



Yth.

1. Kepala Dinas Kesehatan Daerah Provinsi
2. Kepala Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota
3. Kepala/Direktur Rumah Sakit
4. Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan
5. Ketua Umum Asosiasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan
6. Ketua Umum Organisasi Profesi,  
Seluruh Indonesia

SURAT EDARAN  
NOMOR HK.02.01/MENKES/1567/2024  
TENTANG  
PELAKSANAAN PENCEGAHAN, PENANGANAN, DAN PENERAPAN SANKSI  
ADMINISTRATIF KECURANGAN (*FRAUD*) SEBAGAI UPAYA KENDALI MUTU DAN  
KENDALI BIAYA DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN DI FASILITAS  
PELAYANAN KESEHATAN

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan menyatakan bahwa kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yaitu tindakan yang dilakukan dengan sengaja, untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program JKN dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Selanjutnya Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan, telah memberikan acuan kepada Peserta, BPJS Kesehatan, Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau Sumber Daya Manusia Kesehatan pemberi pelayanan, penyedia obat dan alat kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya dalam menyelenggarakan upaya pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) secara sistematis, terstruktur dan komprehensif agar pelaksanaan program JKN dapat berjalan dengan efektif dan efisien.

Kementerian Kesehatan melalui Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) tingkat pusat telah melakukan kegiatan upaya pencegahan, deteksi potensi, dan penanganan kecurangan (*fraud*). Upaya pencegahan dilakukan melalui sosialisasi, edukasi dan menyusun ketentuan dalam standar akreditasi rumah sakit yang mewajibkan setiap pimpinan rumah sakit untuk menyusun dan menetapkan kebijakan anti *fraud*. Deteksi

potensi dan penanganan kecurangan (*fraud*) dilakukan terhadap beberapa rumah sakit yang melakukan klaim palsu (*Phantom billing*) sehingga menimbulkan kerugian dana JKN. Selain itu pada tataran implementasi kebijakan, Kementerian Kesehatan juga menilai bahwa sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) yang telah diatur dalam PMK Nomor 16 Tahun 2019 belum berjalan optimal, baik di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan, tingkat Kabupaten/Kota, dan tingkat Provinsi. Dibutuhkan dukungan dan keseriusan Kepala Daerah melalui dinas kesehatan daerah setempat, pemilik, dan pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan untuk menerapkan pencegahan, pendeteksian potensi, dan penanganan kasus kecurangan (*fraud*) dalam program JKN.

Kementerian Kesehatan telah melakukan upaya penguatan penerapan pencegahan kecurangan (*fraud*) melalui kebijakan standar akreditasi rumah sakit dengan mewajibkan setiap pimpinan rumah sakit menyusun dan menetapkan kebijakan anti *fraud* yang selanjutnya di implementasikan oleh seluruh staf rumah sakit dan dilakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaannya.

Surat edaran ini bertujuan untuk optimalisasi pelaksanaan pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) serta pengenaan sanksi administratif terhadap kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program JKN sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Mengingat ketentuan:

1. Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara dan Setiap Orang, Selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan Penerima Bantuan Iuran Dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 238, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5481);
4. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 82);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 29 Tahun 2014 tentang Tata Cara Penanganan Pelaporan Pelanggaran (*Whistleblowing System*) Dugaan Tindak Pidana Korupsi di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 905);

6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 803);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156).

Sehubungan dengan hal tersebut, seluruh fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dalam penyelenggaraan Program JKN harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan pencegahan kecurangan (*fraud*) dengan cara membangun sistem pencegahan kecurangan (*fraud*). Kecurangan (*fraud*) oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat dilakukan oleh dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, tenaga kesehatan, dan tenaga pendukung atau penunjang kesehatan.
2. Sistem pencegahan kecurangan (*fraud*) di fasilitas pelayanan kesehatan merupakan prosedur atau tata cara yang dibangun dengan komitmen dan dukungan pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan untuk mewujudkan budaya pencegahan kecurangan (*fraud*), meliputi:
  - a. tindakan pencegahan;
  - b. tindakan pendeteksian potensi; dan
  - c. tindakan penanganan, kecurangan (*fraud*)
3. Sistem Pencegahan kecurangan (*fraud*) sebagaimana dimaksud pada angka 2 dilakukan melalui pembentukan Tim pencegahan kecurangan (*fraud*).
4. Tindakan pencegahan kecurangan (*fraud*) di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam angka 2 huruf a dilakukan melalui:
  - a. Penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan (*fraud*) yang ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan, paling sedikit berupa penyusunan kebijakan anti kecurangan (*fraud*) dengan prinsip *good corporate governance* dan *good clinical governance*, dan pedoman manajemen risiko kecurangan.
  - b. Pengembangan budaya pencegahan kecurangan (*fraud*), melalui:
    - 1) membangun budaya integritas, nilai etika dan standar perilaku pemberi pelayanan kesehatan;
    - 2) mendidik seluruh pihak terkait Jaminan Kesehatan tentang kesadaran anti kecurangan (*fraud*); dan
    - 3) menciptakan lingkungan penyelenggaraan program jaminan kesehatan yang positif salah satunya dengan menerapkan Manajemen Risiko.
  - c. Pengembangan pelayanan kesehatan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, paling sedikit melalui pembentukan tim kendali mutu dan kendali biaya,

serta diimplementasikannya konsep manajemen mutu dalam pelayanan kesehatan.

