

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

Emirza Nur Wicaksono,^{1*} Dian Ratu Ayu Uswatun Khasanah²

^{1,2} Program Studi Ilmu Hukum, Fakultas Hukum Ilmu Sosial dan
Ilmu Politik Universitas Terbuka

* Correspondence : 052984038@ecampus.ut.ac.id

Received : 20 Mei 2025

Accepted : 3 Juni 2025

Revised : 25 Mei 2025

Published : 4 Juni 2025

Abstract

Law enforcement against fraud committed by hospitals in the implementation of the National Health Insurance (JKN) program is a crucial aspect in maintaining the integrity of the healthcare system in Indonesia. This study aims to analyze the legal framework governing hospital fraud and to assess the effectiveness of its implementation in practice. The research method used is normative with a statute approach and conceptual approach. The results of the study show that law enforcement regarding hospital fraud in the JKN program has been regulated by existing legislation. However, its implementation still faces several challenges. The current legal regulations are not fully effective in preventing and addressing fraud. Implementation is hindered by various obstacles, including a lack of coordination among law enforcement agencies, weak internal oversight, and minimal strict sanctions against fraud perpetrators. The conclusion of this study is that law enforcement on hospital fraud within the JKN program requires more effective and efficient efforts, as well as increased awareness and compliance with the applicable laws and regulations.

Keywords: BPJS ; fraud ; hospital ; law enforcement ; National Health Insurance

Abstrak

Penegakan hukum terhadap kecurangan (fraud) yang dilakukan oleh rumah sakit dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan aspek penting. Fungsinya untuk menjaga integritas sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Penelitian ini bertujuan menganalisis kerangka hukum yang mengatur tindakan fraud oleh rumah sakit,

serta mengkaji efektivitas pelaksanaannya dalam praktik. Metode penelitian yang digunakan adalah yuridis normatif dengan pendekatan peraturan perundang-undangan dan pendekatan konseptual. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penegakan hukum atas kecurangan rumah sakit dalam JKN telah diatur dalam peraturan perundang-undangan, namun implementasinya masih menghadapi beberapa tantangan. Peraturan perundang-undangan yang berlaku belum sepenuhnya efektif bisa mencegah dan menangani kecurangan. Implementasinya masih menghadapi berbagai kendala, antara lain kurangnya koordinasi antar lembaga penegak hukum, lemahnya pengawasan internal, serta minimnya sanksi tegas terhadap pelaku fraud. Kesimpulan penelitian ini adalah bahwa penegakan hukum atas kecurangan rumah sakit dalam JKN memerlukan upaya yang lebih efektif dan efisien, serta peningkatan kesadaran dan kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Kata Kunci: BPJS ; Fraud ; Jaminan Kesehatan Nasional ; Penegakan hukum ; Rumah sakit

Pendahuluan

Hidup sehat ialah salah satu syarat dan hak yang sangat mendasar pada individu untuk mempunyai fungsi yang normal. Kesehatan sebagai bagian dari komponen kesejahteraan serta hak asasi manusia di mana harus terwujud berdasarkan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana tercantum pada Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 begitu pula dengan Pancasila. Di Indonesia, prinsip dasar pembangunan kesehatan didasarkan pada UUD 1945 perubahan kedua Pasal 28 huruf H ayat (1) yang berbunyi: “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan Kesehatan”. Hal ini juga tercantum pada pasal 34 ayat (2) dan ayat (3) UUD 1945, dan Pasal 4 Ayat (1) di mana masing-masing individu berhak hidup jasmani, rohani, dan sosial yang diatur pada Undang -Undang Kesehatan No.17 tahun 2023 (Puspandari, M, F., 2024). Oleh karena itu, undang-undang di Indonesia dibentuk tentang aturan jaminan sosial untuk melaksanakan amanat UUD 1945, diantaranya Undang- undang Nomor 24 Tahun 2011 mengenai Penyelenggaraan Jaminan Sosial dan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 mengenai Sistem Jaminan Sosial melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam bentuk penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sebelum ada Jaminan Kesehatan Nasional, maka penjaminan terhadap akses layanan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan sangat terbatas karena hanya beberapa kalangan tertentu saja yang memiliki akses terhadap fasilitas Kesehatan seperti golongan yang mempunyai penjaminan dari asuransi. Banyak kalangan masyarakat yang tidak mempunyai akses ke fasilitas kesehatan karena mahalnya biaya layanan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan sehingga bagi golongan tidak mampu lebih memilih untuk tidak mengobati penyakitnya atau melakukan

pengobatan ke pengobatan alternatif karena lebih terjangkau harganya (Purwandari; M.F, 2024).

Perkembangan Peserta JKN sangat pesat, Sejak diberlakukan Program Jaminan Kesehatan Nasional melalui BPJS Kesehatan pada tahun 2014, Hingga Desember tahun 2023 jumlah kepesertaan JKN ialah sebanyak 228 juta peserta. Untuk melayani 228 juta peserta, BPJS Kesehatan bekerja sama dengan 3120 Rumah Sakit di Seluruh Indonesia. Jumlah Biaya Layanan Kesehatan yang dibayarkan BPJS Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan bagi layanan Kesehatan pada anggota JKN pada tahun 2022 ialah sebesar Rp 113,47 triliun. Namun, perkembangan program JKN tentunya akan mengalami berbagai tantangan, sebagai contoh yaitu defisit fiskal. Sejak awal berdiri tahun 2014 JKN selalu berada di zona merah dan berada dalam kondisi defisit hingga tahun sebelumnya (Humas BPJS, 2024; Purwandari; M.F, 2024). Pada proses penyelenggaraan JKN terdapat kepuasan dari peserta JKN terutama warga yang kurang mampu dalam memperoleh layanan kesehatan. Pada tahun 2023, tingkat kepuasan peserta JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) terhadap BPJS Kesehatan mencapai 89,6%, menunjukkan hasil positif dari inisiatif BPJS Kesehatan (Humas BPJS, 2024). Namun, masih terdapat ketidakpuasan baik dari peserta JKN maupun *stakeholder*. Ketidakpuasan terjadi karena terdapat celah untuk tindak kecurangan (*fraud*) yang merugikan pihak lainnya (Soputan, R., Tinangon, J, 2018).

