



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

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa agar pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dapat berjalan dengan efektif dan efisien perlu dilakukan upaya untuk mencegah kerugian dana jaminan sosial nasional akibat Kecurangan (*Fraud*) sebagaimana telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional;
- b. bahwa dengan ditetapkannya Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional perlu disesuaikan dengan kebutuhan penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, serta untuk melaksanakan ketentuan Pasal 95 Peraturan Presiden

Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
 2. Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara dan Setiap Orang, Selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan Penerima Bantuan Iuran Dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial; (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 238, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5481);
 3. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
 2. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165);
 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PENCEGAHAN DAN PENANGANAN KECURANGAN (*FRAUD*) SERTA PENGENAAN SANKSI ADMINISTRASI TERHADAP KECURANGAN (*FRAUD*) DALAM PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Kecurangan (*fraud*) adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan atau iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah.
3. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
4. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan.
5. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.

6. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

BAB II

PENCEGAHAN DAN PENANGANAN KECURANGAN (*FRAUD*)

Pasal 2

- (1) Kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dapat dilakukan oleh:
 - a. Peserta;
 - b. BPJS Kesehatan;
 - c. Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan;
 - d. penyedia obat dan alat kesehatan; dan
 - e. pemangku kepentingan lainnya.
- (2) Pemangku kepentingan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e merupakan semua pihak yang melakukan dan/atau berkontribusi terjadinya Kecurangan (*fraud*).

Pasal 3

- (1) BPJS Kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus membangun sistem pencegahan Kecurangan (*fraud*) melalui:
 - a. penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan (*fraud*);
 - b. pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*);
 - c. pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya; dan
 - d. pembentukan tim pencegahan Kecurangan (*fraud*).
- (2) Tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d pada dinas kesehatan kabupaten/kota terdiri atas unsur:
 - a. dinas kesehatan kabupaten/kota;

- b. BPJS Kesehatan;
 - c. asosiasi fasilitas kesehatan;
 - d. organisasi profesi; dan
 - e. unsur lain yang terkait.
- (3) Tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d bertugas:
- a. menyosialisasikan regulasi dan budaya yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya;
 - b. meningkatkan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*);
 - c. mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan/atau tata kelola klinis yang baik;
 - d. melakukan upaya deteksi dan penyelesaian Kecurangan (*fraud*);
 - e. monitoring dan evaluasi; dan
 - f. pelaporan.

Pasal 4

- (1) Untuk meningkatkan upaya pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dibentuk tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat pusat dan di tingkat provinsi.
- (2) Tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat pusat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Menteri.
- (3) Tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat provinsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Gubernur.
- (4) Tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. sub tim pencegahan; dan
 - b. sub tim penanganan.
- (5) Tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. menyosialisasikan regulasi, dan budaya yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya;

- b. meningkatkan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*);
- c. mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang baik;
- d. melakukan penanganan Kecurangan (*fraud*); dan
- e. monitoring dan evaluasi;

Pasal 5

- (1) Tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat pusat terdiri atas unsur Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, Komisi Pemberantasan Korupsi, dan kementerian/lembaga terkait.
- (2) Tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat provinsi terdiri atas unsur Dinas Kesehatan Provinsi, BPJS Kesehatan, dan Inspektorat Daerah Provinsi.
- (3) Tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dalam melaksanakan tugasnya, terkait dengan pelayanan kesehatan melibatkan organisasi profesi, dan/atau asosiasi fasilitas kesehatan.
- (4) Selain melibatkan organisasi profesi, dan/atau asosiasi fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dalam melaksanakan tugasnya Tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) dapat melibatkan pakar/ahli.

BAB III

PENGENAAN SANKSI ADMINISTRASI

Pasal 6

- (1) Dalam rangka pengawasan, Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat memberikan sanksi administratif bagi setiap orang atau korporasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 yang melakukan Kecurangan (*fraud*).

- (2) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:
 - a. teguran lisan;
 - b. teguran tertulis; dan/atau
 - c. perintah pengembalian kerugian akibat tindakan Kecurangan (*fraud*) kepada pihak yang dirugikan.
- (3) Dalam hal Kecurangan (*fraud*) dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, dan penyedia obat dan alat kesehatan, sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat diikuti dengan sanksi tambahan berupa denda.
- (4) Sanksi tambahan berupa denda sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan kepada pihak yang dirugikan.
- (5) Dalam hal Kecurangan (*fraud*) dilakukan oleh tenaga kesehatan, penyelenggara pelayanan kesehatan, dan penyedia obat dan alat kesehatan, sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat diikuti dengan pencabutan izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (6) Pengenaan sanksi tambahan berupa denda atau pencabutan izin sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) harus mempertimbangkan keberlangsungan pelayanan kesehatan kepada Peserta.
- (7) Sanksi administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak menghapus sanksi pidana sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 7

Sanksi administrasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 dikenakan kepada pelaku Kecurangan (*fraud*) sesuai dengan kategori pelanggaran:

- a. ringan;
- b. sedang; dan
- c. berat.

Pasal 8

- (1) Sanksi teguran lisan dapat dikenakan untuk kategori pelanggaran ringan.
- (2) Sanksi teguran tertulis dapat dikenakan untuk kategori pelanggaran ringan atau pelanggaran sedang.
- (3) Sanksi perintah pengembalian kerugian akibat tindakan Kecurangan (*fraud*) kepada pihak yang dirugikan dapat dikenakan untuk kategori pelanggaran ringan, pelanggaran sedang atau pelanggaran berat.
- (4) Sanksi tambahan berupa denda dapat dikenakan untuk kategori pelanggaran sedang atau pelanggaran berat.
- (5) Sanksi tambahan berupa pencabutan izin dapat dikenakan untuk kategori pelanggaran berat.

Pasal 9

Dalam hal Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) tidak berwenang memberikan sanksi administratif kepada pihak yang melakukan Kecurangan (*fraud*), pimpinan instansi/badan usaha terkait memberikan sanksi administratif sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 10

Ketentuan pengenaan sanksi administratif berupa teguran tertulis dan denda sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 dikecualikan bagi Kecurangan (*fraud*) yang dilakukan oleh pemberi kerja selain penyelenggara negara terkait kewajiban pendaftaran pekerjanya sebagai peserta mengacu pada peraturan perundang-undangan.

BAB IV

KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 11

Pelaksanaan pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) serta pengenaan sanksi administrasi mengacu pada Pedoman

Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

BAB V KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 739) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 13

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 18 Juli 2019

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 31 Juli 2019

DIREKTUR JENDERAL
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

WIDODO EKATJAHJANA

LAMPIRAN
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

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

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menyatakan bahwa prinsip pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional adalah kesetaraan (*equity*) dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan serta efektif dan efisien dalam operasionalisasinya. Prinsip kendali mutu dan biaya harus diterapkan secara utuh di setiap tingkatan pelayanan mengingat adanya karakteristik pelayanan kesehatan yang berpotensi untuk menyebabkan terjadinya inefisiensi.

Salah satu upaya yang telah disepakati seluruh pemangku kepentingan untuk dijalankan oleh BPJS Kesehatan adalah melakukan penerapan model pembayaran prospektif. Amanah ini secara eksplisit tertera dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 yang mengamanatkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial khususnya BPJS Kesehatan untuk membayar manfaat pelayanan kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan secara efektif dan efisien.

Untuk menjamin agar pelayanan kesehatan diselenggarakan secara *cost-effective*, rasional, dan sesuai dengan kebutuhan Peserta, serta untuk menjamin kesinambungan program Jaminan Kesehatan, maka perlu

diselenggarakan upaya kendali mutu dan kendali biaya. Salah satu upaya kendali mutu dan kendali biaya yang dapat dilakukan adalah meminimalisasi terjadinya potensi Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan. Berdasarkan laporan *Report to the Nations Acfe* (RTTN) *Association of Certified Fraud Examiners* (ACFE) 2018 kerugian akibat Kecurangan (*fraud*) pada pelayanan kesehatan mencapai 5% dari total biaya pelayanan kesehatan.

Dengan ditetapkannya Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, telah memberikan definisi Kecurangan (*Fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan yaitu tindakan yang dilakukan dengan sengaja, untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Untuk meningkatkan upaya pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) perlu dibuat Pedoman Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.

B. Tujuan

Pedoman Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan bertujuan untuk memberikan acuan bagi Peserta, BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan, penyedia obat dan alat kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya dalam menyelenggarakan upaya pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) secara sistematis, terstruktur dan komprehensif agar pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dapat berjalan dengan efektif dan efisien.