5. Tim pencegahan kecurangan (*fraud*) di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam angka 3 bertugas:
  - a. menyosialisasikan regulasi, dan budaya yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya kepada seluruh tenaga di fasilitas pelayanan kesehatan.
  - b. meningkatkan budaya pencegahan kecurangan (*fraud*), melalui penguatan dan pengawasan internal, pelaksanaan program pengaduan kecurangan (*fraud*) menggunakan *whistleblowing system* di fasilitas pelayanan kesehatan, otomatisasi sistem administrasi yang terintegrasi, dan upaya peningkatan budaya pencegahan kecurangan (*fraud*) lain;
  - c. mendorong pelaksanaan *good corporate governance dan good clinical governance*, termasuk melaksanakan manajemen risiko, mendeteksi potensi kecurangan (*fraud*) dan penyelesaian kecurangan (*fraud*).
  - d. melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan sistem pencegahan kecurangan (*fraud*); dan
  - e. melakukan pelaporan pelaksanaan tugas.
6. Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan harus memfasilitasi dan meningkatkan kompetensi Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) yang dimilikinya agar dapat melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam angka 5.
7. Tindakan pendeteksian potensi kecurangan (*fraud*) di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam angka 2 huruf b, melalui:
  - a. Pemanfaatan Informasi adanya dugaan potensi kecurangan (*fraud*) yang diperoleh melalui media pengaduan di fasilitas pelayanan kesehatan, laporan dari *whistleblowing system*, pengaduan langsung dari internal fasilitas pelayanan atau institusi di luar fasilitas pelayanan kesehatan dan masyarakat, data hasil monitoring evaluasi audit kinerja internal, dan informasi lainnya;
  - b. Pemantauan *red flag* kinerja dan perilaku seluruh tenaga di fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan termasuk yang dilakukan oleh atasan langsung.
8. Hasil tindakan pendeteksian potensi kecurangan (*fraud*) di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam angka 7 dilakukan identifikasi, analisa data, dan pelaporan oleh tim kepada pimpinan masing masing institusi untuk diambil langkah-langkah penyelesaian.
9. Tindakan penanganan kecurangan (*fraud*) di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam angka 2 huruf c, dilaksanakan melalui kegiatan audit investigatif mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pelaporan dan tindak lanjut hasil rekomendasi audit dari tim pencegahan kecurangan (*fraud*) sebagai bahan pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan memberikan sanksi administratif kepegawaian sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan atau peraturan lain di bidang kepegawaian yang ditetapkan fasilitas pelayanan kesehatan.

10. Mekanisme dan tahapan penyelesaian kasus kecurangan (*fraud*):

a. Tingkat Fasilitas pelayanan kesehatan

- 1) Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) di Fasilitas Kesehatan bersama manajemen menyelesaikan kasus kecurangan (*fraud*) yang ditemukan dari deteksi dini.
- 2) Hasil penanganan kasus kecurangan (*fraud*) di fasilitas pelayanan kesehatan dapat berupa perbaikan internal dan/atau pengenaan sanksi internal kepada pelaku.
- 3) Dalam hal kasus kecurangan (*fraud*) tidak dapat diselesaikan secara internal:
  - a) Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) fasilitas pelayanan kesehatan milik kementerian/lembaga melaporkan kepada tim pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) pusat.
  - b) Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) fasilitas pelayanan kesehatan selain milik kementerian/lembaga melaporkan kasus kepada tim pencegahan kecurangan (*fraud*) pada dinas kesehatan kabupaten/kota,

b. Tingkat kabupaten/kota

- 1) Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) dinas kesehatan kabupaten/kota menyelesaikan kasus Kecurangan (*fraud*) yang ditemukan dari deteksi, atau yang dilaporkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan/BPJS Kesehatan/Pemangku Kepentingan lainnya.
- 2) Hasil penyelesaian kasus oleh Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) pada dinas kesehatan kabupaten/kota dapat berupa rekomendasi perbaikan dan/atau pengenaan sanksi perbaikan administratif.
- 3) Dalam hal kasus kecurangan (*fraud*) tidak dapat diselesaikan oleh Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) pada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, maka kasus dilaporkan kepada Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi.

c. Tingkat provinsi

- 1) Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi menyelesaikan kasus kecurangan (*fraud*) yang ditemukan dari deteksi atau kasus kecurangan (*fraud*) yang dilaporkan oleh Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) Kabupaten/Kota.
- 2) Hasil penyelesaian kasus oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) pada dinas kesehatan daerah Provinsi dapat berupa rekomendasi perbaikan dan/atau sanksi administratif.
- 3) Dalam hal kasus kecurangan tidak dapat diselesaikan, maka Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi melaporkan kasus kepada Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Pusat.

