

PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN
NOMOR 7 TAHUN 2016
TENTANG
SISTEM PENCEGAHAN KECURANGAN (*FRAUD*) DALAM PELAKSANAAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

Menimbang : bahwa dalam rangka melaksanakan ketentuan Pasal 46A Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, perlu ditetapkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan tentang Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 31 Tahun 1999 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3874) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2001 tentang Perubahan

- atas Undang-Undang Nomor 31 Tahun 1999 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 134, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
2. 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);
 3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
 4. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 62);
 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1790);
 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan

- Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 15);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 874);
 8. 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);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN TENTANG SISTEM PENCEGAHAN KECURANGAN (*FRAUD*) DALAM PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan ini yang dimaksud dengan:

1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
2. Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, Petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan serta penyedia obat, dan alat kesehatan untuk mendapatkan keuntungan finansial dari Program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan.

3. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan perorangan yang bersifat nonspesialistik untuk keperluan observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya yang meliputi rawat jalan tingkat pertama dan rawat inap tingkat pertama.
4. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKRTL adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan perorangan yang bersifat spesialisik atau subspeialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
5. Klaim Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
6. Tim Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan yang selanjutnya disingkat Tim PK-JKN BPJS Kesehatan adalah Tim yang dibentuk BPJS Kesehatan dalam rangka pencegahan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional.
7. Gratifikasi adalah pemberian dalam arti luas, yakni meliputi pemberian uang, barang, rabat (*discount*), komisi, pinjaman tanpa bunga, tiket perjalanan, fasilitas penginapan, perjalanan wisata, pengobatan cuma-cuma, dan fasilitas lainnya.

BAB II

SISTEM PENGENDALIAN PELAYANAN KESEHATAN

Bagian Kesatu

Prinsip Pengendalian Pelayanan Kesehatan

Pasal 2

Prinsip pengendalian pelayanan kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional meliputi:

- a. melibatkan seluruh pemangku kepentingan yaitu BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
- b. fokus pada *red flags* tindakan *fraud* yang dilakukan oleh Peserta, Petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan maupun penyedia obat dan alat kesehatan;
- c. dilaksanakan dalam siklus dengan tahapan tindakan preventif, pendeteksian dan penanganan atas kejadian tindakan *fraud* dengan menitikberatkan pada upaya pencegahan;
- d. dilaksanakan pada fase sebelum (*prospective*), pada saat (*concurrent*) dan sesudah (*retrospective*) pelayanan kesehatan yang diberikan dengan memperhatikan prinsip pengendalian mutu dan biaya yang seimbang yaitu pengendalian biaya yang tidak mengorbankan mutu pelayanan;
- e. dilaksanakan pada setiap jenjang pelayanan kesehatan, baik pada pelayanan kesehatan tingkat pertama maupun pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan; dan
- f. dilaksanakan secara berkelanjutan, berkesinambungan dan profesional.

Bagian Kedua

Tim PK-JKN BPJS Kesehatan

Pasal 3

- (1) Dalam rangka pencegahan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS Kesehatan membentuk Departemen Manajemen *Anti Fraud* Pelayanan Kesehatan dalam struktur organisasinya.
- (2) Selain membentuk Departemen Manajemen *Anti Fraud* Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) BPJS Kesehatan membentuk Tim PK-JKN BPJS Kesehatan pada tingkat Kantor Cabang, Kantor Divisi Regional dan Kantor Pusat BPJS Kesehatan.
- (3) Keanggotaan Tim PK-JKN BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berasal dari unit kerja yang

melaksanakan fungsi pencegahan kecurangan di masing-masing Kantor Cabang, Kantor Divisi Regional dan Kantor Pusat.

