



Evaluasi dan Penguatan Sanksi Hukum dalam Penanggulangan Kecurangan (*Fraud*) pada Sistem Pembayaran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia

Heni Riswanti^{1*}, Toto Tohir², Alma Lucyanti³

¹⁻³ Ilmu Hukum, Universitas Islam Bandung, Indonesia

*Penulis Korespondensi: heni.riswanti79@gmail.com

Abstract. Although JKN aims to provide equitable and quality health services, fraudulent practices, such as phantom billing and diagnosis manipulation, continue to grow, harming BPJS Kesehatan and participants. This study aims to examine the effectiveness of legal sanctions against JKN claim fraud in FKRTL and identify gaps in their implementation. Although regulations are in place, law enforcement remains weak, with administrative sanctions failing to provide sufficient deterrence. The gap in this research lies in the lack of application of criminal sanctions in fraud cases, especially in existing regulations. The novelty of this research is its comparative approach between current administrative sanctions and the potential application of criminal sanctions in the context of healthcare fraud. The research method uses a normative-descriptive approach, analyzing regulations and fraud audit results, and identifying gaps in the implementation of legal sanctions. The results of the study indicate that strengthening criminal sanctions and integrating technology in claim monitoring can increase the effectiveness of fraud prevention. These findings are expected to strengthen regulations and improve the integrity of the JKN system, as well as provide policy recommendations for more effective law enforcement.

Keywords: *Fraud; Good Governance; National Health Insurance; Claims Oversight; Legal Sanctions.*

Abstrak. Meskipun JKN bertujuan untuk memberikan layanan kesehatan yang merata dan berkualitas, praktik kecurangan, seperti phantom billing dan manipulasi diagnosis, terus berkembang, merugikan BPJS Kesehatan dan peserta. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji efektivitas sanksi hukum terhadap kecurangan klaim JKN di FKRTL dan mengidentifikasi kesenjangan dalam penerapannya. Meskipun regulasi telah ada, penegakan hukum masih lemah, dengan sanksi administratif yang tidak memberikan efek jera yang cukup. Gap penelitian ini terletak pada kurangnya penerapan sanksi pidana dalam kasus *fraud*, terutama dalam regulasi yang ada. Novelty dari penelitian ini adalah pendekatan komparatif antara sanksi administratif yang berlaku saat ini dan potensi penerapan sanksi pidana dalam konteks *fraud* pelayanan kesehatan. Metode penelitian menggunakan pendekatan normatif-deskriptif, dengan menganalisis regulasi dan hasil audit *fraud*, serta mengidentifikasi kesenjangan dalam implementasi sanksi hukum. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penguatan sanksi pidana dan integrasi teknologi dalam pengawasan klaim dapat meningkatkan efektivitas pencegahan *fraud*. Temuan ini diharapkan dapat memperkuat regulasi dan meningkatkan integritas sistem JKN, serta memberi rekomendasi kebijakan untuk penegakan hukum yang lebih efektif.

Kata kunci: *Fraud; Good Governance; Jaminan Kesehatan Nasional; Pengawasan Klaim; Sanksi Hukum.*

1. LATAR BELAKANG

Kesehatan merupakan hak asasi yang fundamental bagi setiap manusia dan telah diakui secara universal melalui *Universal Declaration of Human Rights* tahun 1948, khususnya Pasal 25 ayat (1) yang menegaskan hak setiap individu atas standar hidup layak untuk menjamin kesehatan dan kesejahteraan dirinya serta keluarganya (Kartika et al., 2025). Dalam konteks negara modern, kesehatan tidak hanya dimaknai sebagai kebutuhan dasar, tetapi juga sebagai investasi strategis dalam pembangunan sumber daya manusia dan peningkatan produktivitas ekonomi nasional. Negara-negara dunia, termasuk Indonesia, menegaskan komitmennya terhadap pemenuhan hak kesehatan melalui implementasi kebijakan *Universal Health Coverage* (UHC) yang bertujuan memastikan seluruh warga negara memperoleh akses

terhadap layanan kesehatan yang berkualitas tanpa menghadapi kesulitan finansial (Collins et al., 2023).

Indonesia mewujudkan komitmen tersebut melalui penyelenggaraan *Jaminan Kesehatan Nasional* (JKN) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Program JKN yang mulai beroperasi sejak 1 Januari 2014 bertujuan menjamin akses pelayanan kesehatan yang merata, berkeadilan, dan berkesinambungan bagi seluruh lapisan masyarakat (Sabila et al., 2024). Namun, di tengah tujuan mulia, implementasi JKN menghadapi tantangan serius dalam hal tata kelola keuangan, efektivitas pelayanan, dan integritas pelaksanaan program. Salah satu persoalan krusial yang mengemuka adalah praktik kecurangan (*fraud*) dalam klaim pelayanan kesehatan, terutama di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), yang berpotensi menimbulkan kerugian keuangan negara dan mengganggu keberlanjutan program JKN (Khoiri et al., 2020).

Kecurangan dalam pelayanan kesehatan (*healthcare fraud*) secara umum dipahami sebagai tindakan yang dilakukan dengan sengaja untuk memperoleh keuntungan finansial melalui perbuatan yang melanggar hukum atau etika profesi. Menurut *Association of Certified Fraud Examiners* (ACFE) 2025, sektor kesehatan termasuk salah satu bidang dengan tingkat risiko *fraud* tertinggi di dunia, di mana kerugian akibat kecurangan diperkirakan mencapai 3-10% dari total dana kesehatan yang dikelola setiap tahunnya. Di Indonesia, laporan Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) tahun 2024 mengungkap adanya indikasi *fraud* pada klaim JKN dengan modus *phantom billing* dan *manipulation diagnosis* di sejumlah rumah sakit di Jawa Tengah dan Sumatera Utara, dengan potensi kerugian mencapai miliaran rupiah. Temuan ini memperkuat fakta bahwa sistem pembayaran berbasis *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBGs) yang diterapkan BPJS Kesehatan masih membuka celah bagi penyimpangan administratif maupun moral hazard dari pihak penyelenggara pelayanan (KPK, 2024).

