstra para aktarmaya başlamıştır. İş arkadaşları, planladıkları bir grup gezisinin masraflarını karşılamak için Robert'in de bu işe katılmasını istemiştir. Robert normalde bu tür bir sahtekarlık yapmayacak biri olsa da, katılmayan tek kişi olmak istememiş ve geziye gitmek istemiştir.
- İçsel Baskı:** Tonya, Janie adında yaşlı bir kadın için Kişisel Bakım Asistanı (PCA) olarak çalışmaktadır. PCA'nın çalışması Eyalet Medicaid programı aracılığıyla ödenmektedir. Tonya'nın yüklü miktarda borcu vardı ve eşinden bu borcu kapatmak için ekstra para bulması yönünde baskı hissediyordu. Tonya, gerçekte çalıştığından iki kat fazla saat çalıştığını bildiren sahte zaman

---

izelgeleri sunmaya başladı ve bunun sonucunda maaş çekleri iki katına ıktı.

### **Kırmızı Bayraklar (Red Flags)**

Sahtekarlık Üeni örneklerindeki zafiyetlere ek olarak, sahtekarlık, israf veya suistimale işaret edebilecek bazı uyarı işaretleri bulunur. Kuruluşlar, bu sorunları erken tespit etmek için iç kontroller kurabilir.

### **Sağlık Hizmetlerinde Sahtekarlığa Bazı rnekler**

- Verilmemiş hizmetler için talepler sunmak gibi, sahte talepler (claim) sunmak
- Maliyet raporlarında bildirilen maliyetleri şişirmek
- Reçeteli ilaçları amacı dışına yönlendirmek (diversion)
- Hasta sevkleri (referral) karşılığında komisyon/rüşvet teklif etmek veya almak
- Tıbbi açıdan gereksiz bakım sağlamak

## **Sahtekarlık, İsraf ve Suistimal ile OIG**

OIG'nin misyonunun temel bir bileşeni, Indian Health Service (IHS), Medicare ve Medicaid dahil olmak üzere Federal sağlık hizmeti programlarındaki sahtekarlığı tespit etmek ve kökünü kazımadır. OIG, Sağlık ve İnsani Hizmetler (HHS) programlarındaki sahtekarlık, israf ve suistimale řu şekillerde mücadele eder:

- Sahtekarlık, israf ve suistimali önlemek, tespit etmek ve caydırmak
- Sağlam mali yönetimi teşvik etmek ve usulsüz ödemeleri azaltmak
- Suç işleyenleri hesap verebilir kılmak ve kötüye kullanılan kamu fonlarını geri almak

OIG, misyonunu çok disiplinli, işbirlikçi bir yaklaşımla yürütür; Devlet denetiminde hayati rol oynayan altı bileşene sahiptir.

### **OIG'nin AI/AN Topluluklarındaki alışması**

1978 tarihli Genel Müfettiş Kanunu (değiştirilmiş haliyle) uyarınca OIG, tüm HHS programları üzerinde denetim sağlama yasal sorumluluğuna sahiptir. Denetim, değerlendirme ve soruştırmalarının konuları arasında şunlar bulunur:

- HHS hibe programlarıyla ilgili fonların hileli kullanımı
- Bakım kalitesi
- Etkisiz program i kontrolleri
- IHS alışanlarının görevi kötüye kullanması
- Medicare ve Medicaid sahtekarlığı
- Reçeteli ilaçların amacı dışına yönlendirilmesi
- Sağlık yardımı kayıt sahtekarlığı

- Kabile 638 Programı sahtekarlığı

### **OIG Çalışmalarından Örnekler**

Örnek 1 — OIG, hastanenin eczanesinde bulunmayan pahalı bir diyabet ilacını reçete eden bir IHS hastane doktorunu soruşturdu. Doktorun, birden fazla IHS-dışı eczaneden pahalı reçeteleri doldurmalarını istediği ve karşılığında kârdan pay ve komisyon aldığı tespit edildi; 6 ay boyunca 45.000 doların üzerinde para aldı. Doktor çıkar çatışmasıyla suçlandı ve 5 yıla kadar hapis ile 250.000 dolar para cezasıyla karşı karşıya.

Örnek 2 — OIG, bir Kabile kliniğinin geçerli Medicare kurallarına uymadığını tespit etti; klinikte tıbbi yönlendirme sağlayacak bir doktor her zaman bulunmuyordu ve tıbbi ile idari karar alma süreçleri arasında net yetki/sorumluluk hatları eksikti.