- (4) Tim PK-JKN BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) melakukan koordinasi dengan mekanisme:
 - a. Tim PK-JKN BPJS Kesehatan Kantor Pusat melakukan koordinasi dengan Tim Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dibentuk Menteri Kesehatan, Organisasi Pengawasan Internal dan Eksternal BPJS Kesehatan;
 - b. Tim PK-JKN BPJS Kesehatan Kantor Pusat melakukan koordinasi dengan Tim PK-JKN BPJS Kesehatan Divisi Regional;
 - c. Tim PK-JKN BPJS Kesehatan Divisi Regional melakukan koordinasi dengan Tim PK-JKN BPJS Kesehatan Kantor Cabang; dan
 - d. Tim PK-JKN BPJS Kesehatan Kantor Cabang melakukan koordinasi dengan Tim Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional di FKTP dan FKRTL.

Bagian Ketiga

Tindakan Kecurangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional

Pasal 4

Tindakan kecurangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional dapat dilakukan oleh Peserta, Petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, dan penyedia obat dan alat kesehatan.

Pasal 5

- (1) Tindakan kecurangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh Peserta meliputi:
 - a. membuat pernyataan yang tidak benar dalam hal eligibilitas (memalsukan status kepesertaan) untuk memperoleh pelayanan kesehatan;

- b. memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu (*unnecesary services*) dengan cara memalsukan kondisi kesehatan;
 - c. memberikan gratifikasi kepada pemberi pelayanan agar bersedia memberi pelayanan yang tidak sesuai/tidak ditanggung;
 - d. memanipulasi penghasilan agar tidak perlu membayar iuran yang terlalu besar;
 - e. melakukan kerjasama dengan pemberi pelayanan untuk mengajukan klaim palsu;
 - f. memperoleh obat dan/atau alat kesehatan yang diresepkan untuk dijual kembali; dan/atau
 - g. melakukan tindakan kecurangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional lainnya selain huruf a sampai dengan huruf f.
- (2) Tindakan kecurangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh Petugas BPJS Kesehatan meliputi:
- a. melakukan kerjasama dengan Peserta dan/atau Fasilitas Kesehatan untuk mengajukan klaim yang palsu;
 - b. memanipulasi manfaat yang seharusnya tidak dijamin agar dapat dijamin;
 - c. menahan pembayaran ke Fasilitas Kesehatan/rekanan dengan tujuan memperoleh keuntungan pribadi;
 - d. membayarkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan; dan/atau
 - e. melakukan tindakan kecurangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional lainnya selain huruf a sampai dengan huruf d.
- (3) Tindakan kecurangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional yang dapat dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKTP meliputi:
- a. memanfaatkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

- b. memanipulasi klaim pada pelayanan yang dibayar secara non kapitasi;
 - c. menerima komisi atas rujukan ke FKRTL;
 - d. menarik biaya dari peserta yang seharusnya telah dijamin dalam biaya kapitasi dan/atau non kapitasi sesuai standar tarif yang ditetapkan;
 - e. melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu; dan/atau
 - f. tindakan kecurangan lainnya selain huruf a sampai dengan huruf e.
- (4) Tindakan kecurangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional yang dapat dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKRTL meliputi:
- a. penulisan kode diagnosis yang berlebihan/*upcoding*;
 - b. penjiplakan klaim dari pasien lain/*cloning*;
 - c. klaim palsu/*phantom billing*;
 - d. penggelembungan tagihan obat dan alkes/*inflated bills*;
 - e. pemecahan episode pelayanan/*services unbundling or fragmentation*;
 - f. rujukan semu/*selfs-referals*;
 - g. tagihan berulang/*repeat billing*;
 - h. memperpanjang lama perawatan/*prolonged length of stay*;
 - i. memanipulasi kelas perawatan/*type of room charge*;
 - j. membatalkan tindakan yang wajib dilakukan/*cancelled services*;
 - k. melakukan tindakan yang tidak perlu/*no medical value*;
 - l. penyimpangan terhadap standar pelayanan/*standard of care*;
 - m. melakukan tindakan pengobatan yang tidak perlu/*unnecessary treatment*;
 - n. menambah panjang waktu penggunaan ventilator;
 - o. tidak melakukan visitasi yang seharusnya/*phantom visit*;