Berbagai penelitian telah menyoroti kompleksitas masalah *fraud* dalam JKN. Djasri et al., (2016) menjelaskan bahwa *fraud* dalam sistem jaminan kesehatan sering muncul dalam bentuk *upcoding*, *inflated bills*, dan *phantom billing*, yang umumnya dilakukan oleh tenaga medis maupun manajemen rumah sakit untuk memperoleh pembayaran berlebih dari BPJS. Studi lain oleh Santoso et al., (2018) dan Hartati (2016) mengaitkan fenomena tersebut dengan lemahnya pengawasan dan kurang optimalnya sistem audit klaim di fasilitas kesehatan. Penelitian terbaru oleh Sari et al., (2022) dalam *Jurnal Hukum Kesehatan Masyarakat* menyimpulkan bahwa regulasi terkait pencegahan dan sanksi *fraud* masih bersifat

administratif, tanpa efek jera yang cukup kuat untuk menekan angka pelanggaran. Hal ini menunjukkan adanya kebutuhan mendesak untuk memperkuat aspek penegakan hukum terhadap pelaku *fraud* di bidang kesehatan.

Kebijakan hukum yang ada saat ini masih cenderung menitikberatkan pada aspek administratif sebagaimana diatur dalam *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019* tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) dalam Program JKN. Regulasi tersebut mengatur sanksi berupa teguran, pengembalian kerugian, hingga denda administratif, namun belum secara eksplisit mencantumkan sanksi pidana bagi pelaku *fraud*, terutama di tingkat FKRTL. Kondisi ini menimbulkan kesenjangan antara norma hukum dan realitas pelaksanaan, di mana tindakan kecurangan yang merugikan keuangan negara seharusnya dapat dijera dengan ketentuan pidana sebagaimana diatur dalam Pasal 378 dan Pasal 381 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) tentang penipuan dan penyalahgunaan perjanjian asuransi. Kekosongan pengaturan sanksi pidana dalam konteks *fraud* pelayanan kesehatan menjadi *legal gap* yang perlu dikaji secara mendalam.

Urgensi penelitian ini semakin tinggi mengingat besarnya dana publik yang dikelola BPJS Kesehatan setiap tahunnya. Pada tahun 2023, total pembayaran klaim pelayanan kesehatan oleh BPJS mencapai Rp158 triliun. Apabila potensi *fraud* sebesar 5% saja dari total anggaran tersebut benar terjadi, maka kerugian negara bisa mencapai Rp7,9 triliun per tahun (Ridwansyah, 2025). Angka ini menunjukkan bahwa *fraud* bukan hanya pelanggaran administratif, tetapi merupakan kejahatan yang memiliki dampak sistemik terhadap keberlanjutan program jaminan sosial. Tanpa penegakan hukum yang tegas, integritas sistem JKN akan terus terancam dan kepercayaan publik terhadap pelayanan kesehatan nasional akan menurun.

Berdasarkan *gap analysis* terhadap penelitian dan regulasi sebelumnya, penelitian ini hadir untuk mengeksplorasi bagaimana sanksi hukum terhadap kecurangan klaim JKN diterapkan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan, serta bagaimana penerapan sanksi tersebut bisa diperbaiki agar lebih efektif dalam mencegah dan menanggulangi *fraud*. Penelitian ini juga bertujuan untuk memberikan rekomendasi terkait dengan perubahan regulasi dan penguatan sistem pengawasan dalam rangka meningkatkan integritas sistem jaminan kesehatan di Indonesia.

Kebaruan (*novelty*) penelitian ini terletak pada upaya mengkaji secara yuridis sanksi hukum terhadap fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (FKRTL) yang melakukan kecurangan klaim JKN dengan pendekatan komparatif antara sanksi administratif yang berlaku saat ini dan potensi penerapan sanksi pidana dalam sistem hukum nasional. Berbeda dari penelitian

sebelumnya yang berfokus pada aspek manajerial dan pencegahan *fraud*, penelitian ini menitikberatkan pada analisis normatif tentang efektivitas sanksi hukum sebagai instrumen deterrent dalam mencegah penyimpangan pada sistem pembiayaan kesehatan publik.

Dengan demikian, penelitian ini diharapkan dapat menjadi pijakan konseptual bagi pengembangan regulasi baru yang tidak hanya menekankan aspek administratif, tetapi juga memberikan landasan hukum pidana yang tegas dan proporsional terhadap setiap bentuk kecurangan dalam sistem JKN. Dengan demikian, tercipta sistem hukum kesehatan yang tidak hanya menjamin efisiensi dan keadilan, tetapi juga menjunjung tinggi nilai integritas dan tanggung jawab publik dalam pengelolaan dana jaminan kesehatan nasional.

2. KAJIAN TEORITIS

Dalam kajian ini, peran sanksi hukum dalam penegakan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sangat penting sebagai instrumen untuk mencegah praktik kecurangan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Sanksi hukum yang diterapkan di Indonesia harus memperhatikan teori-teori hukum yang berlaku, serta dapat menanggapi secara tepat permasalahan yang dihadapi dalam pelaksanaan JKN, khususnya terkait dengan penanganan *fraud* (Pakpahan et al., 2021). Sanksi hukum yang efektif harus mengikuti prinsip keadilan substantif dan deterren, mengingat adanya ketimpangan antara pelaksanaan hukum yang sudah ada dan kenyataan di lapangan, seperti yang tercermin dalam laporan KPK (2024) yang menemukan adanya kecurangan di rumah sakit di Jawa Tengah dan Sumatera Utara.