Örnek 3 — OIG, IHS'yi değerlendirdi ve personel sıkıntıları ile sınırlı kaynaklar gibi, kaliteli bakım sağlama kapasitesini engelleyebilecek temel zorlukları tespit etti.

Örnek 4 — OIG'nin soruşturmaları, bazı Kabilelerin veya yetkililerinin, sözleşmeler yoluyla dağıtılan IHS fonlarını yeterince koruyamadığını ortaya çıkardı; bazı durumlarda Kabile üyeleri için hayati sağlık hizmetleri tehlikeye girdi.

## **Sahtekarlık, İsrاف ve Suistimali Önleme**

OIG, 1978 tarihli Genel Müfettiş Kanunu'nda belirtilen görevleri doğrultusunda soruşturmalar, denetimler ve değerlendirmeler yürütür; ancak aynı zamanda sahtekarlık, israf ve suistimali önleme çalışmaları için de fonlanmaktadır. Bu kapsamda sunumlar yoluyla eğitim sağlamak ve bu eğitim gibi kurslar yayımlamak dahil çeşitli önleme çalışmaları mevcuttur.

### **OIG'nin AI/AN Topluluğundaki Önleme Çalışmaları**

- OIG, HHS fonlarının Kabile alıcıları için kaynaklar içeren bir web sitesi yürütmektedir.
- OIG, Kabile hibe alıcılarının ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının sağlam uyum programları oluşturmaya yardımcı olmak için çevrimiçi eğitimler geliştirmiştir.
- OIG, Kabilelere ve Kabile üyelerine saha çalışması ve eğitim oturumları dahil sunumlar yapmaktadır.

Sahtekarlık, israf ve suistimali önleme mücadelesine katılmanın önemli bir yolu, zafiyetleri proaktif olarak önlemek için bir uyum programı oluşturmaktır. Bir diğer yol ise, uyum programının bir parçası olarak sağlam iç kontroller inşa etmektir.

## **Sahtekarlık, İsrاف ve Suistimali OIG'ye Raporlama**

HHS programlarındaki sahtekarlık, israf ve suistimali önlemek hepimizin sorumluluğudur. Şüphelenildiğinde, dürüst olmayan veya yasadışı faaliyetlere işaret eden bilgileri raporlamak da bizim sorumluluğumuzdur.

### **OIG İhbar Hattı (Hotline)**

---

OIG ihbar Hattı, HHS programlarındaki olası sahtekarlık, israf ve suistimal hakkında tüm kaynaklardan gelen ipuçlarını ve şikayetleri kabul eder. Şikayetler anonim olabilir ve gizlilik talep edilebilir.

Bir şikayet göndermeden önce yapılması gerekenler:

- Adım 1: OIG'nin soruşturduğu ve soruşturmadığı şikayet türleriyle ilgili bilgileri gözden geçirin.
- Adım 2: İddia ve ilgili kişiler hakkında mümkün olduğunca fazla bilgi vermeye hazırlanın — kişi/işletme adı ve iletişim bilgileri; faaliyetin niteliğini, kapsamını, zamanını ve nasıl öğrenildiğini açıklayan anlatı; bilgiyi doğrulayabilecek kişilerin iletişim bilgileri; ve destekleyici elektronik kanıtlar.
- Adım 3: Şikayeti dosyalayın — çevrimiçi (tips.oig.hhs.gov), telefonla (1-800-HHS-TIPS / 1-800-447-8477), faksla (1-800-223-8164) veya TTY ile (1-800-377-4950).

## Sahte Talepler Kanunu (The False Claims Act)

Sahte Talepler Kanunu (FCA) (31 U.S.C. §§ 3729-3733), Federal Hükümet'in; Medicare veya Medicaid dahil olmak üzere, bilerek sahte veya hileli talepler sunan ya da sundurulmasına neden olan kuruluşlardan tazminat ve ceza tahsil etmesine olanak tanır. FCA, Devlet'i fazla ücretlendirilmekten, yanlış ücretlendirilmekten veya kalitesiz mal ya da hizmet satın almaktan korur. FCA, "bilerek" ifadesini yalnızca fiili bilgiyi değil, kişinin bilginin doğruluğu konusunda kasıtlı olarak bilgisiz kalması veya gerçeğe karşı pervasızca kayıtsız kalması hallerini de kapsayacak şekilde tanımlar.

FCA, gerçekte iddia edildiği gibi sağlanmamış bir kalem veya hizmet için talep sunulmasını yasaklar. Bir talep sunulduğunda, esasen, o talepteki ödeme kriterlerinin karşılandığı beyan edilmiş olur.