- p. tidak melakukan prosedur yang seharusnya/*phantom procedures*;
 - q. admisi yang berulang/*readmisi*;
 - r. melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu;
 - s. meminta *cost sharing* tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - t. tindakan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional lainnya selain huruf a sampai dengan huruf s.
- (5) Tindakan kecurangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional yang dapat dilakukan oleh penyedia obat dan alat kesehatan meliputi:
- a. tidak memenuhi kebutuhan obat dan/atau alat kesehatan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan;
 - b. melakukan kerjasama dengan pihak lain mengubah obat dan/atau alat kesehatan yang tercantum dalam *e-catalog* dengan harga tidak sesuai dengan *e-catalog*; dan/atau
 - c. melakukan tindakan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional lainnya selain huruf a dan huruf b.

Bagian Keempat

Siklus Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional

Pasal 6

- (1) Siklus pencegahan kecurangan pelayanan kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan terdiri atas:
 - a. tindakan preventif;
 - b. pendeteksian; dan
 - c. penanganan.
- (2) Tindakan preventif merupakan upaya-upaya yang dilakukan BPJS Kesehatan untuk mengantisipasi

- terjadinya tindakan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional.
- (3) Pendeteksian merupakan upaya-upaya yang dilakukan BPJS Kesehatan untuk menemukan potensi kerugian akibat tindakan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional.
 - (4) Penanganan merupakan upaya-upaya yang dilakukan BPJS Kesehatan untuk menyelesaikan tindakan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang telah melalui tahapan pendeteksian.
 - (5) Penanganan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditujukan untuk memulihkan kerugian akibat kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional serta memberikan umpan balik kepada Peserta, BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan dan penyedia obat dan alat kesehatan.

Bagian Kelima

Inisiasi Tindakan Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional

Pasal 7

BPJS Kesehatan melakukan inisiasi tindakan pencegahan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional berdasarkan:

- a. hasil analisa terhadap data pelayanan kesehatan;
- b. laporan Hasil Audit; dan
- c. *whistle blower*.

Pasal 8

- (1) Hasil analisa data pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 huruf a merupakan hasil analisa Kantor Divisi Regional terhadap data yang dilaporkan setiap bulan oleh Kantor Cabang kepada Kantor Divisi Regional.
- (2) Hasil analisa terhadap data pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan setiap bulan oleh Kantor Divisi Regional kepada Kantor Pusat.

Pasal 9

Laporan hasil audit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 huruf b terdiri atas:

- a. audit internal yang dilakukan oleh Satuan Pengawasan Internal BPJS Kesehatan; dan/atau
- b. audit eksternal yang dilakukan oleh lembaga pengawas independen, kantor akuntan publik dan/atau lembaga pemeriksa lain.

Pasal 10

- (1) *Whistle blower* sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 huruf c merupakan pihak yang mengetahui dan melaporkan tindakan yang terindikasi kecurangan.
- (2) Informasi dari *whistle blower* yang dapat dijadikan inisiasi tindakan pencegahan kecurangan harus disampaikan secara tertulis dengan melampirkan:
 - a. deskripsi mengenai dugaan tindakan kecurangan pada Jaminan Kesehatan Nasional yang paling sedikit memuat:
 1. waktu kejadian;
 2. tempat kejadian;
 3. oknum pelaku; dan
 4. kronologi kejadian.
 - b. bukti-bukti permulaan dapat berupa rekaman data/suara/gambar/video maupun salinan dokumen.
- (3) Penyampaian informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dilakukan secara bertanggung jawab sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) *Whistle blower* dapat menyampaikan nama dan alamat pelapor baik perorangan, organisasi masyarakat maupun lembaga swadaya masyarakat.
- (5) BPJS Kesehatan menjamin kerahasiaan identitas diri *whistle blower*.

Pasal 11

Penyampaian informasi sebagaimana dimaksud pada Pasal 10 ayat (3) oleh *Whistle blower* dilakukan dengan:

- a. *whistle blower* datang ke kantor BPJS Kesehatan terdekat untuk menyampaikan informasi secara tertulis; atau
- b. *whistle blower* menyampaikan informasi melalui surat kepada Kantor Cabang BPJS Kesehatan terdekat.