Teori Utilitarianisme yang dikemukakan oleh Jeremy Bentham menjadi dasar utama dalam mengkaji efek dari penerapan sanksi hukum. Sanksi, dalam pandangan Bentham, tidak hanya berfungsi sebagai hukuman tetapi juga sebagai alat untuk memberikan pendidikan moral kepada masyarakat (Bentham, 2000). Dalam konteks JKN, sanksi yang diberikan kepada pelaku kecurangan harus mengandung *deterrent effect*, yaitu mencegah terjadinya tindakan serupa di masa depan, sekaligus memperbaiki moralitas pelaku dan pihak lainnya yang terlibat dalam sistem (Purnomo & Hosein, 2025a). Sejalan dengan hal ini, penerapan sanksi yang tegas diharapkan dapat mengurangi praktik manipulasi klaim seperti *phantom billing* atau *manipulation diagnosis*, yang merugikan sistem dan peserta JKN (Wicaksono & Khasanah, 2025).

Seiring dengan itu, teori *good governance* menjadi relevansi dalam pengelolaan sanksi terhadap praktik *fraud*. *Good governance* menekankan prinsip akuntabilitas, transparansi, dan keadilan, yang harus diterapkan dalam pengelolaan sistem kesehatan publik (Marif et al., 2021). Sanksi hukum yang proporsional harus mencerminkan prinsip-prinsip ini, dengan tidak

hanya menilai perbuatan secara administratif, tetapi juga memperhatikan aspek moral dan integritas dari pelaku yang melakukan penyimpangan dalam klaim pelayanan kesehatan (Suhardi et al., 2023). Oleh karena itu, selain sanksi administratif, perlu ada evaluasi lebih lanjut terkait penerapan sanksi pidana, sesuai dengan Pasal 378 dan Pasal 381 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) yang mengatur penipuan dalam konteks penyalahgunaan perjanjian asuransi.

Teori Keadilan Distributif yang dikemukakan oleh John Rawls juga sangat relevan dalam konteks ini. Rawls menekankan bahwa keadilan dalam distribusi sumber daya harus menjamin bahwa setiap individu, tanpa terkecuali, memiliki kesempatan yang sama dalam mengakses sumber daya, dalam hal ini adalah akses terhadap pelayanan kesehatan yang adil (Fritz & Cox, 2020). Praktik *fraud*, yang mengalihkan dana kesehatan untuk kepentingan pribadi, tentu saja bertentangan dengan prinsip keadilan distributif ini (Soled, 2021). Oleh karena itu, penerapan sanksi hukum tidak hanya berfungsi untuk memberikan efek jera, tetapi juga untuk memastikan bahwa distribusi dana publik digunakan sesuai dengan tujuannya, yaitu untuk kesejahteraan rakyat secara adil.

Sanksi hukum terhadap tindakan *fraud* harus berorientasi pada pencapaian tujuan jangka panjang yang lebih besar, yakni menjamin keberlanjutan program jaminan sosial serta menjaga kepercayaan publik terhadap sistem kesehatan nasional. Teori pencegahan umum dari *Cesare Beccaria*, yang menegaskan bahwa pencegahan lebih efektif daripada pembalasan, dapat diterapkan dalam kerangka ini (Menegatti, 2023). Dengan menerapkan sanksi yang lebih tegas, termasuk sanksi pidana apabila diperlukan, dapat memperkuat sistem pengawasan dan mengurangi potensi penyimpangan yang terjadi dalam praktik pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan analisis yang dikembangkan dalam Kerangka Pemikiran penelitian ini yang menekankan pentingnya penegakan hukum secara menyeluruh untuk mencegah kerugian yang lebih besar di masa mendatang.

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan normatif dengan desain penelitian deskriptif untuk menganalisis sanksi hukum terhadap kecurangan (*fraud*) dalam klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Data yang digunakan merupakan data sekunder yang diperoleh melalui studi pustaka, termasuk peraturan perundang-undangan (Ali, 2021), laporan kasus *fraud*, dan penelitian terdahulu. Penelitian ini mengkaji studi kasus dari rumah sakit yang terindikasi melakukan *fraud*, seperti phantom billing dan manipulasi diagnosis, berdasarkan laporan Komisi Pemberantasan

Korupsi (KPK) dan BPJS Kesehatan. Data dikumpulkan melalui analisis dokumen hukum dan regulasi terkait, seperti Permenkes No. 16 Tahun 2019, serta hasil audit dan investigasi *fraud*. Pendekatan kualitatif digunakan untuk menganalisis hubungan antara norma hukum yang ada dan praktik *fraud*, serta mengidentifikasi kesenjangan dalam implementasi sanksi (Rizkia & Fardiansyah, 2023). Penelitian ini bertujuan memberikan kontribusi terhadap perbaikan kebijakan dan pengawasan sistem jaminan kesehatan di Indonesia.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Sanksi Hukum terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Klaim JKN di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL)

Kecurangan dalam klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan salah satu masalah serius yang dapat mengancam keberlanjutan sistem jaminan kesehatan di Indonesia. *Fraud* dalam konteks ini merujuk pada segala bentuk manipulasi atau penipuan yang dilakukan oleh berbagai pihak yang terlibat dalam sistem JKN, baik itu penyelenggara layanan kesehatan, peserta, maupun pihak ketiga seperti penyedia obat dan alat kesehatan (Agustini et al., 2025). Tindakan *fraud* semacam ini tidak hanya merugikan BPJS Kesehatan sebagai lembaga pengelola dana, tetapi juga berdampak langsung pada keuangan negara yang disalurkan untuk pembiayaan layanan kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, penegakan sanksi hukum terhadap pelaku *fraud* dalam klaim JKN menjadi hal yang sangat penting untuk menjaga integritas sistem kesehatan nasional, agar sistem ini tetap berjalan dengan adil dan efisien.