C. Ruang lingkup Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Kesehatan meliputi:

1. jenis Kecurangan (*fraud*);
2. upaya pencegahan;
3. penanganan Kecurangan (*fraud*);

4. pengenaan sanksi administrasi; dan
5. pembinaan dan pengawasan

D. Pengertian

1. Identitas Peserta adalah Kartu Indonesia Sehat yang paling sedikit memuat nama dan nomor identitas Peserta yang terintegrasi dengan Nomor Identitas Kependudukan, kecuali untuk bayi baru lahir, dapat berupa fisik atau elektronik.
2. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan perorangan yang bersifat nonspesialistik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
3. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKRTL adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan perorangan yang bersifat spesialistik atau subspecialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
4. Pemberi Kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan Pegawai Aparatur Sipil Negara dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.
5. Klaim Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh Fasilitas Kesehatan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.
6. Episode adalah proses pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar dari Fasilitas Kesehatan, termasuk konsultasi dan pemeriksaan dokter, pemeriksaan penunjang, maupun pemeriksaan lainnya.

BAB II

JENIS KECURANGAN (*FRAUD*)

Jenis Kecurangan (*fraud*) diuraikan berdasarkan pelaku yaitu:

- a. Peserta;
- b. BPJS Kesehatan;

- c. Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan;
 - d. Penyedia obat dan alat kesehatan; dan
 - e. Pemangku kepentingan lainnya.
- 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.
 4. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan dalam rangka memperoleh pelayanan kesehatan, antara lain:
 - a. memberikan suap dan/atau imbalan kepada pemberi pelayanan kesehatan dan Fasilitas Kesehatan.
 - b. memberikan suap dan/atau imbalan kepada pegawai BPJS Kesehatan.
 - c. memberikan suap dan/atau imbalan kepada pihak lain yang berwenang dalam penetapan Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI).
 5. memperoleh obat dan/atau alat kesehatan dengan cara yang tidak sesuai ketentuan untuk dijual kembali dengan maksud mendapatkan keuntungan.
- 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/memanipulasi 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;
 - b. memperlambat atau mempercepat proses verifikasi klaim dan/atau pembayaran klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. menahan pembayaran tagihan ke Fasilitas Kesehatan yang telah diverifikasi dan telah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - d. menghilangkan data klaim dan/atau dokumen pendukung klaim baik softcopy maupun *hardcopy* dari Fasilitas Kesehatan;
 - e. bekerjasama dan/atau meminta Fasilitas Kesehatan untuk mengubah kode diagnosis atau dokumen pendukung lainnya yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. menerima atau menarik imbalan dari Peserta/calon Peserta;
 - g. menunda proses pendaftaran kepesertaan yang telah memenuhi persyaratan;
 - h. membiarkan dan/atau tidak melaporkan adanya indikasi kecurangan yang diketahuinya kepada atasannya;
 - i. mengurangi manfaat yang seharusnya menjadi hak Peserta;
 - j. mengarahkan dan/atau bekerjasama dengan koder rumah sakit untuk merubah kodifikasi yang tidak sesuai dengan diagnosa yang ditulis oleh dokter;
 - k. melaksanakan credentialing/recredentialing Fasilitas Kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - l. memanipulasi hasil credentialing/recredentialing Fasilitas Kesehatan;
 - m. memindahkan atau menentukan Peserta untuk didaftarkan pada FKTP tertentu di luar ketentuan yang berlaku; dan

- n. pembayaran kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
5. menggunakan dana Jaminan Kesehatan untuk kepentingan pribadi;
6. menarik besaran iuran tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
7. menerima titipan pembayaran iuran dari Peserta dan tidak disetorkan ke rekening BPJS Kesehatan.

C. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan.

Kecurangan (*fraud*) oleh Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan dapat dilakukan oleh dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, tenaga kesehatan lain, dan tenaga administrasi.

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.
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

dengan cara memalsukan diagnosa dan/atau tindakan medis, 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 yang dibuat dengan cara menyalin dari klaim pasien lain yang sudah ada, seperti: menyalin (*copy paste*) seluruh atau sebagian rekam medis dan/atau data pasien lain.
- c. klaim palsu (*Phantom billing*);
 Klaim palsu (*Phantom billing*) merupakan klaim atas layanan yang tidak pernah dilakukan/diberikan kepada pasien, seperti:
- 1) Penagihan tindakan medik operatif yang tidak pernah dilakukan; dan
 - 2) Penagihan obat/alat kesehatan di luar paket INA-CBG yang tidak diberikan kepada pasien.
- d. penggelembungan tagihan obat dan/atau alat kesehatan (*Inflated bills*);
 Penggelembungan tagihan obat dan/atau alat kesehatan (*Inflated bills*) merupakan klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya, seperti:
- 1) pasien patah tulang dilakukan operasi ortopedi dengan menggunakan *plate and screw* 4 (empat) buah, namun ditagihkan lebih dari 4 (empat) buah.
 - 2) obat pasien penyakit kronis pada rawat jalan yang seharusnya mendapat obat 1 (satu) bulan, tetapi obat yang diberikan untuk 2 minggu, namun ditagihkan biayanya selama 1 (satu) bulan.
 - 3) pasien kemoterapi yang membutuhkan obat kemo sebanyak 2 (dua) vial diklaimkan menjadi 4 (empat) vial.
- e. pemecahan episode pelayanan sesuai dengan indikasi medis tetapi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-

undangan;

- f. pemecahan episode pelayanan yang tidak sesuai dengan indikasi medis (*services unbundling or fragmentation*);

Pemecahan episode pelayanan yang tidak sesuai dengan indikasi medis (*services unbundling or fragmentation*) merupakan klaim atas dua atau lebih diagnosis dan/atau prosedur yang seharusnya menjadi satu paket pelayanan dalam episode yang sama, seperti:

- 1) pemberi pelayanan kesehatan mengirimkan tagihan terpisah dari diagnosis yang sama tetapi hasil pemeriksaan penunjang atau laboratorium yang sebenarnya dapat digabungkan menjadi terpisah menjadi 3 atau 4 pengajuan padahal dapat digabungkan menjadi satu grup dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan lebih;
- 2) menagihkan beberapa prosedur secara terpisah yang seharusnya dapat ditagihkan bersama dalam bentuk paket pelayanan, untuk mendapatkan nilai klaim lebih besar pada satu episode perawatan pasien; dan
- 3) tindakan operasi lebih dari satu diagnosa penyakit yang dapat dilaksanakan dalam satu tindakan namun dilakukan tindakan lebih dari satu dan diklaim terpisah dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan.

- g. rujukan semu (*self-referrals*);

Rujukan semu (*self-referrals*) merupakan klaim atas biaya pelayanan akibat rujukan ke rumah sakit tertentu atau ke dokter yang sama di Fasilitas Kesehatan lain kecuali dengan alasan keterbatasan fasilitas, seperti:

- 1) pasien masuk dengan kasus rencana akan di operasi tetapi dokter tidak mau mengoperasi di rumah sakit tersebut karena jasa operasi yang didapatkan sedikit sehingga pasien dirujuk ke rumah sakit tertentu dimana dokter juga bekerja di rumah sakit tersebut.
- 2) melakukan rujukan tanpa persetujuan pasien atau keluarga pasien ke rumah sakit dimana dokter itu berdinis.

- h. tagihan atau klaim berulang (*repeat billing*);

Tagihan atau klaim berulang (*repeat billing*) merupakan klaim

yang diulang pada kasus yang sama, seperti:

Tagihan yang sudah pernah ditagihkan dan dibayarkan tetapi ditagihkan ulang.

- i. memperpanjang lama perawatan (*prolonged length of stay*);
Memperpanjang lama perawatan (*prolonged length of stay*) merupakan klaim atas biaya pelayanan kesehatan yang lebih besar akibat perubahan lama hari perawatan inap bukan karena indikasi medis, seperti:
 - 1) penggunaan ventilator yang diperpanjang waktunya tanpa indikasi medis; dan
 - 2) *Case Main Group* (CMG) khusus untuk penyakit jiwa dan penyakit kusta;
- j. memanipulasi kelas perawatan (*manipulation of room charge*);
Memanipulasi kelas perawatan (*manipulation of room charge*) merupakan tindakan manipulasi kelas perawatan yang menyebabkan klaim yang tidak sesuai.
- k. menagihkan tindakan yang tidak dilakukan;
Menagihkan tindakan yang tidak dilakukan merupakan klaim atas diagnosis dan/atau tindakan yang tidak jadi dilaksanakan, seperti:
 - 1) pada pasien Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) dengan rencana tindakan biopsi, tidak jadi dilakukan tindakan karena alasan tertentu namun tindakan biopsi tetap ditagihkan ke BPJS Kesehatan; dan
 - 2) pasien dengan indikasi rawat inap, tetapi pasien menolak dan pulang, sehingga pasien hanya ingin rawat jalan, namun di klaimkan sebagai rawat inap.
- l. melakukan tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis;
Melakukan tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis merupakan klaim atas tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis.
- m. admisi yang berulang (*readmisi*);
Admisi yang berulang (*readmisi*) merupakan klaim atas diagnosis dan/atau tindakan dari satu episode yang dirawat atau diklaim lebih dari satu kali seolah-olah lebih dari satu episode, seperti pasien rawat inap dipulangkan kemudian

- diminta masuk kembali dengan berbagai alasan.
- n. menarik biaya dari Peserta tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - o. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan Jaminan Kesehatan; dan
 - p. memalsukan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan dan Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan.
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.
- 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

membeli alat kesehatan yang tidak sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan atau tingkat keterampilan/keahlian tenaga kesehatan atau tenaga medis profesional yang akan menggunakan alat kesehatan tersebut dengan maksud untuk mendapatkan keuntungan finansial; dan

- d. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.

