



BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA

No.739, 2015

KEMENKES. Program Jaminan Kesehatan.
SJSN. Kecurangan (*Fraud*). Pencegahan.

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 36 TAHUN 2015
TENTANG

PENCEGAHAN KECURANGAN (*FRAUD*) DALAM PELAKSANAAN PROGRAM
JAMINAN KESEHATAN PADA SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :
- a. bahwa pada penyelenggaraan program jaminan kesehatan dalam sistem jaminan sosial nasional ditemukan berbagai permasalahan termasuk potensi Kecurangan (*Fraud*) yang dapat menimbulkan kerugian bagi dana jaminan sosial nasional;
 - b. bahwa kerugian dana jaminan sosial kesehatan akibat Kecurangan (*Fraud*) perlu dicegah dengan kebijakan nasional pencegahan Kecurangan (*Fraud*) agar dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional dalam sistem jaminan sosial nasional dapat berjalan dengan efektif dan efisien;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional;

- 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 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 134, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4150);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
6. 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);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
8. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
9. 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);
10. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587);
 11. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
 12. Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 111);
 13. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255);
 14. Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 81);
 15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
 16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400);
 17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 232);
 18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
 19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2014 tentang Pengendalian Gratifikasi Di Lingkungan

Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 416);

20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 589);
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 795);
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 874);
23. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1287);
24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1676);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PENCEGAHAN KECURANGAN (FRAUD) DALAM PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN PADA SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini, yang dimaksud dengan:

1. Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional yang selanjutnya disebut Kecurangan JKN 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.

2. Klaim Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.
3. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
4. 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.
5. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKRTL adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan perorangan yang bersifat spesialisik atau subspecialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
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.
7. Pemerintah Pusat yang selanjutnya disebut Pemerintah adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia yang dibantu oleh Wakil Presiden dan menteri sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
8. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
9. Menteri adalah Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

BAB II

TINDAKAN KECURANGAN JKN

Pasal 2

Kecurangan JKN dapat dilakukan oleh:

- a. peserta;
- b. petugas BPJS Kesehatan;
- c. pemberi pelayanan kesehatan; dan/atau
- d. penyedia obat dan alat kesehatan.

Pasal 3

Tindakan Kecurangan JKN yang dilakukan oleh peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a, 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 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 JKN lainnya selain huruf a sampai dengan huruf f.

Pasal 4

Tindakan Kecurangan JKN yang dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf b, 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 JKN lainnya selain huruf a sampai dengan huruf d.

Pasal 5

(1) Tindakan Kecurangan JKN yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf c dilakukan di:

- a. FKTP; dan
- b. FKRTL.

- (2) Tindakan Kecurangan JKN yang dilakukan pemberi pelayanan kesehatan di FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, meliputi:
- a. memanfaatkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. memanipulasi Klaim pada pelayanan yang dibayar secara nonkapitasi;
 - c. menerima komisi atas rujukan ke FKRTL;
 - d. menarik biaya dari peserta yang seharusnya telah dijamin dalam biaya kapitasi dan/atau nonkapitasi sesuai dengan standar tarif yang ditetapkan;
 - e. melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu; dan/atau
 - f. tindakan Kecurangan JKN lainnya selain huruf a sampai dengan huruf e.
- (3) Tindakan Kecurangan JKN yang dilakukan pemberi pelayanan kesehatan di FKRTL sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, 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-referrals*;
 - 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 JKN lainnya selain huruf a sampai dengan huruf s.
- (4) Penulisan kode diagnosis yang berlebihan/*upcoding* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a merupakan perubahan kode diagnosis dan/atau prosedur menjadi kode yang memiliki tarif yang lebih tinggi dari yang seharusnya.
 - (5) Penjiplakan Klaim dari pasien lain/*cloning* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b merupakan Klaim yang dibuat dengan cara menyalin dari Klaim pasien lain yang sudah ada.
 - (6) Klaim palsu/*phantom billing* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c merupakan Klaim atas layanan yang tidak pernah diberikan.
 - (7) Penggelembungan tagihan obat dan alkes/*inflated bills* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf d merupakan Klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya.
 - (8) Pemecahan episode pelayanan/*services unbundling or fragmentation* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf e merupakan Klaim atas dua atau lebih diagnosis dan/atau prosedur yang seharusnya menjadi satu paket pelayanan dalam Episode yang sama atau 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.
 - (9) Rujukan semu/*selfs-referrals* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf f merupakan Klaim atas biaya pelayanan akibat rujukan ke dokter yang sama di fasilitas kesehatan lain kecuali dengan alasan fasilitas.
 - (10) Tagihan berulang/*repeat billing* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf g merupakan Klaim yang diulang pada kasus yang sama.
 - (11) Memperpanjang lama perawatan/*prolonged length of stay* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf h merupakan Klaim atas biaya pelayanan kesehatan yang lebih besar akibat perubahan lama hari perawatan inap.
 - (12) Manipulasi kelas perawatan/*type of room charge* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf i merupakan Klaim atas biaya

pelayanan kesehatan yang lebih besar dari biaya kelas perawatan yang sebenarnya.