Fraud dalam klaim JKN bisa terjadi dalam berbagai bentuk, mulai dari penggelembungan biaya (*inflated billing*), penyalahgunaan layanan medis (*unnecessary services*), pemalsuan klaim (*phantom billing*), hingga manipulasi diagnosis medis untuk memperoleh keuntungan pribadi. Di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), yang menggunakan sistem pembiayaan berbasis *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBGs), peluang untuk terjadinya kecurangan semakin besar. Hal ini karena adanya ruang untuk mengubah kode diagnosis atau prosedur medis yang tidak sesuai dengan kondisi pasien guna menaikkan tarif layanan yang diklaim. Praktik-praktik *fraud* ini merugikan sistem, karena klaim yang diajukan tidak mencerminkan pelayanan medis yang sesungguhnya diterima oleh pasien, melainkan merupakan hasil manipulasi demi keuntungan tertentu. Dengan demikian, *fraud* tidak hanya merugikan pihak yang ditipu, tetapi juga merusak kepercayaan publik terhadap sistem kesehatan yang sudah dirancang untuk memberikan layanan yang adil bagi seluruh warga negara.

Untuk menanggulangi permasalahan *fraud* dalam klaim JKN, Indonesia telah mengatur penerapan sanksi hukum melalui berbagai peraturan, salah satunya adalah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Dalam peraturan tersebut, terdapat tiga jenis sanksi yang dapat diterapkan terhadap pelaku kecurangan, yaitu sanksi administratif, pidana, dan perdata. Sanksi administratif ini bertujuan untuk memberi respons terhadap pelanggaran administratif yang terjadi dalam klaim JKN. Bentuk sanksinya bisa berupa teguran lisan atau tertulis, pengembalian dana yang dicurangi, denda administratif, hingga pencabutan izin operasional bagi fasilitas kesehatan yang terbukti melakukan *fraud* (Purnomo & Hosein, 2025b). Meskipun demikian, penerapan sanksi administratif seringkali tidak cukup memberikan efek jera yang signifikan, terutama bagi pelaku yang memperoleh keuntungan besar dari praktik kecurangan tersebut. Sanksi administratif cenderung bersifat ringan jika dibandingkan dengan potensi kerugian yang ditimbulkan dari *fraud*, sehingga efektivitasnya dalam menanggulangi masalah ini masih dipertanyakan.

Selain sanksi administratif, pelaku *fraud* dalam klaim JKN juga dapat dikenakan sanksi pidana, terutama jika tindakan yang dilakukan memenuhi unsur-unsur kejahatan dalam hukum pidana. Berdasarkan Pasal 378 dan Pasal 381 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP), tindakan *fraud* dalam klaim JKN bisa digolongkan sebagai penipuan atau pemalsuan dokumen yang merugikan negara atau pihak lain. Sanksi pidana yang diatur dalam KUHP memberikan ancaman hukuman yang lebih berat, termasuk pidana penjara dan denda, yang diharapkan dapat memberikan efek jera yang lebih kuat bagi pelaku. Penerapan sanksi pidana ini menjadi penting, karena *fraud* yang dilakukan di sektor kesehatan bukan hanya pelanggaran administratif, melainkan juga tindakan yang merugikan negara secara sistemik. Oleh karena itu, penegakan hukum pidana menjadi bagian dari upaya untuk menghentikan praktik *fraud* yang berkelanjutan.

Namun, penerapan sanksi pidana dalam konteks *fraud* dalam klaim JKN masih menghadapi berbagai tantangan. Salah satu hambatan utama adalah pembuktian tindak pidana *fraud* yang sering kali dilakukan dengan cara yang sangat tersembunyi, menggunakan data palsu atau rekayasa medis yang sulit terdeteksi tanpa investigasi yang mendalam. Selain itu, rendahnya pemahaman tentang risiko hukum di kalangan penyedia layanan kesehatan juga turut memperburuk situasi ini. Meskipun BPJS Kesehatan telah berusaha meningkatkan pengawasan dan transparansi dalam proses klaim, masih banyak fasilitas kesehatan yang beroperasi tanpa pengawasan yang memadai, yang memungkinkan penyimpangan-penyimpangan terus terjadi tanpa adanya tindakan tegas. Oleh karena itu, untuk memperkuat

penegakan sanksi pidana, dibutuhkan peningkatan sistem pengawasan dan audit yang lebih efektif serta penggunaan teknologi canggih untuk mendeteksi pola-pola kecurangan dalam klaim JKN.

Selain itu, sanksi perdata juga dapat dikenakan terhadap pelaku *fraud*, terutama untuk mengembalikan kerugian yang timbul akibat tindakan penipuan tersebut. Sesuai dengan ketentuan dalam Pasal 1338 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUH Perdata), setiap perjanjian yang dilanggar berpotensi menimbulkan kewajiban bagi pelaku untuk mengganti kerugian yang diderita oleh pihak yang dirugikan. Dalam konteks klaim JKN, kerugian ini bisa meliputi pengembalian dana klaim yang dibayar secara tidak sah serta denda administratif yang dapat diberikan oleh pihak yang berwenang. Sanksi perdata ini bertujuan untuk memulihkan kondisi semula, di mana kerugian yang ditimbulkan akibat kecurangan dapat diperbaiki melalui pengembalian dana atau ganti rugi yang layak. Penerapan sanksi perdata dalam kasus *fraud* di sektor kesehatan bertujuan untuk menjaga akuntabilitas sistem kesehatan dan memastikan bahwa dana yang digunakan untuk pelayanan kesehatan benar-benar diterima oleh yang berhak.

