BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Sistem Pencegahan Kecurangan Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan

Peraturan BPJS Kesehatan No. 6 Tahun 2020

PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN
NOMOR 6 TAHUN 2020
TENTANG
SISTEM PENCEGAHAN KECURANGAN DALAM PELAKSANAAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

Menimbang :

a. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 92 ayat (3) dan ayat (4) Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan harus membangun sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) secara sistematis, terstruktur, dan komprehensif dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan;

b. bahwa Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2016 tentang Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan sudah

tidak sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan hukum masyarakat sehingga perlu diganti;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan tentang Sistem Pencegahan Kecurangan 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 4150);
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 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan

(Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 130);

5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pedoman Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 803);

MEMUTUSKAN:

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

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Badan ini yang dimaksud dengan:

1. 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.
2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
3. 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.

4. Dewan Pengawas adalah organ BPJS yang bertugas melakukan pengawasan atas pelaksanaan pengurusan BPJS oleh Direksi dan memberikan nasihat kepada Direksi dalam penyelenggaraan program Jaminan Sosial.
5. Direksi adalah organ BPJS yang berwenang dan bertanggung jawab penuh atas pengurusan BPJS untuk kepentingan BPJS, sesuai dengan asas, tujuan, dan prinsip BPJS, serta mewakili BPJS, baik di dalam maupun di luar pengadilan, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
6. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar Iuran jaminan kesehatan.
7. Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Iuran adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, pemberi kerja, dan/atau pemerintah pusat atau pemerintah daerah untuk program Jaminan Kesehatan.
8. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
9. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan perorangan yang bersifat nonspesialistik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
10. Klaim Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Klaim adalah permintaan pembayaran biaya

pelayanan kesehatan oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

11. 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.
12. Pelapor Pelanggaran (*Whistleblower*) adalah pelapor dari internal BPJS Kesehatan dan pihak eksternal, (pelanggan, pemasok, dan/atau masyarakat).
13. Aparat Penegak Hukum adalah Kepolisian Negara Republik Indonesia (POLRI), Kejaksaan Republik Indonesia, dan Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK).
14. Audit adalah proses membandingkan antara data/informasi yang disajikan (asersi) dengan ketentuan yang seharusnya yang dilengkapi dengan identifikasi masalah, analisis, dan evaluasi bukti yang dilakukan secara independen, objektif dan profesional berdasarkan standar Audit, untuk menilai kebenaran, kecermatan, kredibilitas, efektivitas, efisiensi, dan keandalan informasi penyelenggaraan fungsi bisnis.
15. Audit Internal adalah serangkaian aktivitas pemberian asurans dan konsultasi yang bersifat independen dan objektif, dengan tujuan untuk meningkatkan nilai dan operasional organisasi, melalui pendekatan yang sistematis dengan cara mengevaluasi dan meningkatkan efektivitas manajemen risiko, pengendalian internal, dan tata kelola organisasi.
16. Audit Investigatif adalah proses mencari, menemukan, dan mengumpulkan bukti secara sistematis yang bertujuan mengungkapkan terjadi atau tidaknya suatu perbuatan dan pelakunya guna dilakukan tindakan hukum selanjutnya.

17. Pelanggaran adalah perbuatan yang melanggar peraturan perundang-undangan, peraturan terkait dan peraturan internal organisasi, serta dapat dilaporkan.

Pasal 2

Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) pada program Jaminan Kesehatan bertujuan untuk:

a. mencegah terjadinya Kecurangan (*Fraud*) secara nyata pada semua lini organisasi;
b. menangkal pihak-pihak yang akan mencoba melakukan Kecurangan (*Fraud*) sehingga membuat jera;
c. mempersulit gerak langkah pelaku Kecurangan (*Fraud*); dan
d. mengidentifikasi kegiatan berisiko tinggi dan kelemahan pengendalian.