Pengertian kecurangan atau *fraud* menurut Peraturan Menteri Kesehatan nomor 16 tahun 2019 mengenai Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan ialah kesengajaan dalam melakukan perbuatan dalam memperoleh keuntungan terkait finansial dari Sistem Jaminan Sosial Nasional dalam program Jaminan Kesehatan dengan adanya kecurangan atau tindakan yang melenceng daripada ketentuan aturan dalam Undang-Undang. Pada implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional, kecurangan (*fraud*) bisa dijalankan oleh pihak yang memberikan pelayanan kesehatan atau fasilitas kesehatan, BPJS Kesehatan, maupun peserta. Upaya pengendalian kualitas serta pengendalian biaya yang mungkin dilaksanakan salah satunya dengan meminimalkan potensi penipuan dalam program asuransi kesehatan. ACFE Nasional (RTTN). Kerugian yang ditimbulkan dari penipuan layanan kesehatan menurut laporan tahun 2018 kepada Association of Certified Fraud Examiners (ACFE) yakni berjumlah 5% dari seluruh biaya layanan kesehatan. Kewajiban ini secara tegas tertuang pada Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 di mana mewajibkan pihak yang paling utama yaitu BPJS Kesehatan, sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial agar secara efektif dan efisien membayarkan manfaat kesehatan kepada institusi Kesehatan (UU No. 40 tahun 2004). Melalui penetapan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 mengenai Jaminan Kesehatan, dapat ditafsirkan makna dari Kecurangan (*Fraud*) pada program Jaminan Kesehatan ialah kesengajaan dalam melakukan perbuatan dalam memperoleh keuntungan terkait finansial dari Sistem Jaminan Sosial Nasional dalam program Jaminan Kesehatan dengan adanya kecurangan atau tindakan

yang melenceng daripada ketentuan aturan dalam Undang-Undang. Didalam Kesehatan, fraud diartikan sebagai perbuatan yang curang meliputi pemalsuan pernyataan hingga penyalahgunaan aset, yang bisa dijalankan oleh seluruh pegawai yang memberikan layanan (Purwandari, M.F., 2024; Sadikin, H., 2016).

Beberapa macam-macam Kecurangan (fraud) yang dilaksanakan oleh pihak yang memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit diantaranya: kepalsuan dalam Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan dan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan, menerima maupun memberikan imbalan atau suap terkait Jaminan Kesehatan, memungut biaya yang melenceng dari ketentuan peraturan Undang-Undang kepada peserta, menagih tindakan yang tidak dilaksanakan, *manipulation of room charge* (memanipulasi kelas perawatan), *prolonged length of stay* (memperpanjang masa perawatan), *repeat billing* (klaim atau tagihan berulang), *self-referrals* (rujukan semu), menagih secara terpisah beberapa prosedur yang pada dasarnya bisa dilakukan penagihan bersama berbentuk paket pelayanan, tagihan dikirim terpisah dari diagnosis yang sama oleh pihak layanan kesehatan, pemecahan episode pelayanan, *Inflated bills* (pembengkakan alat Kesehatan maupun tagihan obat) merupakan klaim dari alat kesehatan atau biaya obat yang lebih besar dari semestinya, memalsukan klaim, cloning (klaim yang dijiplak dari pasien lain), memanipulasi tindakan maupun diagnosis (Fajarwati, D., 2024; Purwandari, M.F., 2024). Dari uraian permasalahan yang telah disebutkan, penulis tertarik untuk membahas mengenai Analisis Hukum Atas Kecurangan (*Fraud*) Rumah Sakit dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kerangka hukum yang mengatur tindakan fraud oleh rumah sakit, serta mengkaji efektivitas pelaksanaannya dalam praktik.

Metode Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode hukum yuridis normatif. Metode penelitian hukum yuridis normatif merupakan penelitian hukum yang dilakukan dengan cara menelaah bahan-bahan hukum primer dan sekunder. Penelitian ini berfokus pada norma-norma hukum yang mengatur mengenai penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan upaya penegakan hukum terhadap tindakan kecurangan (fraud) oleh rumah sakit. Bahan Hukum Primer terdiri atas Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan, Peraturan BPJS, dan regulasi terkait fraud rumah sakit. Sedangkan Bahan Hukum Sekunder terdiri dari buku, jurnal hukum, artikel ilmiah, dan dokumen kajian yang relevan (Yanova, M. H., 2023).

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini meliputi dua pendekatan, yaitu dengan pendekatan perundang-undangan (*Statute Approach*), dan pendekatan konseptual (*Conceptual Approach*). Pendekatan perundang-undangan (*Statute Approach*) digunakan untuk menelaah regulasi yang mengatur tentang JKN, rumah sakit, dan sanksi terhadap

kecurangan. Sedangkan pendekatan konseptual (Conceptual Approach) digunakan untuk memahami konsep fraud dalam perspektif hukum kesehatan dan hukum administrasi (Jonaedi E & Prasetyo R, 2016: 32).

Analisis dan Diskusi

Pembiayaan kesehatan merupakan peningkatan dan pemeliharaan kesejahteraan masyarakat sebagai landasan kemampuan sistem Kesehatan. Diperlukan penilaian eksplisit dalam pemahaman jenis indikator yang berperan guna melakukan evaluasi dan memantau pembiayaan sistem kesehatan terhadap ekspektasi yang diinginkan. Pembiayaan kesehatan merujuk kepada peran sistem kesehatan demi memenuhi kebutuhan kesehatan individu masyarakat di mana melibatkan pengalokasian dana, akumulasi, serta mobilisasi. Tujuan pembiayaan kesehatan adalah guna memastikan seluruh masyarakat agar mempunyai akses mendapatkan layanan kesehatan publik serta layanan kesehatan swasta yang efektif, menyediakan sumber daya, dan mengatur hak atas insentif keuangan bagi penyedia layanan kesehatan (Purwandari, M.F, 2024).