BAB III

PENGELOLAAN PENCEGAHAN KECURANGAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL YANG DILAKUKAN OLEH PESERTA

Pasal 12

BPJS Kesehatan melakukan tindakan preventif atas kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh Peserta dengan cara:

- a. membuat komitmen dengan Fasilitas Kesehatan untuk tidak menerima gratifikasi dari Peserta yang dituangkan dalam perjanjian kerjasama;
- b. melakukan edukasi secara langsung maupun tidak langsung, kepada Peserta, Fasilitas Kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya; dan/atau
- c. mewajibkan Fasilitas Kesehatan melakukan pengecekan kartu identitas Peserta Jaminan Kesehatan Nasional dengan bukti identitas lain sebelum Peserta memperoleh pelayanan kesehatan.

Pasal 13

BPJS Kesehatan melakukan pendeteksian atas kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh Peserta dengan cara:

- a. melakukan pengecekan keaslian kartu identitas Peserta dan keaktifan status kepesertaan;
- b. melakukan pemeriksaan terhadap keaslian dan masa berlaku surat rujukan;

- c. memastikan Rumah Sakit memiliki dan menaati *Standard Operational Procedure* (SOP), Standar Pelayanan Medis (SPM) dan Standar Profesi yang dapat mencegah terjadinya kecurangan;
- d. menyediakan aplikasi yang memiliki kemampuan untuk mendeteksi Peserta yang memperoleh manfaat yang berlebih;
- e. melakukan pemeriksaan kepatuhan terhadap Peserta dan Pemberi Kerja sesuai peraturan perundang-undangan;
- f. meminta Fasilitas Kesehatan memberikan catatan terhadap rujukan yang diberikan atas permintaan sendiri oleh Peserta; dan/atau
- g. meminta Fasilitas Kesehatan untuk memberikan informasi kepada BPJS Kesehatan dalam hal terdapat Peserta yang terindikasi memalsukan status kepesertaan.

Pasal 14

BPJS Kesehatan melakukan penanganan atas kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh Peserta dengan cara:

- a. menghentikan penjaminan pelayanan kesehatan bagi Peserta dalam hal Peserta memalsukan status kepesertaan;
- b. melaporkan kepada Dinas Kesehatan, Asosiasi Fasilitas Kesehatan, dan/atau Komite Rumah Sakit terhadap pemberi pelayanan kesehatan yang menerima gratifikasi;
- c. memberikan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dalam hal Pemberi Kerja dan/atau Peserta memanipulasi penghasilan; dan/atau
- d. melaporkan Peserta kepada aparat penegak hukum dalam hal diperoleh bukti yang cukup bahwa Peserta melakukan pemalsuan klaim.

BAB IV
PENGELOLAAN PENCEGAHAN KECURANGAN JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL YANG DILAKUKAN OLEH PETUGAS
BPJS KESEHATAN

Pasal 15

BPJS Kesehatan melakukan tindakan preventif atas kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh Petugas BPJS Kesehatan dengan cara:

- a. membangun dan mengembangkan budaya organisasi yang dituangkan dalam tata nilai organisasi;
- b. menetapkan tugas, fungsi, tanggung jawab dan kewenangan dalam melaksanakan tugas sebagai Petugas BPJS Kesehatan;
- c. memastikan tersedianya proses bisnis yang terstandar;
- d. meningkatkan pengetahuan dan kompetensi terkait dengan kebijakan, regulasi dan budaya organisasi terbaru;
- e. meningkatkan koordinasi antar sesama Petugas BPJS Kesehatan dalam melaksanakan tugas, fungsi, dan tanggung jawab sebagai Petugas BPJS Kesehatan;
- f. memastikan Petugas BPJS Kesehatan melakukan tugas, fungsi dan wewenang sesuai dengan peraturan dan standar yang berlaku; dan/atau
- g. melakukan monitoring dan evaluasi secara rutin terhadap hasil kerja Petugas BPJS Kesehatan.