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.

BAB III

PENCEGAHAN KECURANGAN (*FRAUD*)

Secara umum tujuan dari pencegahan Kecurangan (*fraud*) yang efektif adalah:

- a. *Prevention*; mencegah terjadinya Kecurangan (*fraud*) secara nyata pada semua lini organisasi.
- b. *Deterrence*; menangkal pihak-pihak yang akan mencoba melakukan tindakan kecurangan sehingga membuat jera.
- c. *Disruption*; mempersulit gerak langkah pelaku Kecurangan (*fraud*) sejauh mungkin.
- d. *Identification*; mengidentifikasi kegiatan berisiko tinggi dan kelemahan

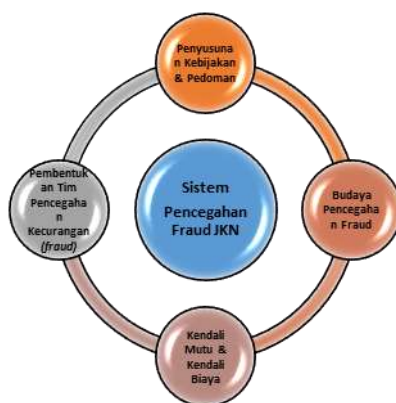
pengendalian.

- e. *Civil action prosecution*; melakukan tuntutan dan penjatuhan sanksi yang setimpal atas perbuatan curang kepada pelakunya.

Untuk mencapai tujuan pencegahan Kecurangan (*fraud*) yang efektif semua pihak yang terkait dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan terutama BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus membangun sistem pencegahan Kecurangan (*fraud*).

Gambar 1

Sistem Pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan



Prinsip-prinsip dalam sistem pencegahan Kecurangan (*fraud*) dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Penyusunan kebijakan (*policy*) dan pedoman pencegahan Kecurangan (*fraud*), antara lain:
 - a. Penyusunan kebijakan anti Kecurangan (*fraud*) dengan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*.
 - b. Penyusunan pedoman manajemen risiko Kecurangan (*fraud risk management*) paling sedikit terdiri dari pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap Kecurangan (*fraud*).
2. Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*), antara lain:
 - a. Membangun budaya integritas, nilai etika dan standar perilaku.
 - b. Mendidik seluruh pihak terkait Jaminan Kesehatan tentang kesadaran anti Kecurangan (*fraud*).
 - c. Menciptakan lingkungan penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan yang positif.

3. Pengembangan pelayanan kesehatan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, antara lain:
 - a. Pembentukan tim kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari tim koordinasi dan tim teknis.
 - b. Implementasi konsep manajemen mutu dalam pelayanan kesehatan.
4. Pembentukan tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) yang disesuaikan dengan kebutuhan dan skala organisasi.

Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) dilakukan oleh seluruh pihak yang berkaitan dengan program Jaminan Kesehatan mulai dari Peserta, BPJS Kesehatan, FKTP, FKRTL, pemberi kerja, penyedia obat dan alat kesehatan serta pemangku kepentingan lainnya, sebagai berikut:

1. Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh Peserta, antara lain:
 - a. Melaporkan dugaan Kecurangan (*fraud*) kepada Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*).
 - b. Menjaga kerahasiaan identitas kependudukan dan kartu JKN KIS dari penyalahgunaan pihak yang tidak bertanggungjawab.
 - c. Mematuhi segala aturan yang terkait program Jaminan Kesehatan.
2. Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh BPJS Kesehatan, antara lain:
 - a. Penerapan kebijakan pencegahan Kecurangan (*fraud*) dan pedoman pencegahan, meliputi:
 - 1) Pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance*.
 - 2) Pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap Kecurangan (*fraud*), antara lain:
 - a) Penguatan peran pengawasan internal dan sistem pengendalian internal (*internal control system*) dalam pencegahan Kecurangan (*fraud*).
 - b) Mekanisme pengaduan masyarakat (*whistleblowing system*) dan tindak lanjutnya.
 - c) Sistem IT sebagai pendukung (*otomasi on-line/terintegrasi*).
 - d) Melakukan pemutakhiran (*updating*) data kepesertaan berdasarkan informasi dari Peserta, pemberi kerja, pemerintah dan instansi terkait lainnya.
 - e) Monitoring pembayaran iuran Peserta dengan pemberian notifikasi kepada Peserta.

- f) Menyediakan data kepesertaan secara real time kepada Fasilitas Kesehatan.
 - g) Melakukan tindakan pemeriksaan kepatuhan kepada Peserta atau pemberi kerja yang memberikan informasi gaji yang terindikasi tidak sesuai.
 - h) Melakukan monitoring dan evaluasi secara rutin terhadap hasil kerja petugas BPJS Kesehatan.
 - i) Melakukan monitoring dan evaluasi sesuai dengan perjanjian kerja sama dengan Fasilitas Kesehatan terhadap ketersediaan obat dan alat kesehatan.
 - j) Melakukan koordinasi dengan Kementerian Kesehatan atas ketersediaan obat dan alat kesehatan.
 - k) Memastikan tersedianya proses bisnis yang terstandar.
- b. Pelaksanaan manajemen risiko Kecurangan (*fraud risk management*) antara lain:
- 1) Membangun komitmen seluruh jajaran dalam mengelola risiko Kecurangan (*fraud*).
 - 2) Melakukan identifikasi dan penilaian risiko Kecurangan (*fraud*) secara komprehensif.
 - 3) Menetapkan rencana pengendalian risiko Kecurangan (*fraud*).
 - 4) Mengkomunikasikan potensi Kecurangan (*fraud*) yang telah teridentifikasi.
 - 5) Melaksanakan tindakan korektif dalam menangani Kecurangan (*fraud*) dengan cepat dan tepat.
 - 6) Melakukan evaluasi kinerja pelaksanaan manajemen risiko secara berkala.
- c. Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*) meliputi:
- 1) Menandatangani dan melaksanakan pakta integritas untuk seluruh pegawai BPJS Kesehatan termasuk Direksi dan Dewan Pengawas.
 - 2) Memberikan edukasi dan/atau sosialisasi kepada pegawai BPJS Kesehatan tentang budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*) termasuk juga kepada Peserta, Fasilitas Kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya.
 - 3) Melakukan sosialisasi kepada pemberi kerja/Peserta tentang manfaat BPJS Kesehatan.

- d. Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, meliputi:
 - 1) Pembentukan tim kendali mutu dan kendali biaya.
 - 2) Penguatan tugas dan fungsi tim kendali mutu dan kendali biaya.
 - 3) Monitoring dan evaluasi kinerja tim kendali mutu dan kendali biaya.
 - e. Pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan, meliputi :
 - 1) Membentuk tim/divisi khusus untuk pencegahan, deteksi dan respons terhadap Kecurangan (*fraud*) di internal BPJS Kesehatan.
 - 2) Menetapkan mekanisme untuk investigasi internal dan pelaporan pelaku Kecurangan (*fraud*).
3. Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh FKTP, antara lain:
- a. Penerapan kebijakan pencegahan Kecurangan (*fraud*) dan pedoman pencegahan, meliputi:
 - 1) Pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*, antara lain:
 - a) Penetapan kewenangan dan uraian tugas tenaga kesehatan dan non-kesehatan.
 - b) Penetapan dan penerapan *Standard Operational Procedure* (SOP). Untuk SOP layanan klinis mengacu ke Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), Panduan Praktik Klinis (PPK), *Clinical Pathway* (CP) dan/atau pedoman lain yang ditetapkan oleh Menteri.
 - c) Penetapan prosedur internal untuk pengajuan klaim non-kapitasi.
 - d) Pengelolaan dana jaminan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 - 2) Pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap Kecurangan (*fraud*), antara lain:
 - a) Mekanisme pengaduan masyarakat (*whistleblowing system*) dan tindak lanjutnya.
 - b) Sistem IT sebagai pendukung (otomasi *on-line*/ terintegrasi).
 - c) Melakukan pemeriksaan kelengkapan dan validitas atas klaim yang diajukan oleh bidan dan laboratorium jejaring.