- (13) Membatalkan tindakan yang wajib dilakukan/*cancelled services* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf j merupakan Klaim atas diagnosis dan/atau tindakan yang tidak jadi dilaksanakan.
- (14) Melakukan tindakan yang tidak perlu/*no medical value* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf k merupakan Klaim atas tindakan yang tidak berdasarkan kebutuhan atau indikasi medis.
- (15) Penyimpangan terhadap standar pelayanan/*standard of care* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf l merupakan Klaim atas diagnosis dan/atau tindakan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan.
- (16) Melakukan tindakan pengobatan yang tidak perlu/*unnecessary treatment* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf m merupakan Klaim atas tindakan yang tidak diperlukan.
- (17) Menambah panjang waktu penggunaan *ventilator* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf n merupakan Klaim yang lebih besar akibat penambahan lama penggunaan ventilator yang tidak sesuai dengan kebutuhan.
- (18) Tidak melakukan visitasi yang seharusnya/*phantom visit* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf o merupakan Klaim atas kunjungan pasien palsu.
- (19) Tidak melakukan prosedur yang seharusnya/*phantom procedures* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf p merupakan Klaim atas tindakan yang tidak pernah dilakukan.
- (20) Admisi yang berulang/*readmisi* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf q merupakan Klaim atas diagnosis dan/atau tindakan dari satu Episode yang dirawat atau diklaim lebih dari satu kali seolah-olah lebih dari satu Episode.

Pasal 6

Tindakan Kecurangan JKN yang dilakukan penyedia obat dan alat kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf d meliputi:

- a. tidak memenuhi kebutuhan obat dan/atau alat kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan 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
- c. melakukan tindakan Kecurangan JKN lainnya selain huruf a dan huruf b.

BAB III
PENCEGAHAN KECURANGAN JKN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 7

Dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional, BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS, harus membangun sistem pencegahan Kecurangan JKN.

Bagian Kedua

Pencegahan Kecurangan JKN di BPJS Kesehatan

Pasal 8

BPJS Kesehatan harus membangun sistem pencegahan Kecurangan JKN melalui:

- a. penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN di BPJS kesehatan;
- b. pengembangan budaya pencegahan Kecurangan JKN sebagai bagian dari tata kelola organisasi yang baik; dan
- c. pembentukan tim pencegahan Kecurangan JKN di BPJS Kesehatan.

Bagian Ketiga

Pencegahan Kecurangan JKN di FKTP

Pasal 9

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus membangun sistem pencegahan Kecurangan JKN di FKTP melalui:

- a. penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN;
- b. pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya; dan
- c. pengembangan budaya pencegahan Kecurangan JKN sebagai bagian dari tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang baik.

Pasal 10

- (1) Kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 huruf a, harus mampu mengatur dan mendorong seluruh sumber daya manusia di FKTP bekerja sesuai etika, standar profesi, dan standar pelayanan.
- (2) Substansi kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pengaturan yang akan

diterapkan dan prosedur penerapannya termasuk standar perilaku dan disiplin, monitoring dan evaluasi yang memastikan kepatuhan pelaksanaan, serta penerapan sanksi terhadap pelanggarnya.

Pasal 11

- (1) Dalam rangka pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 huruf b, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus membentuk tim pencegahan Kecurangan JKN di FKTP.
- (2) Tim pencegahan Kecurangan JKN di FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas unsur dinas kesehatan, organisasi profesi, BPJS Kesehatan, dan asosiasi fasilitas kesehatan.
- (3) Dinas kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dalam membentuk tim pencegahan Kecurangan JKN di FKTP dapat melibatkan unsur lain yang terkait.
- (4) Tim pencegahan Kecurangan JKN di FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bertugas:
 - a. menyosialisasikan kebijakan, pedoman, dan budaya baru yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya;
 - b. mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik;
 - c. melakukan upaya pencegahan, deteksi dan penindakan Kecurangan JKN di FKTP;
 - d. menyelesaikan perselisihan Kecurangan JKN;
 - e. monitoring dan evaluasi; dan
 - f. pelaporan.

