



BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA

No.1892, 2016

BPJS Kesehatan. Sistem Pencegahan Kecurangan
(*Fraud*)

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 spesialisasi atau subspecialistik 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.