- 3) Pelaksanaan manajemen risiko Kecurangan (*fraud risk management*) dengan:
 - a) Membangun komitmen seluruh jajaran dalam mengelola risiko Kecurangan (*fraud*).
 - b) Melakukan identifikasi dan penilaian risiko Kecurangan (*fraud*) secara komprehensif.
 - c) Menetapkan rencana pengendalian risiko Kecurangan (*fraud*).
 - d) Mengkomunikasikan potensi Kecurangan (*fraud*) yang telah teridentifikasi.
 - e) Melaksanakan tindakan korektif dalam menangani Kecurangan (*fraud*) dengan cepat dan tepat.
 - f) Melakukan evaluasi kinerja pelaksanaan manajemen risiko secara berkala.
- b. Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan, meliputi:
 - 1) Menandatangani dan melaksanakan pakta integritas untuk seluruh pegawai FKTP termasuk unsur pimpinan FKTP.
 - 2) Mengimplementasikan kode etik dan standar perilaku pegawai FKTP.
 - 3) Melaksanakan edukasi budaya anti Kecurangan (*fraud*) kepada seluruh pegawai FKTP dan Peserta Jaminan Kesehatan di FKTP.
 - 4) Sosialisasi kegiatan pencegahan Kecurangan (*fraud*) di FKTP.
- c. Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, meliputi:
 - 1) Penerapan konsep manajemen mutu dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan, antara lain:
 - a) Membuat alur pelayanan yang efektif dan efisien.
 - b) Memanfaatkan sistem informasi elektronik secara optimal untuk efektivitas dan efisiensi pelayanan.
 - c) Menerapkan perbaikan kualitas berkelanjutan (*continuous quality improvement*) misalnya melalui akreditasi FKTP dan survey kepuasan layanan.
 - 2) Melaksanakan audit klinis dan utilization review. Kegiatan ini dapat dilaksanakan oleh FKTP atau berkoordinasi dengan tim kendali mutu dan kendali biaya serta Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

- 3) Pelayanan berbasis bukti antara lain menulis rekam medis secara segera, lengkap dan jelas.
 - d. Pembentukan tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) yang melekat pada tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) pada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
4. Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh FKRTL, antara lain:
- a. Penerapan kebijakan pencegahan Kecurangan (*fraud*) dan pedoman pencegahan, meliputi:
 - 1) Pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*, antara lain:
 - a) Penetapan kewenangan dan uraian tugas tenaga kesehatan dan non-kesehatan.
 - b) Penetapan dan penerapan *Standard Operational Procedure* (SOP). Untuk penetapan SOP layanan klinis mengacu ke Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) dan/atau pedoman lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
 - c) Penetapan prosedur internal untuk pengajuan klaim.
 - 2) Pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap Kecurangan (*fraud*) termasuk mekanisme investigasi dan pelaporan pelaku Kecurangan (*fraud*), antara lain:
 - a) Penguatan peran Pengawasan Internal dan Sistem Pengendalian Internal (*internal control system*) dalam pencegahan Kecurangan (*fraud*).
 - b) Mekanisme pengaduan masyarakat (*whistleblowing system*) dan tindak lanjutnya.
 - c) Sistem IT sebagai pendukung (otomasi on-line/ terintegrasi).
 - d) Melakukan surveilans data atau audit data rutin.
 - e) Peningkatan kemampuan dokter serta petugas lain yang berkaitan dengan Klaim, berupa:
 - (1) Pemahaman dan penggunaan sistem koding yang berlaku;
 - (2) Melakukan edukasi dan pemberian pemahaman tentang langkah-langkah pencegahan dan pengenaan sanksi Kecurangan (*fraud*);
 - (3) Meningkatkan ketaatan terhadap SOP; dan
 - (4) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan Pasien (DPJP)

menulis dan memberikan resume medis secara jelas, lengkap dan tepat waktu.

- f) Meningkatkan kemampuan koder, melalui:
 - (1) Pelatihan dan edukasi koding yang benar; dan
 - (2) Koordinasi dengan staf klinis dalam rangka memastikan diagnosa primer dan sekunder.
- 3) Pelaksanaan manajemen risiko kecurangan (*fraud risk management*) dengan:
 - a) Membangun komitmen seluruh jajaran dalam mengelola risiko Kecurangan (*fraud*).
 - b) Melakukan identifikasi dan penilaian risiko kecurangan secara komprehensif.
 - c) Menetapkan rencana pengendalian risiko kecurangan.
 - d) Mengkomunikasikan potensi Kecurangan (*fraud*) yang telah teridentifikasi.
 - e) Melaksanakan tindakan korektif dalam menangani Kecurangan (*fraud*) dengan cepat dan tepat.
 - f) Melakukan evaluasi kinerja pelaksanaan manajemen risiko secara berkala.
- b. Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*), meliputi:
 - 1) Menandatangani dan melaksanakan pakta integritas untuk seluruh pegawai FKRTL termasuk unsur pimpinan FKRTL.
 - 2) Menetapkan dan mengimplementasikan kode etik profesi dan standar perilaku pegawai FKRTL.
 - 3) Melaksanakan edukasi budaya anti Kecurangan (*fraud*) kepada seluruh pegawai FKRTL dan Peserta di FKRTL.
 - 4) Sosialisasi kegiatan pencegahan Kecurangan (*fraud*) di FKRTL.
- c. Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, meliputi :
 - 1) Pembentukan tim kendali mutu dan kendali biaya;
 - 2) Penguatan tugas dan fungsi tim kendali mutu dan kendali biaya;
 - 3) Ketepatan kompetensi dan kewenangan tenaga kesehatan;
 - 4) Penerapan standar pelayanan, pedoman pelayanan klinis, dan clinical pathway dan pedoman lainnya di FKRTL;
 - 5) Melaksanakan audit klinis dan *utilization review* (UR) secara periodik; dan
 - 6) Penetapan prosedur klaim termasuk analisis data klaim;

- 7) Monitoring dan evaluasi kinerja tim kendali mutu dan kendali biaya;
 - 8) Penerapan konsep manajemen mutu dalam pelayanan kesehatan;
 - 9) Penggunaan teknologi informasi berbasis bukti yang mampu memonitor dan mengevaluasi pelayanan Jaminan Kesehatan di FKRTL secara real time.
- d. Pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan yang bertugas:
- 1) Melakukan deteksi dini Kecurangan (*fraud*) berdasarkan data Klaim pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh FKRTL dan meneruskan dugaan Kecurangan (*fraud*) kepada pengawas internal;
 - 2) Melaksanakan sosialisasi kebijakan, regulasi, dan budaya baru yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya;
 - 3) Mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik;
 - 4) Meningkatkan kemampuan koder, serta dokter dan petugas lain yang berkaitan dengan klaim;
 - 5) Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pencegahan Kecurangan (*fraud*); dan
 - 6) Pelaporan pelaksanaan pencegahan Kecurangan (*fraud*).
5. Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh Fasilitas Kesehatan Lainnya, antara lain:
- a. Penerapan kebijakan anti Kecurangan (*fraud*) dan pedoman pencegahan, meliputi:
 - 1) Pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*, antara lain:
 - a) Penetapan kewenangan dan uraian tugas tenaga kesehatan dan non-kesehatan.
 - b) Penetapan dan penerapan *Standard Operational Procedure* (SOP). Untuk SOP layanan klinis dapat mengacu ke Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), Panduan Praktik Klinis (PPK), *Clinical Pathway* (CP) dan/atau pedoman lain yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.
 - c) Penetapan prosedur internal untuk pengajuan klaim.