Pasal 12

- (1) FKTP harus melakukan upaya pencegahan Kecurangan JKN terhadap seluruh Klaim yang diajukan kepada BPJS kesehatan.
- (2) Upaya pencegahan Kecurangan JKN di FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan cara:
 - a. peningkatan kemampuan dokter dan petugas lain yang berkaitan dengan Klaim; dan
 - b. peningkatan manajemen dalam upaya deteksi dini Kecurangan JKN.

Bagian Keempat
Pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL
Paragraf 1
Sistem Pencegahan Kecurangan JKN
Pasal 13

- (1) FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan harus membangun sistem pencegahan Kecurangan JKN melalui:
 - a. penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN;
 - b. pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya; dan
 - c. pengembangan budaya pencegahan Kecurangan JKN sebagai bagian dari tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya.
- (2) Sistem pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi sistem pencegahan Kecurangan JKN di:
 - a. rumah sakit; dan
 - b. klinik utama atau yang setara.

Pasal 14

- (1) Kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat huruf a merupakan bagian dari peraturan internal FKRTL, yang secara teknis diuraikan dalam bentuk tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang baik.
- (2) Kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mampu mengatur dan mendorong seluruh sumber daya manusia FKRTL bekerja sesuai etika, standar profesi, dan standar pelayanan.
- (3) Substansi kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas pengaturan yang ingin diterapkan dan prosedur penerapannya termasuk standar perilaku dan disiplin, monitoring dan evaluasi yang memastikan kepatuhan pelaksanaan, serta penerapan sanksi pelanggarnya.

Pasal 15

- (1) Pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat huruf b dilakukan melalui:

- a. penggunaan konsep manajemen yang efektif dan efisien;
 - b. penggunaan teknologi informasi berbasis bukti; dan
 - c. pembentukan tim pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL.
- (2) Teknologi informasi berbasis bukti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b harus mampu memonitor dan mengevaluasi semua kegiatan di FKRTL secara efisien dan terukur.

Pasal 16

- (1) Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan JKN sebagai bagian dari tata kelola organisasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat huruf c berdasarkan prinsip:
 - a. transparansi;
 - b. akuntabilitas;
 - c. responsibilitas;
 - d. independensi; dan
 - e. kewajaran.
- (2) Transparansi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan keterbukaan informasi, baik dalam proses pengambilan keputusan maupun dalam mengungkapkan informasi yang sesuai dengan kebutuhan untuk pencegahan Kecurangan JKN.
- (3) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan kejelasan fungsi struktur sistem dan pertanggungjawaban pelayanan sehingga pengelolaan terlaksana dengan efektif.
- (4) Responsibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan pelayanan terhadap prinsip organisasi yang sehat dalam rangka pencegahan Kecurangan JKN.
- (5) Independensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan suatu keadaan dimana organisasi dikelola secara professional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan prinsip-prinsip organisasi yang sehat dalam rangka pencegahan Kecurangan JKN.
- (6) Kewajaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e merupakan perlakuan yang adil dan setara di dalam memenuhi hak pemangku kepentingan yang timbul berdasarkan perjanjian dalam rangka pencegahan Kecurangan JKN.

Pasal 17

- (1) Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan JKN sebagai bagian dari Tata kelola klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat huruf c dilakukan melalui:
 - a. ketepatan kompetensi dan kewenangan tenaga kesehatan;
 - b. penerapan standar pelayanan, pedoman pelayanan klinis, dan *clinical pathway*;
 - c. audit klinis; dan
 - d. penetapan prosedur Klaim.
- (2) Tata kelola klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 2

Tim Pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL

Pasal 18

- (1) Tim pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL terdiri atas unsur satuan pemeriksaan internal, komite medik, perekam medis, Koder, dan unsur lain yang terkait.
- (2) Tim pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. melakukan deteksi dini Kecurangan JKN berdasarkan data Klaim pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh FKRTL;
 - b. menyosialisasikan kebijakan, regulasi, dan budaya baru yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya;
 - c. mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik;
 - d. meningkatkan kemampuan Koder, serta dokter dan petugas lain yang berkaitan dengan Klaim;
 - e. melakukan upaya pencegahan, deteksi dan penindakan Kecurangan JKN;
 - f. monitoring dan evaluasi; dan
 - g. pelaporan.
- (3) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tim pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL berkoordinasi dengan BPJS Kesehatan baik secara berkala maupun sewaktu-waktu.