Pasal 3

(1) Dalam upaya pelaksanaan sistem pencegahan Kecurangan (*Fraud*), BPJS Kesehatan melakukan koordinasi dengan kementerian kesehatan, dinas kesehatan, Fasilitas Kesehatan, asosiasi Fasilitas Kesehatan, organisasi profesi, Komisi Pemberantasan Korupsi dan pemangku kepentingan lain yang melakukan fungsi pembinaan dan pengawasan.
(2) Koordinasi pelaksanaan sistem pencegahan Kecurangan (*Fraud*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui tim yang dibentuk dalam rangka pencegahan dan penanganan Kecurangan (*Fraud*) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 4

Tindakan Kecurangan (*Fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan yang diatur dalam peraturan badan ini dapat dilakukan oleh:

a. Peserta;
b. BPJS Kesehatan;
c. pemberi pelayanan kesehatan; dan
d. pemangku kepentingan lainnya.

Pasal 5

Sistem pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan oleh BPJS Kesehatan meliputi:

a. tindakan pencegahan Kecurangan (*Fraud*);
b. pendeteksian potensi Kecurangan (*Fraud*); dan
c. penanganan Kecurangan (*Fraud*).

BAB II

TINDAKAN PENCEGAHAN KECURANGAN (*FRAUD*)

Pasal 6

BPJS Kesehatan melaksanakan pencegahan Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh Peserta melalui:

a. pemberian edukasi tentang Kecurangan (*Fraud*) program Jaminan Kesehatan secara langsung maupun tidak langsung kepada Peserta;
b. pengembangan mekanisme atau sistem informasi yang dapat mendeteksi Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh Peserta;
c. pembuatan komitmen dengan Fasilitas Kesehatan untuk memastikan validasi Peserta yang dilayani adalah orang yang tepat, berhak dan sesuai dengan hak manfaat yang diperoleh; dan
d. pembuatan komitmen pencegahan Kecurangan (*Fraud*) kepada Peserta/Pemberi Kerja beserta sanksi yang diperoleh, yang dicantumkan dalam

daftar isian Peserta, form registrasi badan usaha, perjanjian kerja sama dengan pemerintah daerah dan surat eligibilitas Peserta.

Pasal 7

BPJS Kesehatan melaksanakan pencegahan Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh internal BPJS Kesehatan melalui:

a. pelaksanaan prinsip tata kelola yang baik;
b. pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap Kecurangan (*Fraud*), yang terdiri dari:
    1. melakukan penguatan peran pengawasan internal dan sistem pengendalian internal dalam pencegahan Kecurangan (*Fraud*);
    2. melaksanakan program pengaduan Kecurangan (*Fraud*) melalui sistem pelaporan Pelanggaran (*whistleblowing system*);
    3. melakukan otomasi sistem administrasi yang terintegrasi;
    4. melaksanakan monitoring dan evaluasi secara rutin terhadap hasil kerja pegawai BPJS Kesehatan;
    5. memastikan tersedianya proses bisnis yang terstandar;
    6. melaksanakan pemutakhiran data kepesertaan berdasarkan informasi dari Peserta, Pemberi Kerja, pemerintah dan instansi terkait lainnya;
    7. menyediakan data kepesertaan terkini untuk digunakan oleh Fasilitas Kesehatan;
    8. melakukan monitoring pembayaran Iuran Peserta dan Pemberi Kerja dengan pemberian notifikasi kepada Peserta;
    9. melakukan pemeriksaan kepatuhan pembayaran Iuran Peserta dan Pemberi Kerja;
    10. melakukan monitoring dan evaluasi sesuai dengan perjanjian kerja sama dengan Fasilitas

Kesehatan terhadap ketersediaan obat dan alat kesehatan; dan

11. melakukan koordinasi dengan kementerian kesehatan atas ketersediaan obat dan alat kesehatan.

c. pelaksanaan manajemen risiko Kecurangan (*Fraud*), yang terdiri dari:
   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. melaksanakan tindakan korektif dalam menangani Kecurangan (*Fraud*) dengan cepat dan tepat;
   5. mengkomunikasikan potensi Kecurangan (*Fraud*) yang telah teridentifikasi;
   6. melakukan evaluasi kinerja pelaksanaan manajemen risiko secara berkala;
   7. melakukan identifikasi, analisa dan pengendalian risiko Kecurangan (*Fraud*) pada setiap prosedur operasional BPJS Kesehatan; dan
   8. melakukan monitoring dan evaluasi risiko Kecurangan (*Fraud*).

d. pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*Fraud*), yang terdiri dari:
   1. memastikan penandatanganan pakta integritas oleh seluruh pegawai BPJS Kesehatan, Direksi dan Dewan Pengawas;
   2. menghindari benturan kepentingan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
   3. melakukan internalisasi dan edukasi tentang budaya dan upaya pencegahan Kecurangan (*Fraud*) program Jaminan Kesehatan; dan

4. melakukan sosialisasi kepada Peserta dan Pemberi Kerja tentang hak dan kewajiban BPJS Kesehatan.

e. pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, yang terdiri dari:
   1. membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya;
   2. melakukan penguatan tugas dan fungsi tim kendali mutu dan kendali biaya; dan
   3. melakukan monitoring dan evaluasi kinerja tim kendali mutu dan kendali biaya.

f. pembentukan tim pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan, yang terdiri dari tim khusus untuk pencegahan, deteksi dan respon terhadap Kecurangan (*Fraud*) di internal BPJS Kesehatan bertugas untuk:
   1. melakukan penetapan mekanisme pelaksanaan Audit investigatif dan pelaporan pelaku Kecurangan (*Fraud*); dan
   2. melakukan pertemuan rutin secara berkala sekurang-kurangnya 1 (satu) kali dalam 6 (enam) bulan.

g. penetapan tugas, fungsi, tanggung jawab dan kewenangan setiap pegawai, Direksi dan Dewan Pengawas BPJS Kesehatan;

h. peningkatan pengetahuan dan kompetensi terkait dengan kebijakan, regulasi dan budaya organisasi terbaru; dan

i. memastikan adanya mekanisme penjatuhan sanksi atas perbuatan Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh internal BPJS Kesehatan.

Pasal 8

BPJS Kesehatan melaksanakan pencegahan Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan melalui:

a. pelaksanaan seleksi Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama sesuai dengan kriteria yang tercantum dalam peraturan perundang-undangan;
b. pembuatan kesepakatan dengan Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama untuk berkomitmen mematuhi ketentuan yang terkait dengan program Jaminan Kesehatan;
c. pembuatan komitmen dengan Fasilitas Kesehatan untuk tidak menerima gratifikasi dari Peserta yang dituangkan dalam perjanjian kerja sama;
d. pembuatan indikator kepatuhan Fasilitas Kesehatan terhadap ketentuan yang diatur dalam perjanjian kerja sama;
e. pelaksanaan sosialisasi upaya pencegahan Kecurangan (*Fraud*) kepada Fasilitas Kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung;
f. pengembangan sistem informasi yang dapat mendeteksi Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan;
g. penerapan tata kelola administrasi Klaim dan administrasi data yang baik antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan;
h. pelaksanaan verifikasi paska Klaim dan/atau Audit administrasi Klaim pada tagihan di Fasilitas Kesehatan secara rutin dan berkesinambungan;
i. pelaksanaan telaah utilisasi pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan secara rutin dan berkesinambungan; dan
j. pelaksanaan monitoring dan evaluasi sesuai dengan perjanjian kerja sama dengan Fasilitas Kesehatan terhadap ketersediaan obat dan alat kesehatan.

Pasal 9

BPJS Kesehatan melaksanakan pencegahan Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh pemangku kepentingan lainnya melalui:

a. pelaksanaan sosialisasi dan budaya pencegahan Kecurangan (*Fraud*) kepada pemangku kepentingan lainnya;
b. pembangunan dan pengembangan sistem yang dapat mendeteksi Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh pemangku kepentingan lainnya; dan
c. pembangunan dan pengembangan aplikasi pemutakhiran data pekerja dan kepatuhan pembayaran Iuran.