- 2) Pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap Kecurangan (*fraud*) termasuk mekanisme investigasi dan pelaporan pelaku Kecurangan (*fraud*), antara lain:
 - a) Penguatan peran Pengawasan Internal dan Sistem Pengendalian Internal (*internal control system*) dalam pencegahan kecurangan Jaminan Kesehatan.
 - b) Mekanisme pengaduan masyarakat (*whistleblowing system*) dan tindak lanjutnya.
 - c) Sistem IT sebagai pendukung (otomasi on-line/ terintegrasi).
 - d) Melaksanakan pelaporan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan secara akurat dan tepat waktu.
- 3) Pelaksanaan manajemen risiko kecurangan (*fraud risk management*) dengan:
 - a) Membangun komitmen seluruh jajaran dalam mengelola risiko Kecurangan (*fraud*).
 - b) Melakukan identifikasi dan penilaian risiko Kecurangan (*fraud*) secara komprehensif.
 - c) Menetapkan rencana pengendalian risiko Kecurangan (*fraud*).
 - d) Mengkomunikasikan potensi Kecurangan (*fraud*) yang telah teridentifikasi.
 - e) Melaksanakan tindakan korektif dalam menangani kecurangan dengan cepat dan tepat.
 - f) Melakukan evaluasi kinerja pelaksanaan manajemen risiko secara berkala.
- b. Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan, meliputi :
 - 1) Menandatangani dan melaksanakan pakta integritas untuk seluruh pegawai termasuk unsur pimpinan.
 - 2) Menetapkan dan mengimplementasikan kode etik profesi dan standar perilaku pegawai.
 - 3) Melaksanakan edukasi budaya anti Kecurangan (*fraud*) kepada seluruh pegawai dan Peserta.
 - 4) Sosialisasi kegiatan pencegahan Kecurangan (*fraud*).
- c. Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, meliputi:

- 1) Penerapan konsep *lean* manajemen dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan.
 - 2) Melaksanakan koordinasi dengan tim kendali mutu dan kendali biaya untuk dilakukan audit medis atau *utilisation review*.
6. Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh Penyedia Obat dan/atau Penyedia Alat Kesehatan, antara lain:
- a. Penerapan kebijakan anti Kecurangan (*fraud*) dan pedoman pencegahan, meliputi:
 - 1) Pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance*, antara lain:
 - a) Penetapan kewenangan dan uraian tugas tenaga kesehatan dan non-kesehatan.
 - b) Penetapan dan penerapan Standar Operasional Prosedur (SOP).
 - c) Penetapan standar pelayanan penyediaan obat dan/atau alat kesehatan.
 - d) Penetapan prosedur internal untuk pengajuan klaim.
 - 2) Pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap Kecurangan (*fraud*) termasuk mekanisme investigasi dan pelaporan pelaku Kecurangan (*fraud*), antara lain:
 - a) Penguatan Sistem Pengendalian Internal (*internal control system*).
 - b) Mekanisme pengaduan masyarakat (*whistleblowing system*) dan tindak lanjutnya.
 - c) Sistem IT sebagai pendukung (otomasi on-line/terintegrasi).
 - d) Melaksanakan pelaporan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan secara akurat dan tepat waktu.
 - e) Memastikan obat dan/atau alat kesehatan yang diberikan kepada pemberi pelayanan kesehatan atau Instalasi Farmasi Pemerintah sesuai dalam jumlah dan kualitasnya.
 - 3) Pelaksanaan manajemen risiko kecurangan (*fraud risk management*) dengan:
 - a) Membangun komitmen seluruh jajaran dalam mengelola risiko Kecurangan (*fraud*).
 - b) Melakukan identifikasi dan penilaian risiko kecurangan (*fraud risk management*) secara komprehensif.
 - c) Menetapkan rencana pengendalian risiko Kecurangan

(*fraud*).

- d) Mengkomunikasikan potensi Kecurangan (*fraud*) yang telah teridentifikasi.
 - e) Melaksanakan tindakan korektif dalam menangani kecurangan dengan cepat dan tepat.
 - f) Melakukan evaluasi kinerja pelaksanaan manajemen risiko secara berkala.
- b. Pengembangan Budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan, meliputi :
- 1) Menandatangani dan melaksanakan pakta integritas untuk seluruh pegawai termasuk unsur pimpinan.
 - 2) Menetapkan dan mengimplementasikan kode etik profesi/asosiasi perusahaan alat kesehatan dan laboratorium serta standar perilaku pegawai.
 - 3) Melaksanakan edukasi budaya anti Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan kepada seluruh pegawai dan Peserta Jaminan Kesehatan.
 - 4) Sosialisasi kegiatan pencegahan Kecurangan (*fraud*).
- c. Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, meliputi:
- 1) Menerapkan cara distribusi alat kesehatan dengan baik (CDAKB) dan cara distribusi obat yang baik (CDOB).
 - 2) Penggunaan obat dan/atau alat kesehatan sesuai *evidence based* dan praktek klinis yang efisien.
7. Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh Pemberi Kerja yang bukan termasuk penyelenggara negara, antara lain:
- Menerapkan kebijakan pencegahan Kecurangan (*fraud*) dan pedoman pencegahan, meliputi :
- a. pelaksanaan tata kelola korporasi yang baik (*good corporate governance*).
 - b. Menandatangani komitmen pernyataan kesediaan menyampaikan seluruh data pegawai dan upah serta pemukhtahirannya sesuai kondisi sebenarnya, kepatuhan pembayaran iuran, penggunaan sistem aplikasi pendukung dari BPJS Kesehatan serta konsekuensi menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

8. Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh aparaturn pemerintah/pemerintah daerah antara lain:
 - a. Penerapan kebijakan pencegahan Kecurangan (*fraud*) dan pedoman pencegahan, meliputi:
 - 1) Pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance*.
 - 2) Pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap Kecurangan (*fraud*), antara lain:
 - a) Penguatan peran Pengawasan Internal dan Sistem Pengendalian Internal (*internal control system*) dalam pencegahan Kecurangan (*fraud*).
 - b) Mekanisme pengaduan masyarakat (*whistleblowing system*) dan tindak lanjutnya.
 - c) Sistem IT sebagai pendukung (otomasi on-line/ terintegrasi).
 - d) Membangun mekanisme data sharing terkait dengan data kepesertaan PBI antar pemangku kepentingan.
 - e) Melaksanakan seluruh ketentuan dan peraturan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.
 - f) Melaksanakan verifikasi dan validasi Penerima Bantuan Iuran (PBI) baik yang dibiayai oleh APBN/APBD secara periodik sebelum ditetapkan sebagai penerima bantuan iuran (PBI) untuk menghindari salah sasaran.
 - g) Memastikan kecukupan anggaran untuk penerima bantuan iuran (PBI) APBN sesuai jumlah sasaran yang ditetapkan.
 - h) Membuat mekanisme pelaporan antar pemangku kepentingan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dari tingkat pusat sampai ke tingkat daerah.
 - i) Melakukan monitoring dan evaluasi dalam rangka penyempurnaan regulasi serta melakukan pengawasan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan.
 - j) Mengintegrasikan pencegahan Kecurangan (*fraud*) program Jaminan Kesehatan ke dalam program kesehatan mulai dari tingkat FKTP sampai FKRTL dan/atau kegiatan kemasyarakatan yang dilaksanakan oleh pemangku kepentingan lainnya.

- 3) Pelaksanaan manajemen risiko kecurangan (*fraud risk management*) dengan:
 - a) Membangun komitmen seluruh jajaran dalam mengelola risiko Kecurangan (*fraud*).
 - b) Melakukan identifikasi dan penilaian risiko kecurangan secara komprehensif.
 - c) Menetapkan rencana pengendalian risiko Kecurangan (*fraud*).
 - d) Mengkomunikasikan potensi Kecurangan (*fraud*) yang telah teridentifikasi.
 - e) Melaksanakan tindakan korektif dalam menangani kecurangan dengan cepat dan tepat.
 - f) Melakukan evaluasi kinerja pelaksanaan manajemen risiko secara berkala.
- b. Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan, meliputi:
 - 1) Menandatangani dan melaksanakan pakta integritas untuk seluruh pegawai termasuk unsur pimpinan.
 - 2) Membangun kesadaran masyarakat/Peserta tentang Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan.
 - 3) Mengintegrasikan pencegahan Kecurangan (*fraud*) program Jaminan Kesehatan ke dalam kurikulum Pendidikan Budaya Anti Korupsi (PBAK).
 - 4) Sosialisasi program pencegahan Kecurangan (*fraud*).
- c. Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, meliputi menyusun kebijakan kendali mutu dan kendali biaya dalam program Jaminan Kesehatan.

BAB IV

PENANGANAN KECURANGAN (*FRAUD*)

Penanganan Kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dilakukan melalui upaya deteksi potensi Kecurangan (*fraud*) dan upaya penyelesaian Kecurangan (*fraud*).

A. Deteksi Potensi Kecurangan (*fraud*)

Deteksi potensi Kecurangan (*fraud*) dilakukan oleh masing-masing tim

pencegahan Kecurangan (*fraud*) yang terdapat di BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, serta Tim Pencegahan dan Penanganan di tingkat provinsi atau di tingkat pusat sesuai dengan kewenangan masing-masing.

Untuk melakukan deteksi potensi Kecurangan (*fraud*) diperlukan sumber informasi yang berasal dari:

- a. Keluhan Peserta dan/atau Fasilitas Kesehatan;
- b. Laporan *whistle blower*;
- c. Data kepesertaan;
- d. Data klaim; dan
- e. Sumber lainnya.