A. Analisis Jenis dan Penyebab Kecurangan (fraud) yang sering dilakukan oleh rumah sakit dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional

Kecurangan (fraud) adalah kesengajaan dalam melakukan perbuatan dalam memperoleh keuntungan terkait finansial dari Sistem Jaminan Sosial Nasional dalam program Jaminan Kesehatan dengan adanya kecurangan atau tindakan yang melenceng daripada ketentuan aturan dalam Undang-Undang, sehingga terdapat 3 unsur yang harus dipenuhi ketika mendefinisikan Fraud yakni Tindakan demi meraup keuntungan Finansial, Tindakan yang dijalankan dengan sengaja dan Tindakan yang curang tidak sesuai ketentuan sehingga merugikan pihak lain. (Hendartini 2014; Purwandari, M.F, 2024) Di Indonesia, semakin nampak pada layanan kesehatan tentang potensi-potensi Fraud. Hal tersebut timbul juga secara umum semakin menyebar dikarenakan di Indonesia baru berlaku system pembiayaan sehingga menyebabkan adanya tekanan, terdapat pembenaran ketika menjalankan pembenaran tersebut, serta terdapat kesempatan dikarenakan minim pengawasan.

Pada pelayanan Kesehatan, kategori “Fraud” meliputi beberapa tindakan menyimpang, yaitu:

1. *keystroke mistake* yang berarti kesengajaan untuk melakukan kesalahan pada penagihan yang diinput ke sistem tarif demi memperoleh pergantian tarif melebihi biaya normal,
2. *Length of Stay* ialah lama rawat inap yang diperpanjang pada lembaga pelayanan kesehatan demi memperoleh pergantian tarif melebihi biaya normal, Unnecessary Treatment artinya tindakan memberi pelayanan kesehatan maupun pengobatan sedangkan hal tersebut tidak dibutuhkan pasien,

3. *No Medical Value* yakni menyajikan sebuah layanan kesehatan yang tidak bermanfaat dalam penatalaksanaan serta pemeriksaan pasien,
4. *Cancelled Service* adalah mengajukan pembatalan pada pelayanan namun dalam sistem masih melakukan penagihan,
5. *Standart of Care* yang berarti salah satu upaya dalam menawarkan pelayanan yang tarifnya disesuaikan dengan INA CBG, hal ini menimbulkan kekhawatiran tentang penurunan standar dan mutu pelayanan,
6. *Service unbundling or fragmentation* adalah salah satu perbuatan yang disengaja untuk memberi pelayanan tidak langsung tetapi diatur agar pelayanannya bisa beberapa kali,
7. *Inflated Bills* di mana pembuatan tagihan di RS terkait pelayanan yang biayanya melebihi dari biaya semestinya,
8. *Phantom Billing* artinya bagian penagihan pada lembaga Rumah Sakit mengeluarkan suatu tagihan yang pelayanannya tidak ada kepada pihak penyelenggara JKN,
9. *Upcoding* di mana upaya dalam pembuatan kode diagnosa serta pemberian pelayanan yang lebih kompleks atau lebih tinggi dari yang sebenarnya dijalankan pada lembaga pelayanan kesehatan ataupun sebaliknya.

Beberapa hal yang menjadi penyebab terjadinya fraud menurut teori Fraud Diamond yang dikemukakan oleh Wolfe & Hermanson, yang merupakan pembaharuan pandangan pada fenomena fraud. Teori tersebut sebagai wujud pembaruan atas Teori Cressey (1973) tentang Fraud Triangle di mana mengintegrasikan elemen kualitatif dan dipercaya mempunyai interaksi dengan perbuatan fraud secara signifikan. Teori Fraud Triangle yang dikutip dari Fajarwati (2024), menyatakan adanya elemen diantaranya Rasionalization (rasionalisasi), Opportunity (peluang), dan Incentive/Pressure (tekanan). Pada Teori Fraud Diamond, ketiga elemen ini ditambah dengan elemen lainnya yakni Capacity/ Capability. Pemaparan dari elemen yang menjadi alasan dilakukan fraud adalah Razionalitation (Rasionalisasi) artinya oknum harus mampu memikirkan rumusan berbagai macam rasionalisasi sebelum terjebak pada perbuatan menyimpang sehingga secara moral bisa diterima (Abdullahi, R., Mansor, N., 2015). Rasionalisasi menjadikan oknum melihat suatu perbuatan tidak etisnya sebagai sesuatu yang normal dan alasannya yaitu karena pihak lain juga berbuat tindakan yang sama sehingga tidak menerima sanksi dari perbuatan fraud yang dilakukan. Dengan kata lain, merupakan pembenaran atas tindakan penyelewengan (Zulaikha & Hadiprajitno, 2016).

Opportunity (Kesempatan/ Peluang) merujuk pada sebuah kondisi di mana membuat individu berkesempatan agar bisa menjalankan sesuatu yang menyimpang atau tindakan penyelewengan. Umumnya, hal ini disebabkan posisi yang strategis, pengawasan yang kurang terkontrol, hingga pengendalian internal yang lemah. Di sisi lain, Incentive/Pressure (Tekanan), tekanan atau Incentive yakni tindakan individu dalam menjalankan penyimpangan dikarenakan faktor dorongan pada dirinya (Arles, 2014).