- d. Tingkat Pusat
- 1) Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat pusat menyelesaikan kasus kecurangan (*fraud*) yang ditemukan dari deteksi atau yang dilaporkan oleh Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) dari fasilitas kesehatan milik kementerian/lembaga, atau kasus kecurangan (*fraud*) dan/atau oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi.
  - 2) Dalam hal penyelesaian kasus kecurangan atas laporan dari Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) dari fasilitas kesehatan milik kementerian/lembaga, Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat pusat harus berkoordinasi dengan kementerian/lembaga terkait.
  - 3) Hasil penyelesaian kasus oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Pusat dapat berupa rekomendasi perbaikan sistem dan regulasi, sanksi administratif, pemeriksaan pelanggaran kode etik, dan/atau pelaporan kepada aparat penegak hukum.
11. Menteri, Kepala Dinas Kesehatan daerah provinsi, Kepala Dinas Kesehatan daerah kabupaten/kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam program JKN berdasarkan kewenangan masing-masing sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
12. Kategori pelanggaran kecurangan (*fraud*) terdiri atas:
- a. kerugian kurang dari Rp 50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah) setiap jenis Kecurangan (*fraud*), dikategorikan sebagai pelanggaran ringan;
  - b. kerugian antara Rp 50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah) sampai dengan Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah) setiap jenis Kecurangan (*fraud*) atau sudah pernah dikenakan sanksi pelanggaran ringan, dikategorikan sebagai pelanggaran sedang; dan
  - c. kerugian lebih dari Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah) setiap jenis Kecurangan (*fraud*) atau sudah pernah dikenakan sanksi pelanggaran sedang, dikategorikan sebagai pelanggaran berat.
13. Dalam rangka pengawasan, Menteri, Kepala Dinas Kesehatan daerah Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan daerah Kabupaten/Kota berdasarkan rekomendasi tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) dapat memberikan sanksi administratif sesuai kewenangannya terhadap pelanggaran yang dilakukan, berupa:
- a. teguran lisan;
  - b. teguran tertulis;
  - c. perintah pengembalian kerugian akibat Kecurangan (*fraud*) pada pihak yang dirugikan;
  - d. sanksi tambahan denda administratif; dan/atau

- e. sanksi peninjauan perizinan sampai dengan pencabutan izin baik untuk fasilitas pelayanan kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.
14. Sanksi administratif berupa perintah pengembalian kerugian akibat kecurangan (*fraud*) kepada pihak yang dirugikan sebagaimana dimaksud dalam angka 12 huruf c, merupakan pengembalian dan/atau pembayaran denda yang dilakukan paling lambat 3 (tiga) bulan sejak putusan sanksi administratif diterima.
15. Pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud dalam angka 12 huruf d terdiri atas:
  - a. sebesar 25% dari jumlah pengembalian kerugian perjenis Kecurangan (*fraud*) untuk kategori pelanggaran sedang;
  - b. sebesar 50% dari jumlah pengembalian kerugian perjenis kecurangan (*fraud*) untuk kategori pelanggaran berat; dan
  - c. Jumlah denda yang dikenakan untuk seluruh jenis kecurangan (*fraud*) yang dilakukan paling banyak Rp 250.000.000,00 (dua ratus lima puluh juta rupiah).
16. Pemberian sanksi administratif kepada fasilitas pelayanan kesehatan atau sumber daya manusia kesehatan pemberi pelayanan dapat diikuti dengan sanksi terhadap perizinan sampai dengan pencabutan izin sebagaimana dimaksud dalam angka 12 huruf e yang pelaksanaannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, dengan mempertimbangkan keberlangsungan pelayanan kesehatan kepada peserta.
17. Sanksi administratif akibat kecurangan yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan diberikan berdasarkan kategori pelanggaran kecurangan (*fraud*):
  - a. teguran tertulis untuk pelanggaran ringan.
  - b. penundaan pengumpulan SKP selama 6 bulan untuk pelanggaran sedang.
  - c. Pencabutan SIP selama paling lama 1 tahun untuk pelanggaran berat
18. Semua pelaku kecurangan (*fraud*) sebagaimana dimaksud dalam angka 17 dicatat dalam aplikasi Satu Sehat Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK).
19. Pihak yang dikenakan sanksi administratif dapat menyampaikan keberatan paling lama 7 (tujuh) hari kerja sejak diterimanya sanksi administratif dengan memberikan alasan keberatan dan menunjukkan bukti yang menguatkan.
20. Dalam hal pihak yang dikenakan sanksi administratif tidak melaksanakan sanksi, maka Menteri, kepala dinas Kesehatan provinsi, kepala dinas kesehatan kabupaten/kota atau pejabat instansi yang berwenang dapat meneruskan ke aparat penegak hukum.
21. Sanksi administratif tidak menghapus sanksi pidana sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Demikian Surat Edaran ini disampaikan untuk dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Jakarta  
Pada tanggal 20 September 2024

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

BUDI G. SADIKIN

Tembusan:  
Direktur Utama BPJS Kesehatan

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,  
  
Indah Febrianti, S.H., M.H.  
NIP 197802122003122003