Sumber informasi harus memenuhi syarat sebagai berikut:

- a. Objektif, yaitu informasi yang ada menggambarkan keadaan yang sebenarnya;
- b. Representatif, yaitu informasi mampu mewakili persoalan yang ada atau sesuatu yang lebih luas;
- c. Mempunyai tingkat kesalahan yang kecil;
- d. Terbaru (*up to date*); dan
- e. Relevan, data harus berhubungan dengan persoalan yang akan dipecahkan.

Data yang diperlukan dalam deteksi potensi Kecurangan (*fraud*), terdiri dari:

- a. Data deteksi Kecurangan (*fraud*) pada area administrasi kepesertaan. Kecurangan (*fraud*) yang terjadi pada area administrasi kepesertaan baik yang dilakukan oleh perorangan maupun oleh kelompok/badan/institusi terkait dengan pendaftaran dan atau perubahan data kepesertaan Jaminan Kesehatan. Data yang digunakan untuk mendeteksi potensi Kecurangan (*fraud*) pada area administrasi kepesertaan antara lain:
 - 1) Data kependudukan;
 - 2) Data PBI;
 - 3) Data penghasilan;
 - 4) Data kepegawaian; dan
 - 5) Data kepesertaan.
- b. Data deteksi Kecurangan (*fraud*) pada area pelayanan kesehatan tingkat pertama.

Kecurangan (*fraud*) yang terjadi pada area pelayanan kesehatan

tingkat pertama dapat dilakukan baik oleh FKTP sebagai pemberi pelayanan maupun oleh Peserta sebagai penerima pelayanan. Data yang digunakan untuk mendeteksi Kecurangan (*fraud*) pada area pelayanan di FKTP adalah:

- 1) Data *profiling* FKTP.
 - 2) Data kunjungan Peserta di FKTP, merupakan catatan riwayat pelayanan Peserta di FKTP.
 - 3) Data pemberian pelayanan kesehatan di FKTP yang meliputi tenaga FKTP yang memberikan pelayanan kesehatan, sarana prasarana FKTP yang digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan, proses pemberian pelayanan kesehatan, dan pencatatan atau dokumentasi pelayanan kesehatan yang diberikan.
 - 4) Data kapitasi yang meliputi data Peserta yang terdaftar pada FKTP, besaran nilai kapitasi yang diberikan pada FKTP, dan pembayaran kapitasi kepada FKTP.
 - 5) Klaim pelayanan kesehatan tingkat pertama yang meliputi proses pengajuan klaim pelayanan kesehatan dan dokumentasi klaim pelayanan kesehatan yang diberikan FKTP.
 - 6) Informasi/data lain atas pelaksanaan pelayanan kesehatan tingkat pertama.
- c. Data deteksi Kecurangan (*fraud*) pada area pelayanan kesehatan tingkat lanjutan.

Kecurangan (*fraud*) yang terjadi pada area pelayanan kesehatan tingkat lanjutan dapat dilakukan baik oleh pihak FKRTL selaku pemberi pelayanan kesehatan, maupun oleh Peserta sebagai penerima pelayanan. Seperti data dan informasi yang digunakan untuk mendeteksi Kecurangan (*fraud*) pada area pelayanan di FKRTL adalah:

- 1) Data *profiling* FKRTL.
- 2) Data kunjungan Peserta di FKRTL, merupakan riwayat pelayanan Peserta di FKRTL.
- 3) Data pemberian pelayanan kesehatan di FKRTL yang meliputi tenaga FKRTL yang memberikan pelayanan kesehatan, sarana prasarana FKRTL yang digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan, proses pemberian pelayanan kesehatan, dan pencatatan atau dokumentasi pelayanan kesehatan yang

diberikan.

- 4) Data klaim pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan meliputi proses pengajuan klaim pelayanan kesehatan dan dokumentasi klaim pelayanan kesehatan yang diberikan FKRTL.
- 5) Informasi/data lain atas pelaksanaan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

Tahapan deteksi potensi Kecurangan (*fraud*):

a. Identifikasi

Identifikasi merupakan tahapan yang sangat penting dalam deteksi potensi Kecurangan (*fraud*). Karena pemahaman dan penilaian tentang kondisi data dilakukan pada tahapan ini. Identifikasi dilakukan terhadap data sebagai berikut:

- 1) Data klaim pelayanan kesehatan;
- 2) Data kepesertaan; dan
- 3) Data lainnya yang diperlukan selama proses deteksi.

b. Analisis data.

Analisis data dikelompokkan atas:

- 1) analisis data kepesertaan;
- 2) analisis data pembayaran iuran;
- 3) analisis data riwayat pelayanan kesehatan;
- 4) analisis data klaim;
- 5) analisis data kapitasi;
- 6) analisis data ketersediaan dan pelayanan obat dan alat kesehatan; dan
- 7) analisis data pengaduan.

Pelaksanaan analisis data pada masing-masing area ditentukan sesuai dengan jenis Kecurangan (*fraud*) maupun pelaku Kecurangan (*fraud*). Sehingga cara yang digunakan pada setiap jenis Kecurangan (*fraud*) dapat berbeda satu dengan lainnya.

c. Pelaporan Hasil Deteksi.

1) Isi Laporan Deteksi

Pelaporan hasil deteksi Kecurangan (*fraud*) memuat hal-hal sebagai berikut:

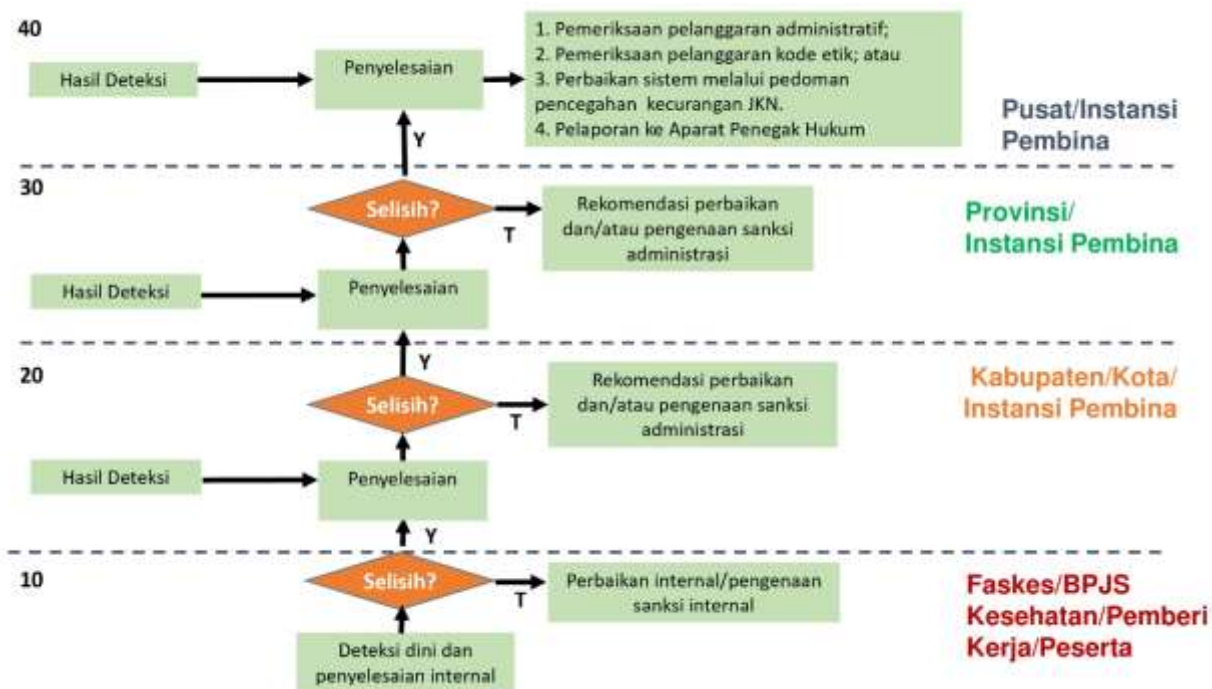
- a) Deskripsi mengenai dugaan tindakan Kecurangan (*fraud*) pada Jaminan Kesehatan yang paling sedikit memuat:
 - (1) waktu kejadian;

- (2) tempat kejadian;
 - (3) oknum pelaku;
 - (4) jumlah kejadian;
 - (5) potensi kerugian finansial;
 - (6) sumber informasi; dan
 - (7) kronologi kejadian.
- b) Bukti-bukti permulaan dapat berupa rekaman data/suara/gambar/video/salinan dokumen dan bukti lain yang didapatkan.
- 2) Jenis Laporan
- a) Laporan Insidental
Merupakan laporan hasil deteksi yang disampaikan dalam kondisi tertentu dan perlu penyelesaian segera.
 - b) Laporan Rutin
Merupakan laporan berkala atas hasil deteksi yang dilakukan setiap semester.
- 3) Mekanisme Pelaporan
Hasil deteksi disampaikan oleh tim kepada pimpinan masing-masing institusi untuk diambil langkah-langkah penyelesaian.