Selain itu, tekanan ini berarti motivasi oknum tersebut agar melibatkan dirinya kedalam tindakan yang tidak etis. Hal-hal seperti ini bisa dialami oleh berbagai kalangan pada tingkatan organisasi juga diakibatkan beberapa alasan misalnya tekanan yang berkaitan dengan pekerjaan, tekanan akibat dorongan dari kebiasaan buruk, hingga tekanan finansial (Ruankaew, 2016; Wijayani, 2016). Dengan demikian, rasionalisasi tersebut sekedar memberikan pengakuan maklum atas perbuatan fraud, terlebih lagi apabila fraud dijalankan dengan berulang kali. Capability/Capacity (Kemampuan) dimaksudkan sebuah kelebihan atau kompetensi individu untuk memanfaatkan keadaan yang ditempatinya dan kompetensi tersebut sebagian besar bertujuan dalam melegalkan sesuatu yang seharusnya dilarang pada sebuah organisasi dengan memanipulasi sistem pengendalian internal (Arles, 2014).

B. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penegakan Hukum Atas Kecurangan (*Fraud*) Rumah Sakit dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional

Berdasarkan Teori dari Penegakan Hukum menurut Soerjono Soekanto yang dikutip dari Purwandari (2024), faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan penegakan hukum, yaitu :

1) *Faktor Perangkat Hukum*

Perangkat hukum merujuk pada semua instrumen, peraturan, dan norma yang mengatur perilaku individu dan lembaga dalam suatu masyarakat. Ini mencakup undang-undang, peraturan pemerintah, keputusan pengadilan, serta norma-norma sosial yang diakui. Berdasarkan sumbernya terbagi menjadi hukum Materil, dan hukum Formil, Hukum Materil ialah tuntunan bagi warga terkait pola berperilaku dan tidak berperilaku. Sedangkan hukum Formil, adalah aturan hukum terkait mekanisme cara melakukan pengajuan, pemeriksaan, pemutusan, hingga menjalankan keputusan. Perangkat hukum dalam kasus kecurangan (*fraud*) pada pelayanan JKN adalah aturan menteri kesehatan nomor 16 tahun 2019 terkait Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan (Santoso, 2018; Soputan R, 2018).

Tujuan dari penjatuhan sanksi guna menangani oknum kecurangan (*fraud*). Menurut Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 mengenai Pencegahan Kecurangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), wewenang untuk penjatuhan sanksi berada di tangan Kepala Dinas Kesehatan Kota/ Kabupaten, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan Menteri. Sanksi yang diatur didalam Permenkes ini mencakup sanksi administratif seperti teguran perintah, teguran tertulis, maupun teguran lisan tentang pengembalian kerugian dikarenakan kecurangan JKN pada pihak yang terkena dampak. Jika kecurangan dilakukan oleh penyedia layanan, sanksi administratif dapat diperberat dengan denda hingga 50%

dari jumlah kerugian yang harus dikembalikan. Untuk tenaga kesehatan yang terlibat dalam kecurangan, sanksi administratif bisa mencakup pencabutan izin praktik. Selain sanksi administratif, pelaku kecurangan juga dapat menghadapi sanksi pidana sesuai dengan Pasal 379, Pasal 379a, dan Pasal 381 KUHP. Meskipun tidak disebutkan secara spesifik dalam pasal-pasal tersebut, kecurangan dalam JKN dipandang sebagai bentuk penipuan. Di sisi kontra, pihak yang menentang melibatkan fasilitas kesehatan, termasuk Rumah Sakit, serta kolegium. Alasan utamanya adalah sejak diberlakukannya regulasi anti-kecurangan, penerapannya dianggap kurang memadai, meskipun masih berada dalam batas toleransi. Fasilitas kesehatan menjadi fokus utama dalam upaya memberantas kecurangan dalam program JKN karena penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 60% kecurangan berasal dari fasilitas kesehatan (Hendrartini, 2014; Santoso et al., 2018).

Pemberian sanksi yang tegas kepada pelaku fraud diharapkan bisa menimbulkan efek jera. Meskipun dalam Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 sudah disebutkan mengenai sanksisanksi administratif yang dapat dikenakan, namun penerapan sanksi tersebut hingga kini belum berjalan dengan tegas, sehingga beberapa pihak masih menganggap sanksi tersebut hanya sebagai ancaman semata. Untuk mengoptimalkan pemberantasan fraud, setelah sanksi diberikan, pelaku juga perlu mendapatkan pembinaan dan pengawasan lebih lanjut sebagai upaya untuk membangun kesadaran agar tidak mengulangi perbuatannya. Dari perspektif pendukung, dapat disimpulkan bahwa entitas yang paling berperan dalam mendukung implementasi program anti kecurangan adalah BPJS Kesehatan, KPK, dan organisasi profesi. Meskipun BPJS Kesehatan memiliki potensi sebagai pelaku kecurangan, kemungkinannya relatif kecil dibandingkan dengan kecurangan yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan dan peserta (Hendrartini, 2014; Santoso et al., 2018).

2) Faktor Tata Kelola

Dalam konteks fasilitas kesehatan, penting bagi mereka untuk memiliki keunggulan dalam menerapkan prinsip *Good Clinical Governance* dan *Good Corporate Governance*. Ini mencakup implementasi langkah-langkah penyelesaian, deteksi, dan pencegahan daripada kecurangan (fraud), serta melakukan perkembangan pelayanan yang berfokus pada kontrol mutu dan pengelolaan biaya. Pentingnya tim auditor internal dan tim/komite pencegahan kecurangan yang efektif diakui sebagai bagian dari kunci pencegahan kecurangan (fraud). Fasilitas Kesehatan perlu melakukan upaya deteksi dini terhadap potensi kecurangan pada setiap pengajuan klaim pada BPJS Kesehatan. Pencegahan kecurangan tersebut sangat berhubungan dengan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) dan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) di Rumah Sakit seperti yang tercantum didalam Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 mengenai pelaksanaan prinsip *Good Clinical Governance* dan *Good Corporate Governance* di Rumah sakit yakni Penetapan

kewenangan dan uraian tugas tenaga kesehatan maupun non-kesehatan; Penetapan dan penerapan Standard Operational Procedure (SOP). Untuk penetapan SOP layanan klinis mengacu ke Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) dan/atau pedoman lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan serta penetapan prosedur internal untuk pengajuan klaim (Purwandari, M.F., 2024)