BAB III
PENDETEKSIAN POTENSI KECURANGAN (*FRAUD*)

Pasal 10

(1) Dalam rangka melakukan pendeteksian potensi Kecurangan (*Fraud*), BPJS Kesehatan membentuk unit kerja yang bertanggung jawab atas fungsi pencegahan Kecurangan (*Fraud*).
(2) Unit kerja yang melakukan pendeteksian potensi Kecurangan (*Fraud*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), memperoleh informasi yang terdiri dari:
    a. hasil analisa terhadap data pelayanan kesehatan, meliputi:
        1. hasil analisa data transaksional pelayanan kesehatan yang bersumber dari data *warehouse*;
        2. hasil analisa data pelayanan kesehatan yang bersumber dari luaran deteksi Kecurangan (*Fraud*);
        3. hasil analisa data pelayanan kesehatan yang merupakan hasil analisa data kedeputian wilayah BPJS Kesehatan terhadap data yang dilaporkan setiap bulan oleh kantor cabang BPJS Kesehatan;
        4. hasil analisa terhadap data pelayanan kesehatan yang dilaporkan setiap bulan oleh

kedeputian wilayah BPJS Kesehatan kepada kantor pusat BPJS Kesehatan; dan

5. Audit administrasi Klaim oleh unit kerja yang melaksanakan fungsi penjaminan pelayanan kesehatan kantor cabang BPJS Kesehatan.

b. pengaduan Peserta dan/atau Fasilitas Kesehatan yang disampaikan secara langsung dan/atau tidak langsung, melalui:
   1. pengaduan secara langsung
      a) kantor cabang;
      b) BPJS Kesehatan *Care Center* 1500400; atau
      c) layanan informasi dan pengaduan rumah sakit.
   2. pengaduan secara tidak langsung
      a) laman BPJS Kesehatan;
      b) aplikasi LAPOR!;
      c) media sosial;
      d) aplikasi *mobile* JKN;
      e) surat; atau
      f) surat elektronik.

c. laporan hasil Audit yang terdiri atas:
   1. Audit Internal yang dilakukan oleh unit kerja yang melakukan fungsi pengawasan internal BPJS Kesehatan; dan/atau
   2. Audit eksternal yang dilakukan oleh lembaga pengawas independen, kantor akuntan publik dan/atau lembaga pemeriksa lain.

d. laporan Pelapor Pelanggaran (*Whistleblower*), dengan melampirkan:
   1. deksripsi mengenai dugaan tindakan Kecurangan (*Fraud*) pada program Jaminan Kesehatan yang paling sedikit memuat:
      a) jenis Kecurangan (*Fraud*);
      b) kronologi kejadian;
      c) oknum pelaku;
      d) tempat kejadian; dan

e) waktu kejadian; dan

2. bukti-bukti permulaan yang dapat berupa rekaman data/suara/gambar/video maupun salinan dokumen.

e. data kepesertaan, yang dapat berupa:
   1. data identitas kepesertaan;
   2. data gaji atau penghasilan;
   3. data status kepegawaian dan anggota keluarga;
   4. data status kepesertaan; dan
   5. data jenis kepesertaan.

f. data area pelayanan kesehatan yang diperoleh dari:
   1. data *profiling* Fasilitas Kesehatan;
   2. data kunjungan Peserta di Fasilitas Kesehatan, yang meliputi catatan riwayat pelayanan Peserta di Fasilitas Kesehatan;
   3. data pemberian pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan yang meliputi tenaga Fasilitas Kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan, sarana prasarana Fasilitas Kesehatan 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 dan rujukan tingkat lanjutan yang meliputi proses pengajuan Klaim pelayanan kesehatan dan dokumentasi Klaim pelayanan kesehatan yang diberikan Fasilitas Kesehatan; dan

6. informasi/data lain atas pelaksanaan pelayanan kesehatan tingkat pertama dan rujukan tingkat lanjutan.

g. sumber lainnya yang diperoleh dari:
   1. hasil pemeriksaan kepatuhan;
   2. laporan kolekting Iuran;
   3. data pembanding dari instansi lain;
   4. laporan pegawai/serikat pekerja;
   5. laporan masyarakat; dan/atau
   6. putusan pengadilan.