Pasal 16

BPJS Kesehatan melakukan pendeteksian atas kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh Petugas BPJS Kesehatan dengan cara:

- a. audit berkala oleh Satuan Pengawasan Internal BPJS Kesehatan; dan
- b. evaluasi oleh Tim PK-JKN BPJS Kesehatan atau unit kerja yang membawahi fungsi Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer dan fungsi Manajemen Pelayanan Kesehatan Rujukan.

Pasal 17

- (1) BPJS Kesehatan melakukan penanganan atas kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh Petugas BPJS Kesehatan di Kantor Cabang dengan cara:
- a. dalam hal Petugas BPJS Kesehatan di Kantor Cabang terindikasi melakukan tindakan kecurangan maka Kepala Unit Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer atau Manajemen Pelayanan Kesehatan Rujukan di Kantor Cabang membuat telaah dan melaporkan secara tertulis kepada Kepala Kantor Cabang dan/atau Tim PK-JKN BPJS Kesehatan di Kantor Cabang;
 - b. berdasarkan hasil telaah sebagaimana dimaksud dalam huruf a, Kepala Kantor Cabang BPJS Kesehatan melaporkan kepada Kepala Divisi Regional BPJS Kesehatan dan selanjutnya Kepala Divisi Regional BPJS Kesehatan menugaskan Tim PK-JKN BPJS Kesehatan di Divisi Regional untuk melakukan pemeriksaan;
 - c. berdasarkan hasil pemeriksaan sebagaimana dimaksud dalam huruf b, Kepala Divisi Regional BPJS Kesehatan mengirimkan laporan kepada Tim PK-JKN BPJS Kesehatan di Kantor Pusat; dan
 - d. Tim PK-JKN BPJS Kesehatan di Kantor Pusat sebagaimana dimaksud dalam huruf b melakukan analisa laporan Kepala Divisi Regional BPJS Kesehatan untuk disampaikan kepada Direktur Teknis dengan ditembuskan kepada Kepala Satuan Pengawasan Internal BPJS Kesehatan dan Kepala Grup Manajemen Sumber Daya Manusia.
- (2) BPJS Kesehatan melakukan penanganan atas kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh Petugas BPJS Kesehatan di Kantor Divisi Regional dengan cara:
- a. dalam hal Petugas BPJS Kesehatan di Kantor Divisi Regional terindikasi melakukan tindakan

- kecurangan maka Kepala Departemen Manajemen Pelayanan Kesehatan di Kantor Divisi Regional membuat telaah dan melaporkan secara tertulis kepada Kepala Kantor Divisi Regional dan/atau Tim PK-JKN BPJS Kesehatan di Kantor Divisi Regional;
- b. berdasarkan hasil telaah sebagaimana dimaksud dalam huruf a, Kepala Divisi Regional BPJS Kesehatan menugaskan Tim PK-JKN BPJS Kesehatan di Divisi Regional untuk melakukan pemeriksaan;
 - c. berdasarkan hasil pemeriksaan sebagaimana dimaksud dalam huruf b, Kepala Divisi Regional BPJS Kesehatan mengirimkan laporan kepada Tim PK-JKN BPJS Kesehatan di Kantor Pusat; dan
 - d. Tim PK-JKN BPJS Kesehatan di Kantor Pusat sebagaimana dimaksud dalam huruf b melakukan analisa laporan Kepala Divisi Regional BPJS Kesehatan untuk disampaikan kepada Direktur Teknis dengan ditembuskan kepada Kepala Satuan Pengawasan Internal BPJS Kesehatan dan Kepala Grup Manajemen Sumber Daya Manusia.
- (3) BPJS Kesehatan melakukan penanganan atas kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh Petugas BPJS Kesehatan di Kantor Pusat dengan cara:
- a. dalam hal Petugas BPJS Kesehatan di Kantor Pusat terindikasi melakukan tindakan kecurangan maka Kepala Grup Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer atau Kepala Grup Manajemen Pelayanan Kesehatan Rujukan di Kantor Pusat membuat telaah dan melaporkan secara tertulis kepada Direktur Teknis dan/atau Tim PK-JKN BPJS Kesehatan di Kantor Pusat;
 - b. berdasarkan hasil telaah sebagaimana dimaksud dalam huruf a, Direktur Teknis menugaskan Tim PK-JKN BPJS Kesehatan di Kantor Pusat untuk melakukan pemeriksaan; dan