Pasal 19

Dalam hal klinik utama atau fasilitas kesehatan yang setara belum memiliki tim pencegahan Kecurangan JKN, pencegahan Kecurangan JKN dapat dilakukan oleh tim pencegahan kecurangan JKN di FKTP yang dibentuk oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Paragraf 3

Kegiatan Pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL

Pasal 20

- (1) FKRTL harus melakukan upaya pencegahan dan deteksi dini Kecurangan JKN terhadap seluruh Klaim yang diajukan kepada BPJS Kesehatan.
- (2) Upaya pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan cara:
 - a. peningkatan kemampuan Koder, dokter, serta petugas lain yang berkaitan dengan Klaim; dan
 - b. peningkatan manajemen dalam upaya deteksi dini Kecurangan JKN.
- (3) Upaya deteksi dini Kecurangan JKN di FKRTL sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui kegiatan:
 - a. analisis data Klaim;
 - b. investigasi; dan
 - c. pelaporan hasil analisis data Klaim dan investigasi Kecurangan JKN.

Pasal 21

- (1) Peningkatan kemampuan Koder dalam upaya pencegahan Kecurangan JKN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (2) huruf a paling sedikit berupa:
 - a. identifikasi faktor-faktor penting atau meningkatkan akurasi koding untuk mencegah kesalahan;
 - b. edukasi tentang pengetahuan Kecurangan JKN;
 - c. pelatihan dan edukasi koding yang benar;
 - d. penyesuaian beban kerja Koder dengan jumlah tenaga dan kompetensinya; dan
 - e. meningkatkan interaksi dengan staf klinis dalam rangka memastikan diagnosa primer dan sekunder.

- (2) Peningkatan kemampuan dokter serta petugas lain yang berkaitan dengan Klaim dalam upaya pencegahan Kecurangan JKN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat huruf a paling sedikit berupa:
 - a. pemahaman dan penggunaan sistem koding yang berlaku;
 - b. melakukan edukasi dan pemberian pemahaman tentang langkah-langkah pencegahan dan sanksi Kecurangan JKN;
 - c. meningkatkan ketaatan terhadap standar prosedur operasional; dan
 - d. menulis dan memberikan resume medis secara jelas, lengkap dan tepat waktu.
- (3) Peningkatan manajemen fasilitas kesehatan dalam upaya pencegahan Kecurangan JKN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (2) huruf b paling sedikit berupa:
 - a. penguatan tugas Koder sebagai pendamping verifikator, investigator, dan auditor internal pada satuan pemeriksaan internal yang khusus untuk audit klaim;
 - b. melakukan surveilans data atau audit data rutin;
 - c. penggunaan perangkat lunak untuk pencegahan Kecurangan JKN;
 - d. membuat panduan praktik klinik pada setiap jenis layanan dengan mengimplementasikan clinical pathway.
 - e. membentuk tim edukasi kepada pasien dan tenaga kesehatan.
 - f. membuat kebijakan prosedur dan pengendalian efektif untuk menghalangi, mencegah, mengetahui, melaporkan, dan memperbaiki potensi Kecurangan JKN.

Pasal 22

- (1) Analisis data Klaim dalam upaya deteksi dini Kecurangan JKN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (3) huruf a dilakukan secara rutin oleh tim pencegahan Kecurangan JKN.
- (2) Analisis data Klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui teknik pendekatan:
 - a. mencari anomali data;
 - b. predictive modeling; dan
 - c. penemuan kasus.
- (3) Analisis data Klaim di FKRTL sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan secara manual dan/atau dengan memanfaatkan aplikasi verifikasi klinis yang terintegrasi dengan aplikasi INA-CBGs.

- (4) Dalam melakukan analisis data Klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tim pencegahan Kecurangan JKN dapat berkoordinasi dengan verifikator atau pihak lain yang diperlukan.

Pasal 23

- (1) Investigasi dalam upaya deteksi dini Kecurangan JKN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (3) huruf b dilakukan untuk memastikan adanya dugaan Kecurangan JKN, penjelasan mengenai kejadiannya, dan latar belakang/alasannya.
- (2) Investigasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh tim investigasi yang ditunjuk oleh tim pencegahan Kecurangan JKN dengan melibatkan unsur pakar, asosiasi rumah sakit/asosiasi fasilitas kesehatan, dan organisasi profesi.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, tim investigasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat melakukan audit.