FCA kapsamındaki sorumluluk, sahte bir kayıt oluşturmaktan ya da "değersiz" hizmetler için faturalandırmadan — yani hizmetlerin bakım standardının o kadar altında kaldığı, esasen değersiz olduğu durumlardan da kaynaklanabilir.

Devlet'ten alınan fazla ödemeyi bilerek elinde tutmak da FCA kapsamında sorumluluğa yol açabilir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, tespit ettikleri Medicare veya Medicaid fazla ödemelerini 60 gün içinde raporlamalı ve iade etmelidir.

FCA davaları, Federal Hükümet tarafından ve ayrıca ihbarcılar (whistleblower / "relator") tarafından Federal Hükümet adına açılabilir.

FCA kapsamındaki sorumluluk, ödenen tutarın üç katına kadar artı talep başına ceza şeklinde olabilir. Örneğin, toplam 500.000 dolar değerinde 100 sahte talep sunan bir sağlayıcı, 1,5 milyon dolara kadar sorumlu tutulabilir, buna ek olarak talep başına ayrı bir ceza da eklenir.

## Medeni Para Cezası Kanunu (The Civil Monetary Penalty Law)

Medeni Para Cezası Kanunu (CMPL) (42 U.S.C. § 1320a-7a), Devlet'i; HHS hibe programları, Federal sözleşmeler veya Federal sağlık hizmeti programlarıyla ilgili sahte taleplerin sunulması dahil çeşitli usulsüz davranışlara karşı korur.

---

Hem FCA hem de CMPL, benzer usulsüz davranışları ele almak için kullanılır. Adalet Bakanlığı, FCA kapsamındaki davaları Federal mahkemede açmak için HHS, OIG ve IHS gibi Federal kurumlarla iş birliği yapar. CMPL ise, OIG'nin bir HHS idari hukuk hakimi önünde dava açabildiği alternatif bir çözüm yoludur.

OIG, Federal sağlık hizmeti programları, HHS hibeleri ve sözleşmeleriyle ilgili çok çeşitli yasaklı davranışlara dayanarak ceza talep etme ve Federal sağlık hizmeti programlarından dışlama yetkisine sahiptir. Medeni para cezaları, sahte taleplerin sunulması durumunda talep başına 20.000 dolara kadar çıkabilir; buna ek olarak Devlet, zararın üç katına kadarını geri almaya çalışabilir.

OIG, aşağıdaki davranışları sergileyen kişi veya kuruluşlara karşı CMPL kapsamında ceza talep edebilir:

- Sağlanmadığını bildiği veya bilmesi gerektiği ya da sahte olduğunu bildiği bir kalem veya hizmet için Federal sağlık hizmeti programlarına talep sunmak;
- HHS hibeleri, sözleşmeleri ve diğer anlaşmalarla ilgili sahtekarlık ve usulsüz davranışlara karışmak; veya
- Bilerek ve isteyerek, Federal sağlık hizmeti programı işine sevk sağlamak amacıyla doğrudan veya dolaylı olarak ücret/menfaat teklif etmek, ödemek, talep etmek veya almak.

## **Komisyon/Rüşvet Karşıtı Yasa (The Anti-Kickback Statute)**

Federal Komisyon/Rüşvet Karşıtı Yasa (AKS) (42 U.S.C. § 1320a-7b(b)) — bir ceza kanunudur — Medicare, Medicaid veya IHS kalemleri ve hizmetlerine yönelik sevkleri etkilemek, teşvik etmek veya ödüllendirmek amacıyla değerli herhangi bir şeyin bilerek ve isteyerek değiş tokuş edilmesini, teklif edilmesini, talep edilmesini veya alınmasını yasaklar.

Usulsüz komisyon ilişkilerine örnekler:

- Bir tanı laboratuvarı, her Medicare sevki için bir hemşire uygulayıcıya 100 dolar teklif eder.
- Bir onkolog, bir ilaç şirketinin ilacını alternatifleri yerine reçete etmesi karşılığında, o şirket tarafından ödenen aile tatillerine gider.
- Bir tıbbi cihaz şirketi ile bir doktor, doktorun Medicaid hastalarını şirkete sevk etmesi koşuluyla, şirketin sahip olduğu bir alanda kirasız ofis kurabileceği konusunda anlaşır.

Bir komisyon planının sonucu olarak Medicare, Medicaid veya başka bir Federal sağlık hizmeti programına talep sunmak, cezai AKS'yi ihlal etmenin yanı sıra FCA kapsamında da sorumluluğa yol açabilir.