- c. berdasarkan hasil pemeriksaan sebagaimana dimaksud dalam huruf b, Tim PK-JKN BPJS Kesehatan di Kantor Pusat melakukan analisa untuk disampaikan kepada Direktur Teknis dengan ditembuskan kepada Kepala Satuan Pengawasan Internal BPJS Kesehatan dan Kepala Grup Manajemen Sumber Daya Manusia.
- (4) Dalam hal terbukti adanya tindakan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh Petugas BPJS Kesehatan, Petugas BPJS Kesehatan dikenakan sanksi sesuai dengan Peraturan Kepegawaian BPJS Kesehatan.

BAB V

PENGELOLAAN PENCEGAHAN KECURANGAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL YANG DILAKUKAN OLEH PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 18

BPJS Kesehatan melakukan tindakan preventif atas kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKTP dengan cara:

- a. mencantumkan klausul upaya pencegahan tindakan kecurangan dalam perjanjian kerjasama dan pakta integritas;
- b. melakukan sosialisasi upaya pencegahan kecurangan;
- c. memasang media informasi baik cetak maupun elektronik; dan/atau
- d. meningkatkan tata kelola yang baik antara BPJS Kesehatan, FKTP dan Dinas Kesehatan.

Pasal 19

BPJS Kesehatan melakukan tindakan preventif atas kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKRTL dengan cara:

- a. mencantumkan klausul upaya pencegahan tindakan kecurangan dalam perjanjian kerjasama dan pakta integritas;
- b. melakukan sosialisasi kebijakan dan regulasi yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya;
- c. memasang media informasi baik cetak maupun elektronik;
- d. meningkatkan tata kelola yang baik antara BPJS Kesehatan, FKRTL, Dinas Kesehatan, Asosiasi Fasilitas Kesehatan, dan Organisasi Profesi;
- e. melakukan monitoring dan evaluasi; dan/atau
- f. melakukan koordinasi dengan Pimpinan FKRTL dan Dinas Kesehatan terkait adanya indikasi kecurangan yang terjadi di FKRTL.

Pasal 20

BPJS Kesehatan melakukan pendeteksian atas kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL dengan cara:

- a. melakukan deteksi dini kecurangan JKN berdasarkan data klaim pelayanan kesehatan;
- b. melakukan penelusuran atas laporan dari *whistle blower*; dan/atau
- c. menyampaikan hasil analisa data sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 dan hasil audit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 yang terindikasi tindakan kecurangan kepada Pimpinan FKTP atau Pimpinan FKRTL.

Pasal 21

BPJS Kesehatan melakukan penanganan atas kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL dengan cara:

- a. dalam hal berdasarkan hasil pendeteksian tindakan kecurangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ditemukan adanya indikasi kecurangan yang dilakukan