Pasal 24

- (1) Pelaporan hasil deteksi dan investigasi adanya dugaan Kecurangan JKN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (3) huruf c dilakukan oleh tim pencegahan Kecurangan JKN kepada pimpinan fasilitas kesehatan.
- (2) Pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit memuat:
 - a. ada atau tidaknya kejadian Kecurangan JKN yang ditemukan;
 - b. rekomendasi pencegahan berulangnya kejadian serupa di kemudian hari; dan
 - c. rekomendasi sanksi administratif bagi pelaku Kecurangan JKN.

Bagian Kelima

Pengaduan dan Penyelesaian Perselisihan

Pasal 25

- (1) Setiap orang yang mengetahui adanya tindakan Kecurangan JKN dapat melakukan pengaduan secara tertulis.
- (2) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada pimpinan fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Dinas Kesehatan Provinsi.
- (3) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memuat paling sedikit:
 - a. identitas pengadu;

- b. nama dan alamat instansi yang diduga melakukan tindakan Kecurangan JKN; dan
- c. alasan pengaduan.

Pasal 26

- (1) Pimpinan fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Dinas Kesehatan Provinsi harus menindaklanjuti pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 dengan cara melakukan investigasi.
- (2) Investigasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan melibatkan BPJS Kesehatan, tim pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL, atau tim pencegahan Kecurangan JKN FKTP yang dibentuk Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- (3) Pimpinan fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Dinas Kesehatan Provinsi setelah melakukan investigasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menetapkan ada tidaknya tindakan Kecurangan JKN.
- (4) Dalam hal terjadi perselisihan pendapat terhadap penetapan ada tidaknya Kecurangan JKN sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Dinas Kesehatan Provinsi atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat meneruskan pengaduan kepada Tim pencegahan Kecurangan JKN yang dibentuk oleh Menteri

BAB IV

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 27

- (1) Pembinaan dan pengawasan pencegahan Kecurangan JKN dilakukan oleh Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan kewenangan masing-masing.
- (2) Dalam hal pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan di rumah sakit, dapat melibatkan badan pengawas rumah sakit, dewan pengawas rumah sakit, perhimpunan/asosiasi perumahsakitan, dan organisasi profesi.
- (3) Dalam hal pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan di klinik utama atau yang setara dan FKTP, dapat melibatkan asosiasi fasilitas kesehatan dan organisasi profesi.
- (4) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan

- c. monitoring dan evaluasi.

BAB V

SANKSI ADMINISTRATIF

Pasal 28

- (1) Dalam rangka pembinaan dan pengawasan Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat memberikan sanksi administratif bagi fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, dan penyedia obat dan alat kesehatan.
- (2) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:
 - a. teguran lisan;
 - b. teguran tertulis; dan/atau
 - c. perintah pengembalian kerugian akibat Kecurangan JKN kepada pihak yang dirugikan.
- (3) Dalam hal tindakan Kecurangan JKN dilakukan oleh pemberi pelayanan atau penyedia obat dan alat kesehatan, sanksi administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat ditambah dengan denda paling banyak sebesar 50% dari jumlah pengembalian kerugian akibat tindakan Kecurangan JKN.
- (4) Dalam hal tindakan Kecurangan JKN dilakukan oleh tenaga kesehatan, sanksi administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat diikuti dengan pencabutan surat izin praktik.
- (5) Sanksi administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak menghapus sanksi pidana sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 29

- (1) Dalam hal tindakan Kecurangan JKN dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan, Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengeluarkan rekomendasi kepada BPJS untuk memberikan sanksi administratif kepada petugas BPJS Kesehatan yang melakukan Kecurangan JKN.
- (2) Rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. teguran lisan;
 - b. teguran tertulis;
 - c. pemberhentian dari jabatan;
 - d. pemecatan; dan/atau
 - e. perintah pengembalian kerugian akibat Kecurangan JKN kepada pihak yang dirugikan

BAB VI
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 30

- (1) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, direktur/kepala rumah sakit, penanggungjawab klinik utama atau yang setara, asosiasi fasilitas kesehatan, dan organisasi profesi harus melakukan sosialisasi.
- (2) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota direktur/kepala rumah sakit dan penanggungjawab klinik utama atau yang setara harus membuat sistem pencegahan Kecurangan JKN paling lambat 6 (enam) bulan sejak Peraturan Menteri ini diundangkan.
- (3) Dalam hal terjadi Kecurangan JKN selama dilakukan sosialisasi dan pembuatan sistem pencegahan Kecurangan JKN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), sanksi administratif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 belum dapat dikenakan.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 31

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 30 April 2015
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 25 Mei 2015
MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

YASONNA H. LAOLY