Pasal 11

BPJS Kesehatan melaksanakan pendeteksian potensi Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh Peserta melalui:

a. memastikan Peserta mendapatkan pelayanan melalui analisa data pemanfaatan pelayanan kesehatan;
b. pelaksanaan analisa data siklus atau pola pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh Peserta;
c. pelaksanaan analisa data pelayanan kesehatan yang diterima Peserta;
d. pelaksanaan analisa data penyalahgunaan kartu identitas kepesertaan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan; dan/atau
e. pemanfaatan informasi dari Pelapor Pelanggaran (*Whistleblower*).

Pasal 12

BPJS Kesehatan melaksanakan pendeteksian potensi Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh internal BPJS Kesehatan yang meliputi:

a. pemanfaatan informasi dari Pelapor Pelanggaran (*Whistleblower*) dan pengaduan Peserta atau Fasilitas Kesehatan;
b. pemanfaatan hasil Audit administrasi Klaim, Audit dalam rangka pelaksanaan fungsi pengawasan internal atau Audit eksternal;

c. pemantauan *red flags* perilaku Duta BPJS Kesehatan antara lain:
   1. memiliki gaya hidup yang berlebihan atau tidak wajar;
   2. mendapatkan hadiah yang tidak sesuai dengan ketentuan gratifikasi dari Fasilitas Kesehatan;
   3. memiliki kedekatan dengan Fasilitas Kesehatan melebihi hubungan profesional;
   4. mengabaikan prosedur atau melampaui kewenangan yang telah ditetapkan dalam mengambil keputusan; atau
   5. bersikap permisif atas Pelanggaran ketentuan dalam perjanjian kerja sama.
d. evaluasi oleh manajemen dapat berupa hasil analisa laporan manajemen termasuk pelaporan yang disajikan dalam bentuk-bentuk elektronik; dan/atau
e. pengawasan kinerja dan perilaku oleh atasan langsung.

Pasal 13

BPJS Kesehatan melaksanakan pendeteksian potensi Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan yang meliputi:
a. analisa data kapitasi yang meliputi data Peserta yang terdaftar pada FKTP, besaran nilai kapitasi yang diberikan pada FKTP dan pembayaran kapitasi kepada FKTP;
b. analisa data rujukan Fasilitas Kesehatan;
c. analisa data Klaim pelayanan kesehatan, terdiri dari:
   1. analisa utilisasi secara rutin dan berkesinambungan terhadap Klaim non kapitasi, Klaim *case based groups* (CBG) dan Klaim *non case based groups* (*non*-CBG);
   2. analisa *red flag* luaran aplikasi verifikasi; dan/atau
   3. analisa data luaran deteksi potensi Kecurangan (*Fraud*).

d. pemetaan pola perilaku Fasilitas Kesehatan yang memiliki risiko terindikasi Kecurangan (*Fraud*);
e. *sampling* konfirmasi terhadap Peserta atas kesesuaian manfaat pelayanan kesehatan yang diterima;
f. pemanfaatan informasi dari Pelapor Pelanggaran (*Whistleblower*); dan/atau
g. verifikasi paska Klaim dan/atau Audit administrasi Klaim secara berkala.

Pasal 14

BPJS Kesehatan melaksanakan pendeteksian potensi Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh pemangku kepentingan lainnya yang meliputi:

a. pemeriksaan kepatuhan secara berkala untuk memperoleh data gaji dan jumlah Peserta yang lengkap, benar, dan terkini dari Pemberi Kerja;
b. pertukaran data dengan instansi terkait;
c. analisa terhadap pelaporan data gaji yang anomali; dan/atau
d. pemanfaatan informasi dari Pelapor Pelanggaran (*Whistleblower*), laporan pegawai, atau serikat pekerja.

Pasal 15

(1) BPJS Kesehatan menyediakan media pelaporan dugaan Kecurangan (*Fraud*) sebagai upaya untuk melakukan pendeteksian potensi Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh Peserta, BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya.
(2) Media pelaporan dugaan Kecurangan (*Fraud*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:
    a. komunikasi langsung atau tatap muka dengan tim pengelola Pelanggaran di kantor pusat BPJS Kesehatan;
    b. telepon;

c. surat yang dialamatkan kepada tim pengelola Pelanggaran di kantor pusat BPJS Kesehatan;
d. layanan pesan singkat pada nomor yang disediakan oleh tim pengelola Pelanggaran di kantor pusat BPJS Kesehatan;
e. surat elektronik;
f. aplikasi sistem pelaporan Pelanggaran (*whistleblowing system*) yang dapat diakses melalui laman BPJS Kesehatan; dan/atau
g. bentuk lainnya.