- oleh Fasilitas Kesehatan, Tim PK-JKN di Kantor Cabang melakukan penelusuran;
- b. hasil penelusuran Tim PK-JKN di Kantor Cabang sebagaimana dimaksud dalam huruf a, dikoordinasikan dengan Tim Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional di FKTP dan/atau Tim Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional di FKRTL untuk dilakukan investigasi bersama guna memastikan adanya tindakan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional;
 - c. investigasi bersama sebagaimana dimaksud dalam huruf b dapat melibatkan Tim Kendali Mutu Kendali Biaya di Tingkat Cabang dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota/Provinsi;
 - d. hasil investigasi bersama sebagaimana dimaksud dalam huruf b dilaporkan kepada Kepala Dinas Kesehatan dengan ditembuskan kepada pimpinan FKTP dan/atau FKRTL serta Kepala Cabang/Kepala Divisi Regional BPJS Kesehatan;
 - e. laporan hasil investigasi sebagaimana dimaksud pada huruf b paling sedikit memuat:
 1. ada atau tidaknya kecurangan;
 2. rekomendasi pencegahan agar kejadian serupa tidak terulang; dan
 3. rekomendasi sanksi bagi pelaku;
 - f. dalam hal terjadi perselisihan pendapat terhadap penetapan ada atau tidaknya kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional sebagaimana dimaksud dalam huruf e angka 1, laporan hasil investigasi disampaikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota/Provinsi kepada Menteri Kesehatan; dan
 - g. dalam hal berdasarkan laporan hasil investigasi bersama sebagaimana dimaksud dalam huruf e terbukti terjadi tindakan kecurangan:
 1. BPJS Kesehatan tidak membayarkan klaim atas pelayanan kesehatan yang merupakan hasil tindakan kecurangan; atau

2. kelebihan pembayaran atas klaim yang telah dibayarkan oleh BPJS Kesehatan diperhitungkan pada tagihan bulan berikutnya, dikembalikan langsung, atau diselesaikan secara hukum.

BAB VI

SANKSI

Pasal 22

- (1) Dalam hal peserta membuat pernyataan yang tidak benar terkait eligibilitas (memalsukan status kepesertaan) untuk memperoleh pelayanan kesehatan dan memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu (*unnecesary services*) dengan cara memalsukan kondisi kesehatan maka BPJS Kesehatan tidak memberikan jaminan dan biaya pelayanan kesehatan menjadi tanggung jawab peserta.
- (2) Dalam hal peserta terbukti melakukan tindakan kecurangan yang menimbulkan kerugian keuangan bagi dana Jaminan Kesehatan Nasional maka peserta wajib melakukan penggantian atas biaya pelayanan yang telah dibayarkan oleh BPJS Kesehatan.
- (3) Dalam hal terdapat bukti permulaan yang cukup atas tindakan kecurangan yang dilakukan oleh Peserta BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan dapat melaporkan kepada aparat penegak hukum.

Pasal 23

Tindakan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh Petugas BPJS Kesehatan termasuk dalam pelanggaran kode etik dan pelanggaran disiplin pegawai serta dijatuhkan sanksi sesuai dengan peraturan Kepegawaian BPJS Kesehatan.

Pasal 24

- (1) Dalam hal terbukti adanya tindakan kecurangan berdasarkan laporan hasil investigasi sebagaimana

4

dimaksud dalam Pasal 21 huruf e maka BPJS Kesehatan dapat menghentikan perjanjian kerja sama dengan FKTP dan FKRTL milik swasta.

- (2) FKTP dan FKRTL yang dihentikan kerjasamanya dapat bekerja sama kembali setelah jangka waktu paling cepat 1 (satu) tahun dan paling lama 2 (dua) tahun sejak dihentikan kerjasamanya dan setelah dilakukan kredensialing.
- (3) Ketentuan jangka waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dikecualikan dengan memperhatikan kecukupan Fasilitas Kesehatan di daerah tersebut.
- (4) Penghentian perjanjian kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota/Provinsi.

Pasal 25

Direksi BPJS Kesehatan berwenang untuk memutuskan suatu tindakan kecurangan yang dilaporkan ke aparat penegak hukum.

Pasal 26

Ketentuan lebih lanjut mengenai teknis pelaksanaan setiap aktivitas dari tahapan siklus pencegahan kecurangan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan diatur dalam Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 27

Peraturan BPJS Kesehatan ini mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2017.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 7 Desember 2016

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA
JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

ttd.

FACHMI IDRIS

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 13 Desember 2016

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

ttd.

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2016 NOMOR 1892

Salinan sesuai dengan aslinya.
Kepala Grup Hukum, Regulasi dan Kepatuhan,


Feryanita
NPP. 01884