3) Faktor Penegak Aturan

Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional (PK-JKN) telah dibentuk sebagai Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan yang ada di tingkat fasilitas Kesehatan, kabupaten/kota, provinsi, maupun tingkat nasional. Dalam Program JKN, ekosistem anti-fraud akan dibangun secara berkelanjutan sebagai upaya bersama mewujudkan Program JKN yang terbebas dari kecurangan. Tim PK-JKN meliputi berbagai komponen, diantaranya BPJS Kesehatan, Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK), Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan (BPKP), serta Kementerian Kesehatan. Tim PK-JKN juga berada di tingkat kabupaten/kota dan provinsi meliputi Organisasi fasilitas Kesehatan, Asosiasi Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan, Dinas kesehatan Kabupaten/kota, serta komponen lainnya yang terlibat. Selain itu di tingkat fasilitas Kesehatan, pencegahan kecurangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dijalankan melalui Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) di mana mengemban tanggung jawab dari pelaksanaan program-program anti- kecurangan hingga mengevaluasi dan memantau pengimplementasian dari program tersebut. Rumah Sakit harus memaksimalkan tim pencegahan fraud yang nantinya sebagai ujung tombak implementasi dan pengembangan sistem pencegahan dan deteksi penipuan. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No 16/2019 menyatakan bahwa tim tersebut harus mencakup komponen koder, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta komponen lainnya yang terlibat (Fajarwati, D., 2024).

Tugas tim adalah melakukan pencegahan dan deteksi dini fraud berbasis data klaim kepada BPJS Kesehatan, mensosialisasikan regulasi yang mengedepankan pengendalian biaya serta kualitas guna mendukung implementasi tata kelola klinis dan organisasi yang optimal. Selain itu, tugas dari tim juga melaksanakan pelaporan rutin tentang kecurangan, monitoring dan evaluasi, melaksanakan usaha deteksi dan penyelesaian kecurangan, mendukung pelaksanaan tata kelola klinis maupun tata kelola organisasi yang baik, meningkatkan kebiasaan mencegah kecurangan, melaksanakan sosialisasi kebudayaan dan aturan yang memprioritaskan kendali biaya dan kendali mutu (Purwandari, M.F., 2024; Susanti, 2022)

Meskipun tim pencegahan kecurangan sudah dibentuk, perannya sebenarnya masih belum optimal. Untuk meningkatkan efektivitas, disarankan untuk membentuk tim pencegahan kecurangan (fraud) yang berspesialisasi, sehingga tim

dapat terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya dalam mencegah kecurangan (fraud) serta dapat memprioritaskan tugastugasnya. Menurut American Institute of Certified Public Accountants (AICPA), tiga kriteria utama yang harus dimiliki suatu organisasi untuk dapat mencegah kecurangan (fraud) adalah budaya kejujuran dan etika yang kuat, peranan dan komitmen manajerial, serta tim audit yang efektif (Susanti, 2022)

4) Faktor Masyarakat dan Budaya

Pengaruh faktor masyarakat terhadap proses penegakan hukum di Indonesia sangat signifikan. Beberapa aspek yang merinci pengaruh yaitu kesadaran hukum masyarakat, partisipasi publik, budaya dan norma sosial, kepercayaan terhadap Institusi hukum, akses terhadap keadilan dan media dan informasi. Pertama adalah kesadaran hukum masyarakat, tingkat kesadaran hukum masyarakat menentukan bagaimana mereka memahami hak dan kewajiban mereka. Masyarakat yang memiliki pengetahuan hukum yang baik cenderung lebih aktif dalam menuntut keadilan dan melaporkan tindak pidana. Sebagai contoh masyarakat yang teredukasi tentang hukum akan lebih cenderung untuk melaporkan kasus-kasus korupsi atau penipuan kepada penegak hukum. Kedua, adalah partisipasi masyarakat dalam proses hukum, seperti memberikan informasi atau bersaksi, dapat memperkuat upaya penegakan hukum. Bentuk partisipasi warga negara dalam perlindungan dan penegakan hukum di dalam lingkungan sekitarnya bisa berupa masyarakat aktif dalam melaporkan dugaan tindakan kriminal yang ada disekitarnya. Artinya, faktor masyarakat memainkan peran penting dalam proses penegakan hukum. Kesadaran hukum, partisipasi publik, budaya, kepercayaan terhadap institusi, akses keadilan, dan peran media semuanya berkontribusi pada efektivitas sistem hukum. Untuk meningkatkan penegakan hukum, penting bagi pemerintah dan lembaga terkait untuk memperhatikan faktor-faktor ini dan membangun hubungan yang kuat dengan masyarakat (Candra, F. A., & Sinaga, F. J., 2021).

Budaya hukum adalah roda penggerak, jika diabaikan tentunya akan sistem hukum modern akan mengalami kegagalan sehingga menimbulkan beberapa gejala misalnya kesalahan informasi yang hendak disebarluaskan terhadap warga terkait isi peraturan hukum, timbul perbedaan antara praktek yang dilakukan oleh masyarakat dengan hal-hal yang menjadi kehendak dalam undang-undang. Mereka akan tetap memutuskan untuk berperilaku menurut pemikirannya yang menjadi pedoman dan nilai-nilai dalam kehidupannya. Dalam meluruskan hukum terkait masalah perilaku bangsa sangatlah diperlukan perhatian yang mendalam, kehidupan hukum bukan sebatas menyangkut urusan hukum teknis, seperti pendidikan hukum namun juga menyangkut masalah Pendidikan dan pembinaan sosial dan perilaku individu yang luas aspek perilaku (budaya hukum) aparat penegak hukum perlu dilaksanakan penataan ulang dari perilaku budaya hukum yang selama ini dilakukan oleh aparat

penegak hukum sebelumnya karena seseorang menggunakan hukum atau tidak menggunakan hukum sangat tergantung pada kultur (budaya) hukumnya (Junaedi., 2023; Wijayani 2016)