(3) Ketentuan mengenai tindak lanjut pelaporan Pelanggaran yang diterima oleh tim pengelola Pelanggaran di kantor pusat BPJS Kesehatan diatur dengan Peraturan Direksi.

BAB IV
PENANGANAN KECURANGAN (*FRAUD*)

Pasal 16

BPJS Kesehatan sebagai bagian dari tim yang dibentuk dalam rangka pencegahan dan penanganan Kecurangan (*Fraud*) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan melaksanakan penanganan Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh Peserta dengan cara:

a. menerima pengembalian biaya pelayanan kesehatan yang timbul atas Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh Peserta sebagai tindak lanjut putusan dari tim yang dibentuk dalam rangka pencegahan dan penanganan Kecurangan (*Fraud*) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan/atau
b. penyampaian laporan kepada Aparat Penegak Hukum dalam hal Peserta tidak memenuhi kewajiban pengembalian yang timbul akibat Kecurangan (*Fraud*).

Pasal 17

BPJS Kesehatan melaksanakan penanganan Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh Peserta dengan cara:

a. melakukan pembatalan surat eligibilitas Peserta atas jaminan pelayanan kesehatan yang sedang berjalan;
b. pemberitahuan kepada Pemberi Kerja/satuan kerja atas tindakan Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh Peserta pekerja penerima upah dan meminta Pemberi Kerja/satuan kerja memberikan teguran tertulis kepada Peserta yang ditembuskan kepada BPJS Kesehatan; dan/atau
c. pelaporan kepada kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial atas tindakan Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh Peserta yang didaftarkan sebagai Peserta penerima bantuan Iuran Jaminan Kesehatan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 18

(1) BPJS Kesehatan melaksanakan penanganan Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh internal BPJS Kesehatan melalui Audit Investigatif sebagai pertimbangan pengenaan sanksi kepegawaian sesuai peraturan kepegawaian BPJS Kesehatan.
(2) Pelaksanaan Audit Investigatif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan mekanisme antara lain:
    a. analisis informasi awal;
    b. perencanaan Audit Investigatif;
    c. pelaksanaan Audit Investigatif;
    d. pelaporan Audit Investigatif; dan
    e. tindak lanjut Audit Investigatif.

Pasal 19

BPJS Kesehatan sebagai bagian dari tim yang dibentuk dalam rangka pencegahan dan penanganan Kecurangan (*Fraud*) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan melaksanakan penanganan Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan dengan cara:

a. melakukan penelusuran terhadap kasus terindikasi Kecurangan (*Fraud*);
b. menyampaikan hasil temuan kasus terindikasi Kecurangan (*Fraud*) kepada manajemen Fasilitas Kesehatan dengan ditembuskan kepada tim pencegahan Kecurangan (*Fraud*) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, asosiasi Fasilitas Kesehatan, dan pemilik Fasilitas Kesehatan.
c. apabila dalam waktu 10 (sepuluh) hari kerja terhitung sejak penyampaian hasil temuan kasus terindikasi Kecurangan (*Fraud*) diterima oleh manajemen Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada huruf b belum mendapatkan tindak lanjut dari manajemen Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan menyampaikan hasil temuan kasus terindikasi Kecurangan (*Fraud*) kepada tim pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dinas kesehatan kabupaten/kota dengan ditembuskan kepada tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) dinas kesehatan provinsi, asosiasi Fasilitas Kesehatan, dan pemilik Fasilitas Kesehatan;
d. apabila dalam waktu 10 (sepuluh) hari kerja terhitung sejak penyampaian hasil temuan kasus terindikasi Kecurangan (*Fraud*) diterima oleh dinas kesehatan kabupaten/kota sebagaimana dimaksud pada huruf c belum mendapatkan tindak lanjut dari tim pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dinas kesehatan kabupaten/kota, BPJS Kesehatan menyampaikan hasil temuan kasus terindikasi Kecurangan (*Fraud*)