AKS'ye, belirli koşullarda bir ücret/menfaat türünün sağlanmasını kabul edilebilir kılan yasal istisnalar ve düzenleyici "güvenli limanlar" (safe harbors) bulunur; bunlara güvenmeden önce hukuk müşavirine danışılması önemlidir.

AKS ihlalleri; cezai sorumluluk ve kovuşturmayla, FCA kapsamında sorumluluğa, CMPL kapsamında sorumluluğa ve Federal sağlık hizmeti programlarına katılımdan dışlanmaya yol açabilir.

## Belirli Doktor Sevklerinin Yasaklanması (Stark Kanunu)

Belirli Doktor Sevklerinin Yasaklanması (42 U.S.C. § 1395nn), yasanın kabulündeki katkısıyla tanınan eski kongre üyesi Peter Stark'ın adından ötürü sıklıkla "Stark Kanunu" olarak anılır.

Stark Kanunu, doktorların, kendisinin veya bir yakın aile üyesinin finansal bir ilişkiye (mülkiyet, yatırım veya ücretlendirme) sahip olduğu kuruluşlara, Medicare ve Medicaid hastalarını "belirlenmiş sağlık hizmetleri" için sevk etmesini yasaklar. Ayrıca bu kuruluşların, söz konusu sevk edilen hizmetler için Medicare veya Medicaid'e talep sunması ya da sundurulması yasaktır. Örneğin, bir istisna geçerli olmadıkça bir doktor, eşinin sahip olduğu bir fizik tedavi ofisine hasta sevk edemez; bir hastanenin çalışanı olan ve o hastaneye hasta sevk eden bir doktora, hastane tarafından adil piyasa değerinin üzerinde ödeme yapılamaz.

Stark Kanunu'nun belirli yasal ve düzenleyici istisnaları bulunmaktadır; bunlara güvenmeden önce hukuk müşavirine danışılmalıdır.

Stark Kanunu, kesin sorumluluk (strict liability) taşıyan bir yasadır; yasayı ihlal etme yönünde özel bir kastın kanıtlanması gerekmez. Bilmeden işlenen teknik ihlaller bile sorumluluğa ve öngörülen cezaların uygulanmasına yol açabilir.

Gerekli kastla işlenen Stark Kanunu ihlalleri, FCA ve CMPL kapsamında sorumluluğa ve Federal sağlık hizmeti programlarına katılımdan dışlanmaya yol açabilir.

## OIG'nin Dışlama Yetkisi (Exclusion Authority)

OIG, (42 U.S.C. § 1320a-7) Medicare, Medicaid ve IHS dahil olmak üzere Federal sağlık hizmeti programlarında bir sağlayıcı veya tedarikçi olarak katılımdan bir kişiyi veya kuruluşu dışlama yetkisine sahiptir.

Bir OIG dışlamasının etkisi şudur: dışlanmış bir kişi tarafından sağlanan veya onun tıbbi yönlendirmesi ya da reçetesi altında sağlanan hiçbir kalem veya hizmet için Federal sağlık hizmeti programı ödemesi yapılamaz. Dışlama ve ödeme yasağı, kişi bir sağlık mesleğinden diğerine geçse bile geçerliliğini sürdürür ve tüm ödeme yöntemlerine (talepler, maliyet raporları, ücret tarifeleri, paket ödemeler vb.) uygulanır.

### İki Genel Dışlama Türü

- **Zorunlu Dışlamalar:** OIG'nin uygulamak zorunda olduğu dışlamalardır. Bunlar arasında Medicare/Medicaid sahtekarlığıyla ilgili cezai mahkumiyetler, hasta suistimali veya ihmali ve kontrollü maddelerle ilgili ağır suç mahkumiyetleri bulunur.
- **İhtiyari Dışlamalar:** OIG'nin kendi takdirine bağlı olarak uygulayabileceği dışlamalardır. Bunlar arasında sağlık hizmeti sahtekarlığıyla ilgili hafif suçlar, kontrollü maddelerle ilgili hafif suçlar, belirli koşullarda mesleki lisans kaybı ve öğrenci kredisi temerrüdü bulunur.

### Dışlamanın Etkileri

Bir sağlık hizmeti sağlayıcısı, dışlandığını bildiği veya bilmesi gerektiği bir kişiyle sözleşme yaparsa ve o kişi Federal sağlık hizmeti programı tarafından ödenebilir hizmetler sağlarsa, sağlayıcı Medeni Para

---

Cezası sorumluluğuna tabi olabilir. Bu riski ele almak için sağlayıcılar, işe alım sırasında ve düzenli olarak, çalışanlarını ve yüklenicilerini OIG'nin Dışlanmış Kişiler ve Kuruluşlar Listesi'ne karşı taramalıdır. Bu liste, aylık güncellenen, çevrimiçi ve aranabilir bir veritabanıdır.