Kecurangan (fraud) terjadi karena budaya hukum di Indonesia turut menormalkan, pelaku kecurangan (fraud) merasa dirinya tidak bersalah dan merasionalisasikan kecurangan yang dilakukan disebabkan oleh tarif kapitasi/INACBG yang tidak mencukupi sehingga berusaha mencegah kerugian bagi fasilitas kesehatan tempatnya bekerja walaupun cara yang ditempuhnya melawan hukum. Begitu pula peserta JKN, tidak semua peserta JKN yang mendapat perlakuan kecurangan (fraud) melapor ke BPJS Kesehatan, entah karena tidak tau alurnya, atau takut didiskriminasi oleh fasilitas kesehatan tempat mereka berobat sementara mereka masih membutuhkan perawatan medis di fasilitas kesehatan tersebut atau karena rasa malas berhadapan dengan aparaturnya penegak hukum dan menjalani proses hukum yang menyita waktu dan biaya. Oleh karena itu, perlu adanya upaya untuk pembaharuan Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (fraud) Serta Pengenaan Sanksi Administratif Terhadap Kecurangan (fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan dengan maksud mengisi kekurangan atau kekosongan hukum terkait ketentuan pidana (Candra, F. A., & Sinaga, F. J., 2021).

C. Pertanggungjawaban Pidana atas Kecurangan (Fraud) yang Dilakukan Rumah Sakit dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional

Di Indonesia, penegakan hukum atas kecurangan (fraud) tercantum pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 tahun 2019 terkait Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud). PMK ini dirancang sebagai dasar hukum untuk langkah-langkah pencegahan kecurangan dalam program JKN. PMK ini menggantikan PMK Nomor 36 Tahun 2015 yang dirilis di bulan April 2019. Isi dari PMK Nomor 16 Tahun 2019 mencakup berbagai kegiatan, diantaranya meningkatkan kesadaran, pelaporan, deteksi, investigasi, hingga penjatuhan sanksi. Target dari PMK mencakup penyedia obat dan alat Kesehatan, fasilitas Kesehatan, peserta BPJS Kesehatan, JKN, dan pihak lain yang berkaitan. Pada Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pasal 6, 7 dan 8 yang menyatakan bahwa penegakan hukum atas kecurangan (fraud) dikenakan sanksi administrasi berbentuk teguran perintah, teguran tertulis, maupun teguran lisan tentang pengembalian kerugian karena perbuatan Kecurangan (fraud) pada pihak yang dirugikan. Sanksi administratif dapat di ikuti dengan pencabutan izin berdasarkan ketentuan peraturan Undang-undang dan juga sanksi tambahan yakni pemberian denda pada pihak yang dirugikan. Substansi peraturan tersebut mempunyai aturan terkait sanksi administrasi saja tidak mengatur sanksi pidana. Lemahnya sanksi yang dijatuhkan pada pelaku fraud tidak menimbulkan jera sehingga kejadian kecurangan

(fraud) terus terjadi. Hingga sekarang, penegakan hukum di Indonesia terhadap tindakan kecurangan (fraud) pada pelaksanaan program jaminan kesehatan sebagian besar didasarkan pada Undang-undang tersebut, di mana sebagai preseden para penegak hukum guna menangani perkara perbuatan kecurangan (fraud) pada pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia (Solehuddin, 2023)

Jika dianalisis, kasus kecurangan (fraud) dalam Jaminan Kesehatan Nasional juga tergolong dalam tindakan yang dapat dimintai pertanggungjawaban secara pidana. Hal ini dikarenakan adanya tindakan melawan hukum (actus reus) dan niat atau kesengajaan (mens rea). Syarat dari KUHP adalah terdapat tindakan melawan kesalahan dan hukum agar menjadikan sebuah tindakan sebagai sebuah tindak pidana (Teguh Prasetyo 2020; 8). Unsur-unsur tindak pidana yaitu:

1) Unsur subjektif terdiri dari:

- a) ketidaksengajaan (culpa) atau kesengajaan (dolus);
- b) voornemen atau maksud sebuah percobaan seperti yang tercantum didalam Pasal 53 ayat (1) KUHP
- c) oogmerk atau berbagai maksud, seperti yang tercantum didalam kejahatankejahatan pemalsuan, pemerasan, penipuan, pencurian, dan lainnya
- d) *voorbbedachte raad* atau membuat rencana terlebih dahulu, seperti yang tercantum didalam kejahatan pembunuhan berencana pada Pasal 340 KUHP
- e) *vrees* atau perasaan takut, seperti yang tercantum didalam rumusan tindak pidana berdasarkan Pasal 308 KUHP.

2) Unsur objektif terdiri dari:

- a) *wederrechtelijkheid* atau sifat melanggar hukum;
- b) kualitas dari oknum, seperti “keadaan sebagai seorang karyawan rumah sakit” didalam kejahatan jabatan pasal 415 KUHP ataupun “keadaan sebagai pengurus atau direksi dari suatu rumah sakit” didalam kejahatan berdasarkan Pasal 398 KUHP ;
- c) kausalitas, ialah korelasi antara sesuatu kenyataan sebagai akibat dengan sebuah tindakan sebagai penyebab (Teguh Presetyo, 2020; 12).

Adapun sanksi pidana untuk kasus kecurangan (fraud) yang diuraikan diatas yaitu Pasal 378 KUHP dan Pasal 381 KUHP, antara lain.

1. Pasal 378 KUHP:

“Barang siapa dengan maksud untuk menguntungkan diri sendiri atau orang lain secara melawan hukum, dengan memakai nama palsu atau martabat palsu, dengan tipu muslihat, ataupun rangkaian kebohongan, menggerakkan orang lain untuk menyerahkan barang sesuatu kepadanya, atau supaya memberi hutang maupun menghapuskan piutang, diancam karena penipuan dengan pidana penjara paling lama 4 tahun”. Unsur yang terkandung dalam Pasal 378

KUHP yaitu:

1) Unsur Subjektif

- a. Barang siapa
- b. Dengan maksud mengambil keuntungan untuk orang lain maupun diri sendiri dengan perlawanan hukum.