kepada tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*Fraud*) dinas kesehatan provinsi dengan ditembuskan kepada tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*Fraud*) tingkat pusat, asosiasi Fasilitas Kesehatan, dan pemilik Fasilitas Kesehatan;

e. apabila dalam waktu 10 (sepuluh) hari kerja terhitung sejak penyampaian hasil temuan kasus terindikasi Kecurangan (*Fraud*) diterima oleh dinas kesehatan provinsi sebagaimana dimaksud pada huruf d belum mendapatkan tindak lanjut dari tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*Fraud*) dinas kesehatan provinsi, BPJS Kesehatan menyampaikan hasil temuan kasus terindikasi Kecurangan (*Fraud*) kepada tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*Fraud*) tingkat pusat, dengan ditembuskan kepada asosiasi Fasilitas Kesehatan, dan pemilik Fasilitas Kesehatan;

f. selama proses pemeriksaan hasil temuan sebagaimana dimaksud pada huruf b, huruf c, huruf d, dan huruf e, BPJS Kesehatan melakukan evaluasi perjanjian kerja sama dengan Fasilitas Kesehatan sampai dengan dikeluarkannya rekomendasi penyelesaian Kecurangan (*Fraud*);

g. dalam hal terbukti adanya tindakan Kecurangan (*Fraud*), maka BPJS Kesehatan menghentikan perjanjian kerja sama dengan Fasilitas Kesehatan dan dapat bekerja sama kembali setelah jangka waktu paling cepat 1 (satu) tahun;

h. ketentuan jangka waktu sebagaimana dimaksud pada huruf g, mempertimbangkan kecukupan Fasilitas Kesehatan di daerah tersebut;

i. dalam hal pihak yang dikenakan sanksi administratif tidak melaksanakan sanksi, maka BPJS Kesehatan menyampaikan secara tertulis kepada menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, kepala dinas kesehatan provinsi, kepala dinas kesehatan kabupaten/kota atau pejabat yang

berwenang untuk meneruskan ke Aparat Penegak Hukum; dan

j. dalam hal pelaporan hasil temuan kasus terindikasi Kecurangan (*Fraud*) yang disampaikan kepada tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat pusat belum ada tindak lanjutnya dalam waktu 1 (satu) bulan terhitung sejak penyampaian hasil temuan kasus terindikasi diterima, maka BPJS Kesehatan dapat meminta bantuan penyelesaian kepada Aparat Penegak Hukum.

Pasal 20

BPJS Kesehatan melaksanakan penanganan Kecurangan (*Fraud*) yang dilakukan oleh pemangku kepentingan lainnya dengan cara:

a. tindak lanjut indikasi Kecurangan (*Fraud*) melalui mekanisme pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
b. pelaporan ke instansi yang bertanggungjawab dalam bidang pengawasan ketenagakerjaan;
c. pengenaan sanksi administratif sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan/atau
d. upaya hukum sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 21

Ketentuan lebih lanjut mengenai teknis pelaksanaan setiap kegiatan dari tahapan siklus sistem pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan oleh BPJS Kesehatan diatur dalam Peraturan Direksi.

Pasal 22

Pada saat Peraturan Badan ini mulai berlaku, Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2016 tentang Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1892), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 23

Peraturan Badan ini mulai berlaku 1 (satu) bulan sejak tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 29 Desember 2020

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA
JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

ttd.