B. Penyelesaian Kecurangan (*fraud*)

Penyelesaian Kecurangan (*fraud*) dilakukan internal dimasing-masing institusi. Untuk Kecurangan (*fraud*) yang tidak dapat diselesaikan pada tingkat internal, diselesaikan secara berjenjang sesuai dengan tingkat kewenangan dan instansi pembina.

Alur Penyelesaian Kecurangan (*fraud*)



1. Penyelesaian oleh Fasilitas Kesehatan/BPJS Kesehatan/Pemangku Kepentingan Lainnya.
 - a) Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) di Fasilitas Kesehatan bersama manajemen menyelesaikan kasus Kecurangan (*fraud*) yang ditemukan dari deteksi dini.
 - b) Hasil penyelesaian kasus dapat berupa perbaikan internal dan/atau pengenaan sanksi internal kepada pelaku.
 - c) Dalam hal kasus Kecurangan (*fraud*) tidak dapat diselesaikan secara internal, maka Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) di Fasilitas Kesehatan melaporkan kasus kepada Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) pada dinas kesehatan kabupaten/kota.

2. Penyelesaian oleh Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) Dinas Kabupaten/Kota.
 - a) Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) pada dinas kesehatan kabupaten/kota menyelesaikan kasus Kecurangan (*fraud*) yang ditemukan dari deteksi, atau yang dilaporkan oleh Fasilitas Kesehatan. Mekanisme penyelesaian dapat dilakukan dengan verifikasi dan konfirmasi kepada pihak-pihak yang terkait. Proses penyelesaian dapat dibantu oleh ahli/pakar.
 - b) Hasil penyelesaian kasus oleh Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) pada dinas kesehatan kabupaten/kota dapat berupa

- rekomendasi perbaikan dan/atau pengenaan sanksi administratif.
- c) Dalam hal kasus Kecurangan (*fraud*) tidak dapat diselesaikan oleh Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) pada dinas kesehatan kabupaten/kota, maka Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) pada dinas kesehatan kabupaten/kota melaporkan kasus kepada Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi.
3. Penyelesaian oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi
 - a) Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi menyelesaikan kasus Kecurangan (*fraud*) yang ditemukan dari deteksi atau kasus Kecurangan (*fraud*) yang dilaporkan oleh Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) Kabupaten/Kota. Mekanisme penyelesaian dapat dilakukan dengan pemeriksaan investigasi kepada pihak-pihak yang terkait. Proses penyelesaian dapat dibantu oleh ahli/pakar.
 - b) Hasil penyelesaian kasus oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi dapat berupa rekomendasi perbaikan dan/atau pengenaan sanksi administratif.
 - c) Dalam hal kasus kecurangan tidak dapat diselesaikan oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi, maka Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi melaporkan kasus kepada Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Pusat.
 4. Penyelesaian oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Pusat.
 - a) Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Pusat menyelesaikan kasus Kecurangan (*fraud*) yang ditemukan dari deteksi atau kasus Kecurangan (*fraud*) yang dilaporkan oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi. Mekanisme penyelesaian dapat dilakukan dengan pemeriksaan investigasi kepada pihak-pihak yang terkait. Proses

penyelesaian dapat melibatkan ahli/pakar dan/atau organisasi profesi, dan berkoordinasi dengan Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Provinsi.

- b) Hasil penyelesaian kasus oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Pusat dapat berupa rekomendasi perbaikan sistem dan regulasi, pemeriksaan pelanggaran administratif, pemeriksaan pelanggaran kode etik, dan/atau pelaporan kepada aparat penegak hukum.

Tata Cara penyelesaian Kecurangan (*fraud*) oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Pusat:

1. Ekspose hasil deteksi.

Atas hasil deteksi dan/atau laporan dari Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Provinsi yang perlu ditindaklanjuti, maka Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Pusat melakukan ekspose untuk menentukan langkah tindak lanjut dengan tata cara sebagai berikut:

- a. Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Pusat mengirimkan undangan kepada pimpinan instansi Peserta ekspose dalam waktu selambat-lambatnya 10 (sepuluh) hari kerja setelah menerima hasil deteksi dari Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Provinsi yang perlu ditindaklanjuti.
- b. Peserta ekspose ditetapkan dengan kriteria sebagai berikut:
 - 1) Terdiri dari anggota Sub Tim Penanganan Pusat dengan jumlah ganjil.
 - 2) Jumlah maksimal 3 (tiga) orang perwakilan dari setiap instansi.
 - 3) Salah satu perwakilan instansi adalah pejabat setingkat eselon II.
 - 4) Tidak berpotensi konflik kepentingan dan kerahasiaan atas kasus kecurangan yang dilaporkan. Konflik kepentingan adalah kondisi Peserta ekspose yang memiliki kepentingan pribadi untuk menguntungkan diri sendiri dan/atau orang lain dalam penggunaan wewenang sehingga dapat mempengaruhi netralitas dan kualitas keputusan dan/atau tindakan yang dibuat dan/atau dilakukannya.

- c. Ekspose dipimpin oleh Ketua Sub Tim Penanganan. Pengambilan keputusan ekspose dilakukan berdasarkan keputusan mutlak dari seluruh peserta ekspose atau pengambilan suara terbanyak yang memenuhi 50%+1 dari peserta ekspose. Ekspose dapat dilakukan lebih dari 1 (satu) kali apabila diperlukan.
- d. Kriteria hasil deteksi yang diekspose meliputi:
- 1) Frekuensi dugaan Kecurangan (*fraud*) dilakukan berulang kali dengan frekuensi lebih dari 1 (satu) kali dalam kurun waktu 1 (satu) sampai 3 (tiga) bulan;
 - 2) Dugaan Kecurangan (*fraud*) terjadi di lebih dari 5 (lima) lokus berbeda dalam kurun waktu 1 (satu) sampai 3 (tiga) bulan;
 - 3) Potensi nilai kerugian minimal sebesar Rp. 1.000.000.000,- (satu milyar);
 - 4) Tidak adanya tindak lanjut atas peringatan dan/atau sanksi yang dikenakan BPJS Kesehatan dan/atau Kementerian Kesehatan dalam kurun waktu yang ditentukan dan telah diberikan peringatan; dan/atau
 - 5) Dampak kehilangan reputasi atau timbulnya publisitas buruk di media nasional dan tuntutan hukum jika kecurangan dibiarkan.

Tata tertib ekspose:

- 1) Ketua Sub Tim Penanganan Pusat membuka acara dengan menyampaikan tujuan ekspose, daftar pihak yang hadir, mekanisme pengambilan keputusan dan kewajiban menjaga kerahasiaan bagi seluruh Peserta ekspose. Peserta ekspose wajib menandatangani pakta integritas dan kerahasiaan.
- 2) Sub Tim Penanganan Pusat memaparkan laporan hasil deteksi Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Provinsi kepada peserta ekspose.
- 3) Peserta ekspose menentukan tindak lanjut berupa:
 - a) Jika memenuhi kriteria ekspose, dilakukan pengumpulan bahan dan keterangan (pulbaket). Pelaksanaan pulbaket dapat dilakukan melalui audit investigasi. Kegiatan pulbaket dilakukan oleh Sub Tim Penanganan dan dapat dibantu oleh Pakar/Ahli

dan/atau instansi berwenang lainnya yang diputuskan dalam ekspose.

- b) Jika tidak memenuhi kriteria ekspose, maka ditindaklanjuti dengan:
 - (1) Pemeriksaan pelanggaran administratif sebagaimana diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - (2) Perbaikan atau optimalisasi atas sistem pengendalian internal atau sistem pencegahan Kecurangan (*fraud*).
 - (3) Perbaikan kebijakan/regulasi.
- c) Keputusan tentang pihak yang akan menindaklanjuti keputusan ekspose dilakukan dengan mempertimbangkan:
 - (a) Kewenangan dan kapasitas pihak yang akan melakukan penyelesaian Kecurangan (*fraud*).
 - (b) Independensi dan objektivitas pihak yang akan melakukan tindak lanjut atas penyelesaian Kecurangan (*fraud*).
- d) Jika ekspose memutuskan perlu dilakukan pulbaket, maka akan dilaksanakan ekspose lanjutan untuk membahas hasil pulbaket untuk ditindaklanjuti dalam bentuk rekomendasi perbaikan dan/atau pengenaan sanksi.
- e) Ketua atau Wakil Ketua Sub Tim Penanganan menuangkan keputusan hasil ekspose dalam berita acara ekspose yang ditandatangani seluruh Peserta ekspose dan lampiran pakta integritas dan kerahasiaan.
- f) Sub Tim Penanganan mendokumentasikan seluruh kegiatan ekspose.