## **Sahtekarlık, İsrar ve Suistimali Kendi Kendini İhbar Etme**

OIG, kuruluşların az önce ele alınan yasaları ihlal ettiğini keşfetmesi durumunda ihlalleri kendi kendine ihbar edebileceği bir Sağlık Hizmeti Sahtekarlığı Kendi Kendini İhbar Protokolü (the Protocol) oluşturmuştur. Bu Protokol, ihbar eden tarafın makul değerlendirmesine göre, Medeni Para Cezalarının yetkilendirildiği Federal ceza, medeni veya idari yasaları potansiyel olarak ihlal eden meselelerin çözümünü kolaylaştırmak için mevcuttur. Örneğin, bir sağlayıcı sahte faturalandırmayı veya dışlanmış bir kişiyi istihdam ettiğini ihbar edebilir.

İhbar eden tarafın bir iç soruşturma yürütmesi ve bulgularını başvurusunda OIG'ye raporlaması beklenir. Protokolün gereklilikleri karşılanırsa, kuruluşun mali ve dışlama sorumluluğu azaltılabilir; kendi kendini ihbarlar genellikle bir Medeni Para Cezası anlaşmasıyla sonuçlandırılır.

OIG'nin Medeni Para Cezası yetkilerine tabi tüm sağlık hizmeti sağlayıcıları, tedarikçileri veya diğer kişi ya da kuruluşlar Protokolü kullanmaya uygundur; belirli bir sektörle, uzmanlıkla veya hizmet türüyle sınırlı değildir.

### **Kendi Kendini İhbarın Çözümü ve Faydaları**

OIG, potansiyel sahtekarlığın iyi niyetle ihbar edilmesinin ve OIG'nin çözüm sürecine iş birliği yapılmasının, sağlam ve etkili bir uyum programının göstergeleri olduğuna inanır. Bu nedenle OIG genellikle, ihbar eden kuruluşu bir dürüstlük anlaşmasına (integrity agreement) girmeye zorlamadan, ihtiyari dışlama yetkisini kullanmama kararı verir. OIG ayrıca, Protokolü kullanan ve iş birliği yapan kişi veya kuruluşların, Devlet tarafından başlatılan bir işlemde normalde gerekecek olandan daha düşük bir ceza tutarını hak ettiğine inanır. Protokolü kullanmak ayrıca, fazla ödemeleri 60 gün içinde raporlama ve iade etme gerekliliğiyle ilgili potansiyel riski de azaltabilir.

### **Zaman Çizelgeleri**

OIG, ihbar eden tarafların, Medeni Para Cezası Kanunu'nun altı yıllık zamanaşımı süresi içinde tüm sorumluluğu çözme yönünde iyi niyetli bir istekle ihbar etmesini bekler. İhbardan önce, ihbar eden taraf davranışın sona ermiş olduğundan veya en azından, usulsüz bir komisyon düzenlemesi söz konusuysa, düzeltici eylemin alınacağından ve düzenlemenin başvurudan itibaren 90 gün içinde sona erdirileceğinden emin olmalıdır.

## **Operasyonel Risk Alanları**

### **Bakım Kalitesi**

Sistemik ve yaygın düzeyde kötü bakımı içeren durumlarda, sağlık kuruluşu; FCA, CMPL veya Devlet'e yapılan sahte ve hileli taleplere ilişkin diğer yetkiler kapsamında, Devlet'ten geri ödeme için sahte talepler sunmaktan sorumlu tutulabilir. Bu nedenle, geçerli bakım kalitesi standartlarına ve düzenlemelerine uyum, sağlık kuruluşlarının yasalara uygun davranışı ve başarısı için esastır.

---

### **Doğru Taleplerin Sunulması**

Talep hazırlama ve sunmayla ilişkili yaygın ve köklü riskler arasında mükerrer faturalandırma, yetersiz belgelendirme ve sahte veya hileli maliyet raporları bulunur. Federal Hükümet, hileli bir talep ile masum, hatalı bir talep arasındaki farkın bilincindedir. Faturalandırma hataları sahtekarlık düzeyine ulaşmasa bile, sağlayıcılar hatalı sunulan talepler için aldıkları ödemeleri iade etmelidir.