FACHMI IDRIS

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 30 Desember 2020

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

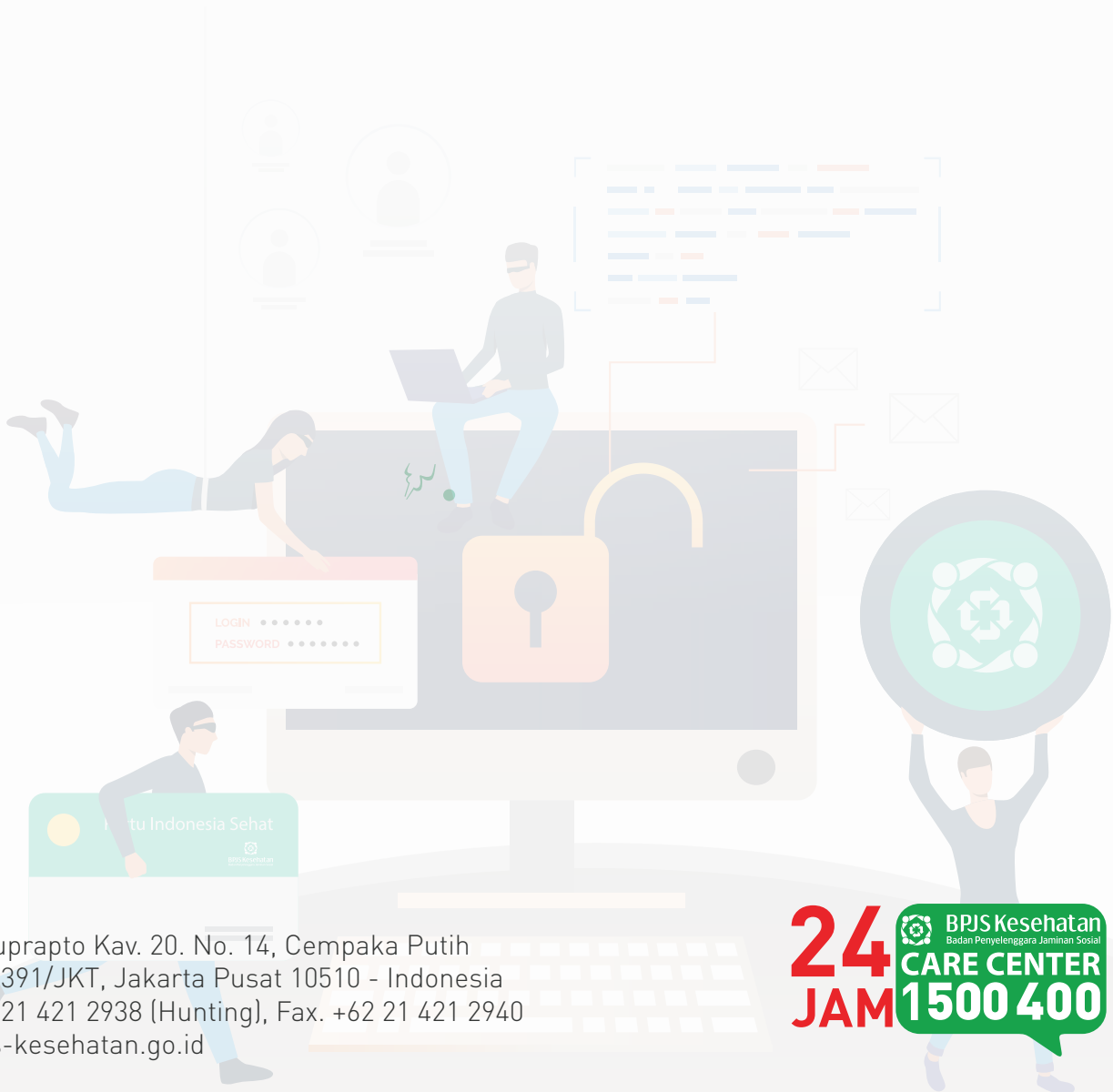
ttd.

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2020 NOMOR 1654

Salinan sesuai dengan aslinya
Deputi Direksi Bidang Hubungan Antar Lembaga
dan Regulasi

Jenni Wihartini
NPP: 02271



Jl. Letj Suprapto Kav. 20. No. 14, Cempaka Putih
PO BOX 1391/JKT, Jakarta Pusat 10510 - Indonesia
Telp. +62 21 421 2938 (Hunting), Fax. +62 21 421 2940
www.bpjs-kesehatan.go.id

24 JAM
BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
CARE CENTER
1500 400