Namun, kendala utama dalam penerapan sanksi terhadap pelaku *fraud* dalam klaim JKN adalah lemahnya pengawasan dan ketidaktegasan dalam penerapan sanksi. Kasus kecurangan yang ditemukan di beberapa rumah sakit seringkali hanya dikenakan sanksi administratif berupa pengembalian dana, yang tidak cukup memberi efek jera bagi pelaku. Bahkan, meskipun sudah dilakukan audit dan ditemukan adanya kecurangan, pengembalian dana seringkali tidak disertai dengan sanksi pidana atau perdata yang tegas. Hal ini mencerminkan adanya celah dalam sistem penegakan hukum yang harus segera diperbaiki.

Oleh karena itu, untuk menciptakan deterrence yang lebih efektif, penerapan sanksi harus berkelanjutan dan bersifat progresif. Misalnya, apabila pelanggaran dilakukan berulang kali oleh fasilitas yang sama, maka sanksi administratif bisa diperberat dengan pembatasan akses klaim atau pembekuan sementara izin operasional rumah sakit yang terlibat. Sanksi pidana pun harus diterapkan pada pelanggaran yang merugikan negara dalam jumlah yang signifikan, terutama jika kecurangan tersebut dilakukan secara terorganisir dan sistematis. Selain itu, penegakan hukum dalam hal sanksi perdata harus dilakukan dengan segera, termasuk pengembalian dana yang telah dibayarkan dan pembayaran denda yang setimpal dengan kerugian yang ditimbulkan. Proses pengembalian dana yang lama, seperti yang terjadi pada RS Padma Lalita, harus dihindari dengan penerapan sistem yang lebih ketat dan lebih transparan.

Salah satu langkah penting dalam meningkatkan efektivitas sanksi adalah memanfaatkan teknologi untuk mendeteksi kecurangan lebih dini. Penggunaan sistem berbasis teknologi, seperti *data mining*, *machine learning*, dan *predictive analytics*, dapat mengidentifikasi pola-pola anomali dalam klaim yang mungkin tidak terlihat dengan metode pemeriksaan administratif tradisional. Teknologi ini memungkinkan pengawasan yang lebih akurat dan real-time, serta memudahkan auditor dan regulator dalam menemukan indikasi kecurangan sejak awal. Oleh karena itu, perlu ada kolaborasi yang erat antara BPJS Kesehatan dan pihak-pihak terkait lainnya, seperti KPK, untuk mengembangkan dan mengimplementasikan sistem teknologi yang dapat mengidentifikasi anomali klaim secara lebih cepat dan efisien.

Selain itu, teknologi ini juga dapat berfungsi sebagai alat untuk meningkatkan transparansi dalam penegakan sanksi. Misalnya, dengan adanya sistem yang terintegrasi antara BPJS Kesehatan, rumah sakit, dan Dinas Kesehatan, maka data klaim dapat dipantau dan diaudit lebih efisien. Hal ini akan meminimalkan potensi manipulasi data dan memastikan bahwa sanksi yang diberikan kepada pelaku *fraud* lebih tepat sasaran.

Sebagai langkah akhir, untuk memastikan efektivitas penegakan sanksi dalam mencegah kecurangan dalam klaim JKN di FKRTL, dibutuhkan sinergi antara regulasi yang kuat, pengawasan yang lebih ketat, dan penerapan teknologi untuk mendeteksi dan mencegah kecurangan sejak dini. Sanksi yang dijatuhkan haruslah seimbang dan proporsional dengan jenis dan dampak dari kecurangan yang dilakukan. Sanksi administratif, pidana, dan perdata harus diterapkan secara simultan dan progresif, dengan memperhatikan tingkat kerugian dan besarnya potensi kecurangan yang terjadi.

Penerapan sanksi yang lebih tegas dan transparan, ditambah dengan upaya preventif dan detektif yang memanfaatkan teknologi, akan memberikan efek jera yang lebih besar kepada pelaku *fraud*. Dengan demikian, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dapat berjalan dengan lebih adil dan efisien, serta memastikan bahwa dana kesehatan yang digunakan untuk pelayanan masyarakat dapat dikelola dengan akuntabilitas yang tinggi. Tanpa adanya penegakan sanksi yang tegas dan konsisten, praktik kecurangan dalam klaim kesehatan akan terus berlanjut, merugikan negara dan masyarakat, serta merusak integritas sistem kesehatan nasional.

Analisis Faktor Peningkatan Efektivitas Penegakan Sanksi dalam Mencegah Kecurangan (*Fraud*)

Fraud dalam klaim JKN tidak hanya merugikan pihak BPJS Kesehatan, tetapi juga dapat merusak kepercayaan publik terhadap sistem jaminan kesehatan nasional. Kecurangan dalam klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia terus menjadi tantangan besar dalam menjaga keberlanjutan sistem kesehatan. Pemantauan Indonesia Corruption Watch (ICW) menemukan 49 kasus dugaan kecurangan antara 2017 hingga 2019 yang melibatkan peserta, BPJS Kesehatan, tenaga kesehatan, dan pemasok alat kesehatan, dengan modus mulai dari penggelembungan biaya hingga penyalahgunaan layanan di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) (Krisna et al., 2021).

Penyebab utama terjadinya kecurangan dalam klaim FKRTL dapat dikategorikan menjadi tiga aspek utama, yaitu **aspek struktural**, **sistemik**, dan **individu**. Penyebab struktural dari kecurangan dalam klaim FKRTL di Indonesia sangat erat kaitannya dengan tumpang tindih kewenangan antara BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan, dan fasilitas kesehatan itu sendiri. Ketidakjelasan pembagian tugas dan tanggung jawab di antara lembaga-lembaga ini menciptakan ruang kosong dalam mekanisme pengawasan dan penegakan hukum yang efektif. Dalam hal ini, tidak hanya BPJS Kesehatan yang memiliki kewenangan untuk mengawasi klaim, namun juga Dinas Kesehatan yang bertanggung jawab atas regulasi di tingkat daerah. Dengan adanya tumpang tindih ini, penegakan sanksi administratif dan hukum menjadi kurang konsisten dan lambat.

Contoh nyata dari permasalahan struktural ini adalah ketidakjelasan jalur komunikasi antara BPJS Kesehatan dengan rumah sakit dalam hal penanganan kecurangan. Di satu sisi, BPJS Kesehatan memiliki kewenangan untuk melakukan verifikasi dan validasi klaim, namun pada sisi lain, rumah sakit yang merupakan penyedia layanan kesehatan sering kali tidak dilibatkan secara langsung dalam proses tersebut. Akibatnya, saat kecurangan terdeteksi, sering kali tidak ada mekanisme yang cepat dan efisien untuk menyelesaikan masalah, baik dalam bentuk pengembalian dana yang tidak sah maupun pemberian sanksi yang proporsional.

Sebagai contoh, kasus *phantom billing* yang terjadi di berbagai rumah sakit, di mana klaim ditagihkan untuk layanan yang tidak pernah diberikan, mengungkapkan ketidakefektifan mekanisme pengawasan ini. Bahkan dengan temuan temuan audit, seperti yang terjadi di RS Padma Lalita di Kabupaten Magelang dan RS Muhammadiyah di Bandung, proses penegakan hukum terhadap pelaku *fraud* masih berjalan lambat, dengan kerugian yang terus bertambah sebelum ada tindakan tegas dari lembaga berwenang. Fenomena ini mengindikasikan adanya

kegagalan dalam koordinasi antar lembaga pengawas yang berperan penting dalam menjaga integritas sistem klaim JKN.

Di sisi sistemik, struktur sistem pembayaran berbasis *case-based groups* (CBGs) yang digunakan oleh BPJS Kesehatan juga memfasilitasi terjadinya manipulasi klaim oleh rumah sakit. Dalam sistem CBGs, rumah sakit mendapatkan pembayaran berdasarkan jenis perawatan yang diberikan kepada pasien, yang dikategorikan berdasarkan diagnosis medis yang tercatat (Idris et al., 2020). Namun, sistem ini sering dimanfaatkan oleh rumah sakit untuk melakukan *upcoding*, yaitu mengubah kode diagnosis atau prosedur medis untuk memperoleh tarif yang lebih tinggi dari yang seharusnya. Praktik ini sangat merugikan BPJS Kesehatan, serta berdampak pada alokasi dana yang tidak efisien dalam sistem jaminan kesehatan.

Kelemahan lain dalam sistem ini adalah kurangnya integrasi antara sistem verifikasi klaim BPJS Kesehatan dan sistem rekam medis elektronik (RME) di rumah sakit. Verifikasi klaim yang dilakukan BPJS Kesehatan masih sangat bergantung pada pemeriksaan administratif, seperti pengecekan dokumen klaim dan bukti medis yang disertakan. Namun, apabila klaim tersebut tidak memiliki dasar rekam medis yang jelas atau tidak diperiksa secara menyeluruh dengan sistem RME yang lebih terintegrasi, maka anomali klaim dapat lolos begitu saja. Hal ini membuka ruang bagi pelaku kecurangan untuk memanipulasi data dan mengajukan klaim yang tidak sesuai dengan kenyataan.

Penggunaan teknologi seperti *data mining*, *machine learning*, dan *predictive analytics* seharusnya dapat menjadi alat yang sangat efektif dalam mendeteksi anomali klaim lebih dini. Teknologi ini dapat mendeteksi pola-pola yang mencurigakan, seperti peningkatan klaim untuk diagnosis tertentu atau biaya yang tidak sesuai dengan tindakan medis yang dilakukan. Dengan integrasi teknologi yang lebih kuat, diharapkan praktik *upcoding* dan *phantom billing* dapat lebih mudah terdeteksi, sehingga pengawasan klaim menjadi lebih efektif dan efisien.

Di tingkat individu, terdapat faktor moral hazard yang sangat mempengaruhi terjadinya kecurangan dalam klaim JKN. Fenomena ini terjadi karena adanya ketidakseimbangan antara potensi keuntungan yang dapat diperoleh dari kecurangan dan risiko yang dihadapi oleh pelaku. Tekanan finansial yang dialami oleh tenaga kesehatan dan manajemen rumah sakit sering kali menjadi pendorong utama bagi sebagian pihak untuk memanipulasi klaim, terutama dalam situasi di mana pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan terlambat atau tidak sesuai dengan harapan. Dalam beberapa kasus, tekanan ini diperburuk oleh tingkat persaingan yang tinggi antar rumah sakit yang saling berlomba untuk mempertahankan kestabilan keuangan mereka.

Selain itu, rendahnya kesadaran etis di kalangan tenaga medis dan manajemen rumah sakit turut berkontribusi pada terjadinya *fraud*. Dalam beberapa kasus, pelaku kecurangan mungkin merasa bahwa tindakan mereka dapat dibenarkan karena mereka menganggapnya sebagai cara untuk menutupi biaya rumah sakit atau memenuhi target keuangan yang ditetapkan oleh manajemen. Di sisi lain, sistem pengawasan internal yang lemah di banyak fasilitas kesehatan juga memungkinkan terjadinya manipulasi tanpa deteksi. Tanpa adanya pembinaan budaya kepatuhan yang kuat dan pelatihan etika yang kontinu, perilaku curang akan terus berkembang dan mengganggu integritas sistem pelayanan kesehatan.

Kecurangan yang terjadi karena faktor individu ini sering kali berakar pada kelemahan dalam budaya organisasi dan nilai-nilai yang diterapkan di lingkungan fasilitas kesehatan. Hal ini memperlihatkan pentingnya penerapan prinsip *good governance*, yang melibatkan transparansi, akuntabilitas, serta mekanisme pengawasan yang jelas dan konsisten di seluruh lapisan organisasi. Oleh karena itu, penting bagi fasilitas kesehatan untuk memperkuat budaya kepatuhan dan menerapkan pelatihan etika secara berkala kepada seluruh tenaga medis dan manajemen rumah sakit.

Untuk menekan angka kecurangan, dibutuhkan pendekatan yang lebih komprehensif, yang mencakup upaya preventif, detektif, dan korektif. Pada aspek preventif, penting untuk meningkatkan literasi integritas di kalangan tenaga kesehatan dan memperkuat sistem audit internal berbasis risiko (*risk-based internal audit*). Dengan cara ini, rumah sakit dapat lebih cepat mendeteksi dan mengatasi potensi penyimpangan dalam klaim, serta mencegah terjadinya *fraud* sejak dini. Pada sisi detektif, penerapan teknologi digital seperti *data mining* dan *predictive analytics* akan sangat membantu dalam mendeteksi pola klaim yang mencurigakan. Sistem ini akan memungkinkan pengawasan yang lebih cepat dan lebih efisien, serta memberikan kemampuan untuk mendeteksi kecurangan sebelum menjadi masalah besar.

Sedangkan pada aspek korektif, penegakan sanksi yang lebih tegas dan transparan sangat diperlukan. Publikasi hasil audit dan pemberian sanksi finansial yang proporsional kepada rumah sakit pelaku *fraud* akan memberikan efek jera yang lebih kuat. Selain itu, adanya peraturan yang jelas dan konsisten dalam penerapan sanksi administratif, perdata, dan pidana, akan memperkuat daya tekan terhadap pelaku kecurangan.

Dengan pendekatan yang lebih holistik, yang menggabungkan aspek regulasi, teknologi, budaya organisasi, serta penegakan hukum yang lebih tegas, diharapkan dapat tercipta sistem jaminan kesehatan yang lebih adil dan efisien, sekaligus mengurangi potensi *fraud* yang merugikan negara dan masyarakat. Kecurangan yang selama ini merusak sistem

JKN dapat diminimalisir, dan dengan demikian, manfaat dari program JKN dapat dirasakan oleh seluruh masyarakat Indonesia secara lebih merata dan berkelanjutan.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Kecurangan dalam klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), khususnya di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), telah menimbulkan kerugian finansial besar dan mengancam kualitas layanan kesehatan. Praktik fraud seperti phantom billing, upcoding, dan manipulasi diagnosis merusak integritas sistem kesehatan. Meskipun peraturan sudah ada, penegakan sanksi yang lemah, terutama sanksi pidana yang tidak tegas, masih gagal mencegah kecurangan. Oleh karena itu, penguatan sistem pengawasan menggunakan teknologi seperti data mining dan machine learning untuk deteksi dini, serta penerapan sanksi yang lebih progresif dan proporsional, termasuk sanksi pidana dan perdata, sangat diperlukan. Dengan peningkatan regulasi, pengawasan, dan sanksi yang lebih tegas, sistem JKN dapat lebih efektif, adil, dan efisien dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat.

DAFTAR REFERENSI

- Agustini, P., Veranica, R., Dickson, D., & Mahadewi, E. P. (2025). Analysis of the possibility of fraud in the National Health Insurance Program in Indonesia. *International Journal of Health and Pharmaceutical (IJHP)*, 5(1), 109–115. <https://doi.org/10.51601/ijhp.v5i1.394>
- Ali, Z. (2021). *Metode penelitian hukum*. Sinar Grafika.
- Bentham, J. (2000). *Principles of morals and legislation*. Batoche Books.
- Collins, T. E., Akselrod, S., Atun, R., Bennett, S., Ogbuaji, O., Hanson, M., Dubois, G., Shakarishvili, A., Kalnina, I., Requejo, J., Mosneaga, A., Watabe, A., Berlina, D., & Allen, L. N. (2023). Converging global health agendas and universal health coverage: Financing whole-of-government action through UHC+. *The Lancet Global Health*, 11(12), e1978–e1985. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00489-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00489-8)
- Djasri, H., Rahma, P. A., & Hasri, E. T. (2016). Korupsi dalam pelayanan kesehatan di era Jaminan Kesehatan Nasional: Kajian besarnya potensi dan sistem pengendalian fraud. *Integritas: Jurnal Antikorupsi*, 2(1), 113–133. <https://doi.org/10.32697/integritas.v2i1.127>
- Fritz, Z., & Cox, C. L. (2020). Integrating philosophy, policy and practice to create a just and fair health service. *Journal of Medical Ethics*, 46(12), 797–802. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106853>
- Hartati, T. S. (2016). Pencegahan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Kesehatan (SJSN): Studi di Rumah Sakit Umum

- Daerah Menggala Tulang Bawang. *Fiat Justisia: Jurnal Ilmu Hukum*, 10(4), 715–732.
<https://doi.org/10.25041/fiatjustisia.v10no4.808>
- Idris, F., Nurwahyuni, A., & Baros, W. (2020). Sistem pembayaran mixed method INA-CBGs dan global budget di rumah sakit: Tahap 1 uji coba mixed method INA-CBGs–global budget di Indonesia. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 5(2).
<https://doi.org/10.7454/eki.v5i2.4819>
- Kartika, R. W., Nasser, M., Suswanto, T. A., & Jaeni, A. (2025). Fraud dalam layanan BPJS Kesehatan: Kajian etis dan hukum berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. *Jurnal Sosial Humaniora dan Pendidikan*, 4(1), 967–978.
<https://doi.org/10.55606/inovasi.v4i1.4767>
- Khoiri, A., Hidayat, W., Chalidyanto, D., & Hariadi, F. (2020). Potential of hospital fraud in the Indonesia national health insurance era (A descriptive phenomenological research). *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 14(3), 1103–1107.
- Komisi Pemberantasan Korupsi. (2024). Sinergi KPK–BPJS Kesehatan kawal layanan kesehatan anti-fraud. KPK. <https://www.kpk.go.id/>
- Krisna, K., Barthos, M., & Fakrulloh, Z. A. (2021). Juridical analysis of claims procedures and legal consequences for fraud actions by the hospital to BPJS Kesehatan in inpatient care with the INA-CBGs system. *Proceeding International Conference of Innovation Science, Technology, Education, Children and Health*, 1(1), 28–38.
<https://doi.org/10.62951/icistech.v1i1.9>
- Marif, M., Nurhaedah, N., & Bakhtiar, H. S. (2021). The principles of good governance in health services. *Jambura Law Review*, 3(2), 295–318.
<https://doi.org/10.33756/jlr.v3i2.7307>
- May, C. (2025). What data says about health care fraud. https://www.acfe.com/acfe-insights-blog/blog-detail?s=what-data-says-about-health-care-fraud&utm_source=chatgpt.com
- Menegatti, M. (2023). Variability in punishment, risk preferences and crime deterrence. *International Review of Law and Economics*, 75(C).
<https://ideas.repec.org/a/eee/irlaec/v75y2023ics0144818823000182.html>
- Pakpahan, E. S. F., Valentine, T., Arixson, A., & Batubara, S. A. (2021). Analisis hukum terhadap tindakan pidana penipuan yang menyalahgunakan BPJS Kesehatan berdasarkan KUHP. *Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 6(10), 4967–4982.
<https://doi.org/10.36418/syntax-literate.v6i10.4370>
- Purnomo, P., & Hosein, Z. A. (2025a). Effectiveness of administrative sanctions in overcoming fraud by health facilities on JKN participants. *Desentralisasi: Jurnal Hukum, Kebijakan Publik, dan Pemerintahan*, 2(1), 175–189.
<https://doi.org/10.62383/desentralisasi.v2i1.426>
- Purnomo, P., & Hosein, Z. A. (2025b). Effectiveness of administrative sanctions in overcoming fraud by health facilities on JKN participants. *Desentralisasi: Jurnal Hukum, Kebijakan Publik, dan Pemerintahan*, 2(1), 175–189.
<https://doi.org/10.62383/desentralisasi.v2i1.426>

- Ridwansyah, A. (2025, February 12). BPJS Kesehatan berpotensi defisit, apa solusinya? <https://kbr.id/articles/indeks/bpjs-kesehatan-berpotensi-defisit-apa-solusinya->
- Rizkia, N., & Fardiansyah, H. (2023). Metode penelitian hukum (normatif dan empiris). Widina Media Utama.
- Sabila, F., Ningrum, T. P., Andika, W., & Gurning, F. P. (2024). Studi literatur: Analisis efektivitas pemanfaatan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada fasilitas kesehatan tingkat pertama di Indonesia. *Indonesian Journal of Health Science*, 4(4), 378–397. <https://doi.org/10.54957/ijhs.v4i4.939>
- Santoso, B., Hendrartini, Y., Rianto, B. U. D., & Trisnantoro, L. (2018). Information system for prevention of National Healthcare Insurance fraud among inpatients of advanced referral health services. *Academic Hospital Journal*, 1(1), 30. <https://doi.org/10.22146/ahj.v1i1.33624>
- Sari, A. P., Jati, S. P., & Shaluhiah, Z. (2022). Implementasi kebijakan pencegahan fraud dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di Rumah Sakit Nasional Diponegoro Jawa Tengah. *JKM (Jurnal Kesehatan Masyarakat) Cendekia Utama*, 10(1), 128–144. <https://doi.org/10.31596/jkm.v10i1.1002>
- Soled, D. (2021). Distributive justice as a means of combating systemic racism in healthcare. *Voices in Bioethics*, 7. <https://doi.org/10.52214/vib.v7i.8502>
- Suhardi, U. U., Pribadi, U., & Losi, Z. (2023). The effects of good governance principles: Accountability, transparency, and participation on public trust in village funds management. *International Journal of Social Science and Business*, 7(4), 1050–1060. <https://doi.org/10.23887/ijssb.v7i4.57648>
- Wicaksono, E. N., & Khasanah, D. R. A. U. (2025). Analisis hukum atas kecurangan (fraud) rumah sakit dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional: Legal analysis of hospital fraud in the implementation of the National Health Insurance Program. *Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan*, 16–32. <https://doi.org/10.30649/jhek.v5i1.243>