2) Unsur Objektif

- a. Menggunakan martabat palsu atau nama palsu, melalui rangkaian kebohongan maupun tipu muslihat
- b. Mengajak / menggerakkan pihak lain agar memberikan barang sesuatu kepadanya, atau agar menghapuskan piutang atau memberi hutang. Unsur “barangsiapa” yang dimaksud dalam kasus kecurangan (fraud) misalkan petugas fasilitas kesehatan tidak memberikan obat kepada peserta JKN. Unsur “dengan maksud menguntungkan diri sendiri secara melawan hukum” yaitu tindakan tidak memberikan hak peserta JKN saat pelayanan medis sebagaimana tercantum dalam UU nomor 7 tahun 2023 dan peraturan menteri kesehatan nomor 28 tahun 2014, dengan niat untuk menguntungkan diri sendiri atau fasilitas kesehatan. Unsur “dengan memakai tipu muslihat atau kebohongan” misalkan petugas kesehatan melakukan kebohongan ketika menyampaikan kepada peserta JKN bahwa obat yang diresepkan tidak ada atau obat tersebut tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan. Sehingga dalam kasus ini peserta dapat menindaklanjuti ke ranah pidana, dan petugas fasilitas kesehatan terancam pidana penjara paling lama 4 tahun

2. Pasal 381 KUHP:

“Barang siapa dengan jalan tipu muslihat menyesatkan penanggung asuransi mengenai keadaan-keadaan yang berhubungan dengan pertanggungan sehingga disetujui perjanjian, hal mana tentu tidak akan disetujuinya atau setidak-tidaknya tidak dengan syarat-syarat yang 905 demikian, jika diketahuinya keadaan-keadaan sebenarnya diancam dengan pidana penjara paling lama satu tahun empat bulan”. Unsur yang terkandung dalam Pasal 381 KUHP:

1) Unsur subjektif:

- a. Barang siapa
- b. dengan jalan tipu muslihat

2) Unsur objektif: Penanggung asuransi disesatkan terkait kondisi-kondisi yang berkaitan dengan pertanggungan dan pada akhirnya mendapatkan persetujuan perjanjian di mana tentunya tidak akan disetujuinya

D. Praktik Penyelesaian Sengketa terhadap kasus Kecurangan (fraud) yang dilakukan Rumah Sakit dalam Pelaksanaan Program JKN

Praktik penyelesaian sengketa untuk menyelesaikan sengketa terhadap kasus kecurangan yang dilakukan rumah sakit dalam pelaksanaan program JKN antara lain:

1) Penyelesaian sengketa di Luar Pengadilan (Non Litigasi)

Pada Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 dicantumkan dasar peraturan mengenai sengketa dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan terkait BPJS. Dalam Pasal 49 menyampaikan jika terdapat pihak yang mengalami kerugian dan belum dapat diselesaikan pengaduannya di unit pengaduan maka diselesaikan melalui mediasi. Pada Undang-undang Nomor 30 tahun 1999 dicantumkan mekanisme sengketa yang diselesaikan dengan jalur mediasi mengenai Arbitrase juga alternatif penyelesaian sengketa. Mediasi memiliki ciri khas yakni terdapat pihak ketiga yang berposisi netral. Mediator berperan mendukung pihak-pihak yang bersengketa demi menuntaskan permasalahannya juga tidak mempunyai kewenangan dalam menentukan Keputusan, bisa dikatakan mediator hanyalah berperan sebagai fasilitator. Mediasi yang dilakukan untuk menyelesaikan sengketa sebagai langkah terakhir untuk kedua belah pihak dalam penyelesaian sengketa secara persuasif. Dengan demikian, pihak yang mengalami kerugian bisa melakukan pengajuan sengketa kepada pengadilan, jika langkah mediasi gagal.

2) Penyelesaian sengketa melalui pengadilan (Litigasi)

Dasar hukum penyelesaian sengketa melalui pengadilan yakni UU Nomor 24 tahun 2011 terkait BPJS Pasal 50 yang menerangkan jika pengaduan tidak mampu dituntaskan oleh unit pengendali mutu pelayanan dan penanganan pengaduan Peserta melalui mekanisme mediasi tidak dapat terlaksana, dapat diselesaikan dengan mengajukan ke pengadilan negeri di wilayah tempat tinggal pemohon. Merujuk pada uraian di atas pengadilan negeri yang dimaksud merupakan kekuasaan kehakiman yang berada di lingkungan peradilan umum.

Kesimpulan

Kecurangan dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh rumah sakit dalam penyelenggaraan JKN dapat berupa klaim fiktif, penggelembungan biaya (upcoding), layanan yang tidak sesuai indikasi medis, manipulasi data rekam medis, dan kolusi dengan peserta atau petugas fasilitas kesehatan. Tindakan ini dapat menimbulkan kerugian negara karena menyebabkan pemborosan anggaran, ketidakadilan dalam pelayanan, menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap layanan kesehatan public, serta dapat merusak integritas sistem jaminan sosial. Untuk mencegahnya, berbagai langkah preventif telah diterapkan oleh pemerintah, BPJS Kesehatan, dan pihak terkait, seperti penetapan standar layanan, indikator fraud, verifikasi klaim oleh perusahaan asuransi, serta monitoring dan evaluasi berkala. Saat ini, penegakan hukum terhadap

kecurangan JKN memang belum sepenuhnya berjalan secara optimal karena minimnya pengawasan internal, rendahnya pelaporan, lemahnya sistem deteksi dini, serta kendala koordinasi antar lembaga seperti BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, dan aparat penegak hukum. Meskipun telah diatur dalam Permenkes Nomor 16 Tahun 2019, sanksi administratif yang ada belum cukup kuat tanpa dukungan ketentuan pidana yang tegas. Oleh karena itu, diperlukan pembaharuan regulasi untuk memperkuat dasar hukum penindakan, dengan mengintegrasikan ketentuan pidana sebagaimana tercantum dalam Pasal 378 dan 381 KUHP guna memberikan efek jera bagi pelaku kecurangan dalam sistem JKN.

Daftar Bacaan

Peraturan Perundang-undangan :

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 (UUD 1945) amandemen

Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

Undang-Undang No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Undang-undang No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan.

Kitab Undang-Undang Hukum Pidana

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program Jaminan Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.

Buku :

Teguh Presetyo. (2020) Hukum Pidana. Depok: Rajawali Press

Jonaedi E dan Prasetyo R, (2016) Metode Penelitian Hukum Normatif dan Empiris Edisi kedua. Jakarta: Prenamedia Grup.

Jurnal :

Abdullahi, R., Mansor, Noorhayati. (2015). Fraud Triangle Theory and Fraud Diamond Theory. Understanding the Convergent and Divergent For Future Research. *International Journal of Academic Research in Accounting, Finance and Management Sciences*. 5. 10.6007/IJARAFMS/v5-i4/1823.

Arles, Leardo. (2014). Faktor-Faktor Pendorong Terjadinya Fraud: Predator Vs. Accidental Fraudster Diamond Theory Refleksi Teori Fraud Triangle (Klasik) Suatu Kajian Teoritis. *Papper Ilmiah*. Fakultas Ekonomi. Universitas Riau: Riau

- Candra, F. A., dan Sinaga, F. J. (2021). Peran Penegak Hukum Dalam Penegakan Hukum Di Indonesia. *Edu Society: Jurnal Pendidikan, Ilmu Sosial Dan Pengabdian Kepada Masyarakat*. 1(1)
- 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*, 2(1), 113–133.
- Fajarwati, D., Efrila, E., & Makbul, A. (2024). Analisis Yuridis Penegakan Hukum atas Kecurangan (Fraud) Fasilitas Kesehatan Terhadap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional dalam Pelayanan Medis. *Jurnal Cahaya Mandalika ISSN 2721-4796 (online)*, 5(2), 899-912. <https://doi.org/10.36312/jcm.v5i2.3788>
- Hendrartini, Y. (2014). Deteksi dan Investigasi Fraud dalam Asuransi Kesehatan : Bagaimana di Indonesia. *Dalam meteri kuliah Hukum Kesehatan di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta*
- Junaedi, & Diki Dikrurahman. (2023). Membangun Budaya Hukum Pancasila Di Era Reformasi. *Jurnal Cahaya Mandalika ISSN 2721-4796 (online)*, 4(1), 709-722. <https://doi.org/10.36312/jcm.v4i1.2021>
- Purwandari, M. F., Efrila, E., & Edwin, E. (2024). Analisis Yuridis Sistem Pencegahan Kecurangan (Fraud) di Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia. *Jurnal Cahaya Mandalika ISSN 2721-4796 (online)*, 3(1), 706-717. <https://doi.org/10.36312/jcm.v3i1.3668>
- Ruankaew, Thanasak. (2016). Beyond the Fraud Diamond. *International Journal of Business Management and Economic Research (IJBMER)*. Volume 7 (1) 2016, 474-476 ISSN: 2229-6247.
- Sadikin, H., & Adisasmito, W. (2016). Analisis Pengaruh Dimensi Fraud Triangle Dalam Kebijakan Pencegahan Fraud Terhadap Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUP Nasional Cipto Mangunkusumo. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(2), 28–34. <https://doi.org/10.7454/eki.v1i2.1871>
- Santoso, B., Hendrartini, J., Djoko Rianto, B. U., & Trisnantoro, L. (2018). System for Detection of National Healthcare Insurance Fraud Based on Computer Application. *Public Health of Indonesia*, 4(2), 46–56. <https://doi.org/10.36685/phi.v4i2.199>
- Solehuddin. (2023). Urgensi Kriminalisasi Perbuatan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Di Indonesia. DOI: 10.19184/idj.v4i1.39490. Diakses pada 27 Maret 2025 pukul 08.00 WIB
- Soputan, R., Tinangon, J., & Lambey, L. (2018). Analisis Resiko Kecurangan terhadap Sistem Pengelolaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Di FKTP Pemerintah Kota Bitung. *Jurnal Riset Akuntansi Dan Auditing "Goodwill,"* 9(2), 140–149. <https://doi.org/10.35800/jjs.v9i2.26469>
- Stowell, N. F., Schmidt, M., & Wadlinger, N. (2018). Healthcare fraud under the microscope: improving its prevention. *Journal of Financial Crime*, 25(4), 1039–1061.

<https://doi.org/10.1108/JFC-05-2017-0041>

Susanti, D.; Arifin, P.; Rahma, D.; Fahmi, M.; Juliaha, L.; Putri, W. (2022). Tackling fraud and corruption in Indonesia's health insurance system. *Bergen: U4 Anti-Corruption Resource Centre, Chr. Michelsen Institute (U4 Issue 2022:13)*

Wijayani, D. R. (2016). Insider Trading dalam Perspektif Fraud Diamond. *Proceeding SENDI_U* (pp: 633-642).

Yanova, M. H., Komarudin, P., & Hadi, H. (2023). Metode penelitian hukum: Analisis problematika hukum dengan metode penelitian normatif dan empiris. *Badamai Law Journal*, 7(1), 1-13.

<https://ppjp.ulm.ac.id/journal/index.php/blj/article/view/17423>

Zulaikha, Z., & Hadiprajitno, P. T. B. (2016). Faktor-faktor yang Memengaruhi Procurement Fraud: sebuah Kajian dari Perspektif Persepsian Auditor Eksternal. *Jurnal Akuntansi dan Keuangan Indonesia*, 13 (2): 194-220.

Website :

Humas. Tahun 2023. (2024). BPJS Kesehatan Perkuat Sistem Keamanan Data dan Sektor Pelayanan. <https://www.antaranews.com/berita/3378096/tahun-2023-bpjs-kesehatan-perkuatsistem-keamanan-data-dan-sektor-pelayanan>. [Diakses pada 28 Maret 2025]