2. Tindak Lanjut atas Rekomendasi Penyelesaian.

Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Pusat menindaklanjuti rekomendasi dengan tata cara sebagai berikut:

- a. Dalam waktu selambatnya 5 (lima) hari kerja setelah keputusan ekspose, Ketua Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Pusat mengirimkan surat kepada Pimpinan

instansi yang ditunjuk untuk menindaklanjuti rekomendasi. Surat juga melampirkan resume informasi dan tindak lanjut rekomendasi.

- b. Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Pusat meminta tanggapan dari pimpinan instansi atas rekomendasi perbaikan dan/atau pengenaan sanksi dalam waktu paling lambat 30 (tigapuluh) hari kalender dalam bentuk tertulis.

3. Monitoring Evaluasi dan Pelaporan

a. Monitoring dan Evaluasi

Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Pusat melakukan monitoring dan evaluasi atas rekomendasi penyelesaian Kecurangan (*fraud*) Jaminan Kesehatan berupa:

- 1) melakukan pertemuan untuk melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan kecurangan di daerah minimal 1 (satu) kali dalam setahun.
- 2) secara insidental dapat meminta laporan perkembangan atas penyelesaian Kecurangan (*fraud*) kepada instansi yang ditunjuk untuk melakukan penyelesaian.

b. Pelaporan

Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Pusat menyusun laporan kegiatan penyelesaian Kecurangan (*fraud*) yang sekurang-kurangnya memuat:

- 1) Rekapitulasi laporan hasil deteksi yang ditindaklanjuti ke proses penyelesaian.
- 2) Kemajuan masing-masing proses penyelesaian Kecurangan (*fraud*) yang telah ditetapkan.
- 3) Rekapitulasi penyelamatan dana Jaminan Kesehatan akibat kecurangan (dari pengembalian dan denda yang dikenakan).
- 4) Kendala proses penyelesaian dan saran tindak lanjut.

Laporan kegiatan disusun setiap akhir tahun oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Pusat dan disampaikan kepada Menteri.

Tata Cara Penanganan Kecurangan oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi dapat menggunakan tata cara

penanganan Kecurangan (*fraud*) yang digunakan oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Pusat.

BAB V

PENGENAAN SANKSI ADMINISTRATIF

Dalam hal Peserta, BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan, penyedia obat dan alat kesehatan dan pemangku kepentingan lainnya melakukan Kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan, maka Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat instansi yang berwenang dapat memberikan sanksi administratif berupa:

1. teguran lisan;
2. teguran tertulis;
3. perintah pengembalian kerugian akibat tindakan Kecurangan (*fraud*) kepada pihak yang dirugikan;
4. tambahan denda administratif; dan/atau
5. pencabutan izin.

Kategori Kecurangan (*fraud*) dan sanksi administratif sebagai berikut:

Dalam hal Kecurangan (*fraud*) yang dilakukan;

- a. menimbulkan kerugian kurang dari Rp50.000.000,- (lima puluh juta rupiah) setiap jenis Kecurangan (*fraud*), dikategorikan sebagai pelanggaran ringan.
- b. menimbulkan kerugian antara Rp50.000.000,- (lima puluh juta rupiah) sampai dengan Rp500.000.000,- (lima ratus juta rupiah) setiap jenis Kecurangan (*fraud*) atau sudah pernah dikenakan sanksi pelanggaran ringan, dikategorikan sebagai pelanggaran sedang.
- c. menimbulkan kerugian lebih dari Rp500.000.000,- (lima ratus juta rupiah) setiap jenis Kecurangan (*fraud*) atau sudah pernah dikenakan sanksi pelanggaran sedang, dikategorikan sebagai pelanggaran berat.

Tata cara pengenaan sanksi administratif:

- a. Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat instansi yang berwenang dapat melakukan konfirmasi kepada tim pencegahan kabupaten/kota atau tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) dan kepada yang bersangkutan.

- b. menjatuhkan sanksi administratif sesuai dengan rekomendasi tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) atau tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) yang disertai dengan berita acara.
- c. pihak yang dikenakan sanksi administratif dapat menyampaikan keberatan paling lama 7 (tujuh) hari kerja sejak diterimanya sanksi administratif dengan menunjukkan bukti yang menguatkan.
- d. Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat instansi yang berwenang dapat menolak keberatan sebagaimana dimaksud pada angka 3 (tiga) dengan konsekuensi sanksi administratif tetap dijalankan, atau menerima keberatan dengan konsekuensi meneruskan kepada tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) atau tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) untuk dilakukan kajian.
- e. Dalam hal sanksi administratif yang dikenakan berupa perintah pengembalian kerugian akibat tindak Kecurangan (*fraud*) dan/atau pengenaan denda kepada pihak yang dirugikan, pengembalian dan/atau pembayaran denda dilakukan selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan sejak putusan sanksi administratif diterima.
- f. Dalam hal terdapat keberatan atau ketidakmampuan untuk melaksanakan sanksi berupa perintah pengembalian kerugian sebagaimana dimaksud pada huruf e, pelaku Kecurangan (*fraud*) harus dapat membuktikan dan memberikan alasan keberatan.
- g. Dalam hal sanksi administratif yang dikenakan berupa denda:
 - a. sebesar 25% dari jumlah pengembalian kerugian perjenis Kecurangan (*fraud*) untuk kategori pelanggaran sedang;
 - b. sebesar 50% dari jumlah pengembalian kerugian perjenis Kecurangan (*fraud*) untuk kategori pelanggaran berat,
- h. Jumlah denda yang dikenakan untuk seluruh jenis Kecurangan (*fraud*) yang dilakukan paling banyak Rp 250.000.000,00 (dua ratus lima puluh juta rupiah).
- i. Dalam hal pihak yang dikenakan sanksi administratif tidak melaksanakan sanksi maka Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat instansi yang berwenang dapat meneruskan ke Aparat Penegak Hukum.

Untuk tenaga kesehatan, penyelenggara pelayanan kesehatan, dan penyedia obat dan alat kesehatan yang terkena sanksi administratif berupa

teguran tertulis ketiga maka Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat instansi yang berwenang yang mengeluarkan izin mengenakan sanksi pencabutan izin. Tata cara pengenaan sanksi pencabutan izin dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pembinaan dan pengawasan pelaksanaan pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dilakukan oleh Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan kewenangan masing-masing. Pembinaan dan pengawasan dapat dilaksanakan di BPJS Kesehatan, rumah sakit, di klinik utama atau yang setara dan FKTP, di penyedia obat dan penyedia alat kesehatan, dan di pemangku kepentingan lainnya.

Pembinaan dan pengawasan dilaksanakan melalui:

- a. Advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
- b. Pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
- c. Monitoring dan evaluasi.

Pembinaan dan pengawasan dilakukan di BPJS Kesehatan, dapat melibatkan Dewan Pengawas BPJS Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dan Satuan Pengawasan Intern (SPI) BPJS Kesehatan.

Pembinaan dan pengawasan dilakukan di rumah sakit, dapat melibatkan Badan Pengawas Rumah Sakit, Dewan Pengawas Rumah Sakit, perhimpunan/asosiasi perumahsakit, dan organisasi profesi.

Pembinaan dan pengawasan dilakukan di klinik utama atau yang setara dan FKTP, dapat melibatkan asosiasi fasilitas kesehatan primer dan organisasi profesi.

Pembinaan dan pengawasan dilakukan di penyedia obat dan penyedia alat kesehatan, dapat melibatkan tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) Jaminan Kesehatan yang dibentuk bersama oleh Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan dan KPK, organisasi profesi dan asosiasi pengusaha alat kesehatan.

Pembinaan dan pengawasan dilakukan di pemangku kepentingan lainnya, dapat melibatkan tim pencegahan kecurangan Jaminan Kesehatan yang

dibentuk bersama oleh Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, KPK dan kementerian/lembaga lainnya.

BAB VII PENUTUP

Pedoman Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan merupakan suatu panduan bagi kementerian/lembaga/badan/pemerintah daerah, dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota, BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan, dan penyedia obat/alat kesehatan terkait pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dalam upaya membangun dan menerapkan sistem pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan.

Dengan dipahaminya tindakan-tindakan Kecurangan (*fraud*) dalam Jaminan Kesehatan, diharapkan agar segenap pihak yang terlibat dalam satu rangkaian proses Jaminan Kesehatan dapat menghindari tindakan Kecurangan (*fraud*) dan kerugian Dana Jaminan Sosial Nasional akibat Kecurangan (*fraud*) bisa dicegah sehingga dapat menjaga keberlangsungan program Jaminan Kesehatan.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK