

**PERTANGGUNGJAWABAN RUMAH SAKIT SWASTA
TERHADAP TINDAKAN KECURANGAN (*FRAUD*) DALAM
PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL**

*PRIVATE HOSPITALS' RESPONSIBILITY FOR FRAUD IN THE
IMPLEMENTATION OF NATIONAL HEALTH INSURANCE*

TESIS

Telah Dipertahankan Dalam Sidang Tesis

Pada Tanggal 29 September 2026

Guna Memperoleh Gelar Magister Hukum Kesehatan

Pada Program Pascasarjana Universitas Pasundan

Disusun Oleh:

Eka Prima Wahyuning Tyas

238040023

Dibawah Bimbingan

Dr. Hj. N. Ike Kusmiati, S.H., M.Hum



**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU HUKUM
PASCASARJANA UNIVERSITAS PASUNDAN
BANDUNG**

2026

ABSTRAK

Tujuan penelitian ini untuk menganalisis implementasi, hambatan, upaya pencegahan dan pertanggungjawaban rumah sakit swasta terhadap tindakan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional. Permasalahan utama dalam penelitian ini, negara berkewajiban menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), namun dalam pelaksanaannya masih ditemukan berbagai praktik *fraud* oleh rumah sakit yang menimbulkan kerugian keuangan negara dan menuntut adanya pertanggungjawaban hukum serta penguatan sistem pencegahan dan pengawasan.

Penelitian ini merupakan penelitian yuridis normatif dengan pendekatan deskriptif analitis yang bertujuan mengkaji Pertanggungjawaban Rumah Sakit Swasta Terhadap Tindakan Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Data diperoleh melalui studi kepustakaan dan studi dokumen dengan menggunakan bahan hukum primer, sekunder, dan tersier, yang kemudian dianalisis secara yuridis kualitatif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rumah sakit swasta telah menerapkan pencegahan *fraud* melalui pembentukan Tim Pencegahan *Fraud*, verifikasi klaim, audit internal, SOP, dan penguatan budaya integritas sesuai ketentuan JKN. Namun, pelaksanaannya masih terkendala oleh keterbatasan SDM, lemahnya pengawasan internal, serta perubahan dan kompleksitas regulasi. Untuk mengatasinya, diperlukan peningkatan kompetensi SDM, optimalisasi teknologi informasi, penguatan audit internal, dan koordinasi yang lebih baik dengan BPJS Kesehatan. Rumah sakit sebagai badan hukum bertanggung jawab atas tindakan *fraud* yang terjadi dalam pelaksanaan JKN, baik yang dilakukan oleh individu maupun akibat kelemahan sistem pengawasan internal. Pertanggungjawaban tersebut dapat berupa sanksi administratif, perdata, dan pidana, sehingga rumah sakit wajib menerapkan tata kelola yang transparan, akuntabel, dan berintegritas untuk mencegah terjadinya kecurangan.

Kata kunci: BPJS kesehatan, fraud, jaminan kesehatan nasional, pertanggungjawaban, rumah sakit.

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the implementation, obstacles, prevention efforts and accountability of private hospitals for fraudulent acts in the implementation of national health insurance. The main problem in this study is that the state is obliged to provide quality health services through the National Health Insurance Program, but in its implementation, various practices are still found fraud by hospitals that cause state financial losses and demand legal accountability and strengthening of prevention and monitoring systems.

This research is normative juridical research with a descriptive analytical approach which aims to examine the accountability of private hospitals for fraudulent acts In the Implementation of National Health Insurance, data were obtained through literature and document studies using primary, secondary, and tertiary legal materials, which were then analyzed qualitatively and legally.

The results of the study show that private hospitals have implemented prevention fraud through the formation of a Prevention Team Fraud, claims verification, internal audits, SOPs, and strengthening a culture of integrity in accordance with JKN regulations. However, implementation is still hampered by limited human resources, weak internal oversight, and regulatory changes and complexity. To address this, it is necessary to improve human resource competency, optimize information technology, strengthen internal audits, and improve coordination with BPJS Kesehatan. Hospitals, as legal entities, are responsible for their actions fraud that occur in the implementation of the National Health Insurance, whether committed by individuals or due to weaknesses in the internal oversight system. This accountability can take the form of administrative, civil, and criminal sanctions, requiring hospitals to implement transparent, accountable, and integrated governance to prevent fraud.

Keywords: *BPJS health, fraud, national health insurance, accountability, hospital*

RINGKESAN

Tujuan tina ieu panilitian nyaéta pikeun nganalisis palaksanaan, halangan, upaya pencegahan sareng akuntabilitas rumah sakit swasta pikeun tindakan curang.(panipuan)dina palaksanaan asuransi kasehatan nasional. Masalah utama dina ieu panilitian nyaéta nagara wajib nyayogikeun layanan kasehatan anu berkualitas ngalungkungan Program Jaminan Kaséhatan Nasional, tapi dina palaksanaanna, rupa-rupa prakték masih kapanggih panipuanku rumah sakit anu nyababkeun karugian kauangan nagara sareng nungtut akuntabilitas hukum sareng penguatan sistem pencegahan sareng pemantauan.

Panalungtikan ieu mangrupikeun panalungtikan yuridis normatif kalayan pendekatan deskriptif analitis anu tujuanana pikeun nalungtik akuntabilitas rumah sakit swasta pikeun tindakan curang. Dina Implementasi Asuransi Kaséhatan Nasional, data diala ngaliwatan studi literatur sareng dokuméntasi nganggo bahan hukum primér, sekundér, sareng tersier, anu teras dianalisis sacara kualitatif sareng sah.

Hasil panilitian nunjukkeun yén rumah sakit swasta parantos ngalaksanakeun pencegahanpanipuannngaliwatan pembentukan Tim Pencegahan Panipuan, verifikasi klaim, audit internal, SOP, sareng nguatkeun budaya integritas luyu sareng peraturan JKN. Nanging, palaksanaanna masih kahambat ku sumber daya manusa anu terbatas, pangawasan internal anu lemah, sareng parobihan sareng kompleksitas peraturan. Pikeun ngungkulan ieu, perlu ningkatkeun kompetensi sumber daya manusa, ngaoptimalkeun téknologi inpormasi, nguatkeun audit internal, sareng ningkatkeun koordinasi sareng BPJS Kesehatan. Rumah sakit, salaku badan hukum, tanggung jawab kana tindakan penipuan anu lumangsung dina palaksanaan Jaminan Kaséhatan Nasional , boh anu dilakukeun ku individu atanapi kusabab kalemahan dina sistem pangawasan internal. Akuntabilitas ieu tiasa dina bentuk sanksi administratif, sipil, sareng pidana, anu ngabutuhkeun rumah sakit pikeun ngalaksanakeun tata kelola anu transparan, akuntabel, sareng terpadu pikeun nyegah penipuan.

Kecap konci:BPJS kasehatan, penipuan, asuransi kasehatan nasional, akuntabilitas, rumah sakit

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Penelitian

Kesehatan merupakan hak asasi manusia yang dijamin dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Seperti yang tertuang dalam Pasal 34 ayat 3¹ Ketentuan ini menegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh kesejahteraan dalam aspek fisik maupun mental, memiliki tempat tinggal yang layak, menikmati lingkungan hidup yang sehat, dan mendapatkan pelayanan kesehatan guna mendukung terwujudnya kualitas hidup yang optimal. Selain itu juga hak akan kesehatan diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang berbunyi bahwa Hak atas kesehatan mencakup jaminan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, sehingga masyarakat dapat menerima layanan yang efektif, berkualitas, serta mampu meminimalkan risiko yang dapat membahayakan keselamatan pasien.²

Selain warga negara Indonesia yang berhak atas layanan kesehatan, Negara juga berkewajiban dalam memehuni kesehatan warganya melalui penyediaan layanan kesehatan.³ Hal tersebut diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 34 ayat (3) yang

¹ Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Pasal 34 ayat 3

² Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Pasal 4

³ Tony Richard Alexander Samosir dan Elisatris Gultom, "Analisis Konstitusional terhadap Tanggung Jawab Negara dalam Penyediaan Layanan Kesehatan bagi Warga Negara," *Jurnal Pendidikan Indonesia* 6, no. 5 (7 Juni 2025): 2297–2310, <https://doi.org/10.59141/japendi.v6i5.7736>.

berbunyi bahwa Sebagai bagian dari pelaksanaan fungsi kesejahteraan, negara berkewajiban memastikan tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak. Kewajiban tersebut bertujuan untuk menjamin terpenuhinya hak masyarakat atas pelayanan dasar serta mendukung peningkatan kualitas hidup dan kesejahteraan sosial Serta diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Pasal 165 ayat (1) dan (3) menyebutkan bahwa penyelenggara Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit memiliki kewajiban untuk memastikan bahwa seluruh layanan yang diberikan dilaksanakan berdasarkan standar pelayanan kesehatan yang berlaku, sehingga mutu pelayanan dan perlindungan terhadap pasien dapat terjamin secara optimal.

Sebagai perwujudan dari hak warga negara serta kewajiban negara, pemerintah menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.⁴ Program Jaminan Kesehatan Nasional dirancang untuk memberikan perlindungan kesehatan secara menyeluruh dan berkesinambungan bagi seluruh rakyat Indonesia dengan melibatkan berbagai fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit swasta sebagai mitra penyedia layanan kesehatan.⁵ Lebih lanjut program JKN merupakan

⁴ Made Adya Febriana Putri, Komang Adi Sastra Wijaya, dan Ni Wayan Supriyanti, 2024, Efektivitas Aplikasi Mobile Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan (Studi Kasus Kantor Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Cabang Denpasar), *Socio-political Communication and Policy Review* 1, no. 2

⁵ Grace E. C Korompis, *Jaminan Kesehatan Nasional*, ed. oleh Tim Para Media Garfindo, 1 ed. Bandung: CV. Patra Media Grafindo, 2021.hlm 3

instrumen yang digunakan negara dalam memberikan perlindungan serta menjamin pemenuhan hak kesehatan masyarakat secara adil serta berkesinambungan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Nasional.⁶

Rumah sakit swasta dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional berstatus sebagai badan hukum yang menjalankan kegiatan usaha di bidang pelayanan kesehatan.⁷ Dalam menjalankan kewajibannya dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, rumah sakit swasta atau rumah sakit milik pemerintah berkerjasama atau memiliki kontrak dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Pasal 11 huruf h menyebutkan bahwa Untuk meningkatkan kualitas dan efektivitas penyelenggaraan program jaminan sosial, BPJS diperbolehkan menjalin kerja sama dengan pihak lain yang memiliki kapasitas dan peran relevan dalam mendukung pelaksanaan program tersebut sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.⁸ Pihak lain dalam pasal tersebut merujuk pada layanan kesehatan salah satunya rumah sakit swasta. Serta diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 67 ayat (1) menyebutkan bahwa Kerja sama antara BPJS Kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan dilaksanakan berdasarkan suatu perjanjian kerja sama

⁶ Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

⁷ Hari Santoso, "Hak Rumah Sakit untuk Bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan," *Jurnal Hukum Indonesia* 3, no. 1 (2024): 123–32, <https://doi.org/https://doi.org/10.58344/jhi.v3i1.675>.

⁸ Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Pasal 11

yang mengatur hak dan kewajiban para pihak dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.⁹ Sebagai subjek hukum, rumah sakit swasta tidak hanya memiliki hak, tetapi juga kewajiban hukum untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan prinsip profesionalitas, akuntabilitas, dan kepatuhan hukum.^{10 11}

Namun, dalam praktik penyelenggaraan JKN, sering ditemukan adanya tindakan kecurangan (*fraud*) atau kecurangan dalam pelayanan dan pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan. Tindakan kecurangan (*fraud*) sendiri menurut ¹² merupakan tindakan kecurangan perbuatan ilegal dan penyalahgunaan kepercayaan. Sedangkan tindakan kecurangan (*fraud*) sendiri merupakan tindakan yang memiliki niat dan pengelabuan menunjukkan bahwa kecurangan (*fraud*) bukanlah sekadar pelanggaran teknis, melainkan pelanggaran etis dan hukum yang sistemik.¹³ *Fraud* dalam Jaminan Kesehatan Nasional merupakan tindakan dalam manipulasi klaim, *upcoding*, klaim pelayanan yang tidak dilakukan, atau bentuk lain yang bertentangan dengan ketentuan hukum dan berpotensi menimbulkan kerugian keuangan negara.¹⁴ Tindakan tersebut pada umumnya dilakukan dalam

⁹ Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

¹⁰ Romli Atmasasmita, *Hukum Kejahatan Bisnis*, 3 ed. (Jakarta: Kencana, 2018), hlm 54

¹¹ Rospita Adelina Siregar, *Hukum Kesehatan*, 1 ed., vol. 1 (Jakarta: UKI Press, 2020). Hlm 43

¹² Romli Atmasasmita, *Pemikiran Romli Atmasasmita tentang Pemberantasan Korupsi di Indonesia*, ed. oleh Widjajanti Ermiana dan Septa Candra, 1 ed., vol. 1 Jakarta: Prenada Media, 2020., hlm 87

¹³ Romli Atmasasmita, *Moral Pancasila, Hukum, dan Kekuasaan*, 1 ed., vol. 1, PT Refika Aditama, Bandung 2020, hlm 45.

¹⁴ Julius Sam Tito, "Faktor Pemicu dan Penghambat *Fraud* dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dan Strategi Pencegahannya: Sebuah Scoping Review," *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia* 9, no. 2 (30 Desember 2024), <https://doi.org/10.7454/eki.v9i2.1124>.

rangkaian pelayanan yang berada dalam sistem dan manajemen rumah sakit sebagai perusahaan swasta.¹⁵

Seperti yang diberitakan dalam ¹⁶ mengungkapkan bahwa negara sebagai pemilik Jaminan Kesehatan Nasional mengalami kerugian pada tahun 2024 sebesar Rp. 501,27 miliar akibat tindakan kecurangan (*fraud*) yang terjadi pada 3 Rumah Sakit. Tindakan tersebut dilakukan pada 3 Rumah Sakit swasta yang berada di Jawa Tengah dan Sumatra Utara, dengan jumlah klaim sebanyak 4341 kasus, yang mana hanya 24,7% yang memiliki catatan rekam medis, sedangkan sisanya 75,3% diduka kasus fiktif. Tindakan *fraud* dilakukan termasuk kedalam tipe *phantom billing* yang mana merupakan tindakan klaim yang dilakukan rumah sakit, tanpa adanya pasien dan terapi pada kasus tersebut indikasi kecurangan pada pelayanan fisioterapis.¹⁷ Kasus tersebut masuk kedalam penyidikan KPK mengingat adanya kerugian negara sebanyak Rp501,27 miliar, rumah sakit juga diwajibkan untuk mengembalikan sejumlah kerugian tersebut sebagai sanksi administrasi yang diberikan.

Sejalan yang dimuat dalam berita ¹⁸, menyebutkan bahwa 3 (tiga) Rumah Sakit di Kabupaten Jember melakukan praktik kecurangan untuk meraup keuntungan lebih dalam sistem jaminan kesehatan nasional. Praktik

¹⁵ Adler Haymans Manurung dan Ali Johardi Wirogioto, *Fraud Keuangan di Indonesia*, ed. oleh Lukman Hakim Sangapan, 1 ed., vol. 1, Jakarta: PT Adler Manurung Press, 2023.hlm 92

¹⁶ Akmal Jamaludin, "KPK Tindak Tiga Rumah Sakit Pelaku *Fraud* BPJS Kesehatan," Republik Merdeka, 2024, <https://rmol.id/hukum/read/2024/07/24/629793/kpk-tindak-tiga-rumah-sakit-pelaku-fraud-bpjs-kesehatan>.

¹⁷ Pasha Yudha Ernowo, <https://infopublik.id/kategori/nasional-politik-hukum/845853/kpk-ungkap-kecurangan-klaim-jkn-di-tiga-rumah-sakit-dengan-nilai-rp35-miliar>

¹⁸ Wakos Reza Gautama, "Skandal Tagihan Hantu di RS Jember: Saat Dana BPJS Rakyat Digerogoti Diagnosa Palsu", Suara Jatim, 2026, <https://jatim.suara.com/read/2026/05/08/090737/skandal>

tersebut telah berlangsung sejak tahun 2019 sampai dengan tahun 2025. Dua modus utama yang menjadi sorotan tajam adalah *phantom billing* dan *upcoding*. *Phantom billing* atau “tagihan hantu” terjadi ketika rumah sakit mengajukan klaim atas layanan kesehatan atau obat-obatan yang sebenarnya tidak pernah diterima oleh pasien ¹⁹. Sedangkan praktik *upcoding* modus ini dilakukan dengan cara memanipulasi kode diagnosa. Penyakit yang sebenarnya ringan atau prosedur yang sederhana, disulap dalam dokumen menjadi kondisi medis yang jauh lebih berat. Tujuannya agar rumah sakit bisa mencairkan klaim dengan nilai yang jauh lebih tinggi dari kenyataannya. Kejadian tersebut menyebabkan negara mengalami kerugian, karena mengharuskan membayar dengan kasus yang tidak pernah ada dan membayar lebih karena prosedur penyembuhan pasien yang dibuat rumit.

Terjadi tindakan kecurangan seperti yang diberitakan oleh Kementerian Kesehatan dalam ²⁰ terdapat kasus tindakan kecurangan dengan jenis *Manipulation Diagnosis* atas Operasi Katarak pada 3 Rumah Sakit. Tercatat hanya 36% yang hanya memiliki diagnosa tersebut, sedangkan sisanya 64% yang tidak sesuai dengan diagnosanya. Pihak Rumah Sakit bertanggung jawab atas adanya tindakan kecurangan tersebut, dan diberikan sanksi administratif untuk mengembalikan sejumlah dana yang menjadi kerugian negara.

¹⁹ Reza Gautama Wakos, <https://jatim.suara.com/read/2026/05/08/090737/skandal-tagihan-hantu-di-rs-jember-saat-dana-bpjs-rakyat-digerogoti-diagnosa-palsu>

²⁰ Kemenkes, “Tindaklanjut dan Pemberian Sanksi atas Dugaan Klaim Fiktif di 3 RS Swasta,” Kemenkes, 2024, <https://itjen.kemkes.go.id/index.php/berita/detail/tindaklanjut-dan-pemberian-sanksi-atas-dugaan-klaim-fiktif-di-3-rs-swasta>.

Pada bulan April 2025, seperti yang diberitakan bahwa DPRD Provinsi Riau menerima laporan dari masyarakat bahwa ada sejumlah Rumah Sakit swasta di daerah Riau yang melakukan tindakan kecurangan.²¹ Dugaan tindakan kecurangan tersebut terindikasi adanya ketidakwajaran pada proses klaim jumlah obat, data pasien dan bahkan adanya indikasi harga obat yang tidak transparan. Sejumlah pimpinan Rumah Sakit tersebut telah dilakukan pemanggilan untuk dimintakan keterangan berdasarkan informasi tersebut. Sehingga pihak Rumah Sakit yang melakukan indikasi kecurangan tersebut diberikan sanksi klaim yang ditahan, pemeriksaan lebih lanjut yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan serta meninjau dilakukan pemutusan hubungan kerjasama apabila adanya indikasi kecurangan

Seperti yang diberitakan dalam BPJS Kesehatan Cabang Ambon mengungkapkan adanya kasus kecurangan berupa *upcoding* pada proses klaim yang diajukan oleh delapan rumah sakit di Kota Ambon pada tahun 2024. Kasus *upcoding fraud* adalah tindakan kecurangan dengan cara mengkodekan layanan, diagnosis, atau prosedur ke kode yang lebih mahal/lebih berat daripada yang sebenarnya dilakukan, untuk mendapatkan pembayaran klaim yang lebih tinggi. Proses klaim yang terindikasi adanya *upcoding* pada rawat jalan sebanyak 411 kasus dengan taksiran kerugian negara sebesar Rp. 113.947.900. Sedangkan kasus rawat inap dengan 24.746 kasus terindikasi *upcoding*, sehingga negara ditaksirkan mengalami kerugian

²¹ Ananda Pratama, "DPRD Riau Soroti Dugaan Manipulasi Klaim BPJS oleh Rumah Sakit Swasta," RiauNews.com, 2025, <https://www.riaunews.com/2025/07/11/dprd-riau-soroti-dugaan-manipulasi-klaim-bpjs-oleh-rumah-sakit-swasta/>, 30 April 2026 23:42

sebesar Rp.1.537.708.800. Sehingga total kerugian pada kasus tindakan kecurangan di delapan rumah sakit sekitar Kota Ambon sebanyak Rp.1.651.656.700.²²

Terjadi indikasi tindakan kecurangan yang dilakukan oleh rumah sakit di Provinsi Kalimantan Timur dan Sulawesi Selatan ²³. Bentuk kecurangan yang dilakukan oleh pihak rumah sakit yaitu klaim palsu (*phantom billing*) yang diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan. Klaim palsu adalah pengajuan klaim yang tidak benar atau tidak pernah terjadi, dengan tujuan mendapatkan pembayaran atau keuntungan secara tidak sah dari pihak penjamin. Pada pantauan yang dilakukan Indonesia *Corruption Watch* mengungkapkan bahwa terdapat indikasi 49 kecurangan (*fraud*) yang tercatat pada pengungkapan kasus tersebut. Pola kecurangan ini merupakan hal perubahan pola korupsi yang dilakukan oleh pihak rumah sakit. Awalnya kecurangan yang dilakukan rumah sakit dilakukan pada pengadaan alat kesehatan, kini bergeser pada proses klaim kepada pihak BPJS Kesehatan.

Risiko terjadinya praktik kecurangan dalam sistem pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional cukup signifikan, khususnya pada mekanisme klaim yang diajukan oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Bentuk kecurangan yang sering menjadi perhatian adalah manipulasi diagnosis pasien guna memperoleh penggantian biaya yang lebih besar. Indonesia Corruption

²² Achmad Saleh Abdullah, 2019, Analisis Faktor Penyebab Kejadian Fraud Yang Diakibatkan Oleh Upcoding Biaya Pelayanan Kesehatan Kepada BPJS Kesehatan Cabang Ambon, *Jurnal Kesehatan* 3, no. 1.

²³ Aditya Mardiasuti, "ICW Temukan 49 Kecurangan Terkait Jaminan Kesehatan di 15 Provinsi," Detik news, 2017, <https://news.detik.com/berita/d-3643405/icw-temukan-49-kecurangan-terkait-jaminan-kesehatan-di-15-provinsi>.

Watch (ICW) mencatat adanya kasus ketika diagnosis yang sebenarnya adalah demam tifoid diubah menjadi demam berdarah dengue (DBD) karena nilai klaim yang diberikan lebih tinggi. Apabila klaim yang tidak sesuai dengan kondisi medis tersebut tetap diterima dan dibayarkan oleh BPJS Kesehatan, maka tindakan tersebut dapat dikualifikasikan sebagai fraud atau kecurangan dalam pelayanan kesehatan yang berpotensi merugikan sistem jaminan kesehatan nasional.

Tindakan tersebut merupakan tindakan melawan hukum serta menjadi tanggung jawab pihak rumah sakit.²⁴ Tindakan kecurangan (*fraud*) yang sekalipun itu dilakukan oleh tenaga medis atau tenaga administrasi di Rumah Sakit merupakan tanggung jawab Rumah Sakit.²⁵ Hal tersebut dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Pasal 193 yang menjelaskan bahwa Rumah sakit memikul tanggung jawab hukum atas setiap kerugian yang timbul sebagai akibat kelalaian tenaga kesehatan maupun sumber daya manusia kesehatan yang menjalankan tugas dalam lingkungan rumah sakit. ²⁶ Sanksi yang diterapkan pihak Jaminan Kesehatan Nasional kepada pihak Rumah Sakit atas tindakan kecurangan (*fraud*) telah diamanatkan dalam Undang-Undang yaitu berupa sanksi administrasi pengembalian kerugian dana Jaminan Kesehatan Nasional.²⁷ Dalam kasusus

²⁴ Hadi Purnomo, Edi Prasetyo, dan Heber Bombang Sapan, *Hukum Kesehatan di Indonesia*, 1 ed., vol. 1, Riau: CV Nulis Hemat Indonesia, 2025.hlm 29

²⁵ Mulhadi dan Dedi Harianto, *Fenomena Insurance Fraud Yang Dilakukan Penanggung Dalam Perkara Asuransi*, ed. oleh Dedi, 1 ed., vol. 1, Medan: USU Press , 2022.hlm 52

²⁶ Undang-undang (UU) Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

²⁷ Andi Ashar, "Aspek Yuridis Penerapan Sanksi Adminisratif Bagi Pelaku Kecurangan (*FRAUD*) Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional," *Jurnal Hukum, Politik dan Ilmu Sosial* 1, no. 1 (2023): 156–61, <https://ejurnal.politeknikpratama.ac.id/index.php/jhpis/article/view/1738>.

tersebut Rumah Sakit telah memenuhi patuh terhadap sanksi serta bertanggung jawabannya dengan mengembalikan sejumlah dana yang menjadi kerugian negara akibat tindakan kecurangan (*fraud*) yang dilakukan. Hal tersebut diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 16 Tahun 2019 Pasal 6 ayat (1) mengemukakan bahwa Rumah sakit yang terbukti melakukan tindakan kecurangan (*fraud*) dapat dikenai berbagai sanksi administratif, mulai dari kewajiban mengembalikan kerugian dana JKN, pembayaran denda administratif, penghentian sementara kerja sama, pemutusan kerja sama, hingga rekomendasi pencabutan izin operasional sebagai sanksi yang paling berat.²⁸

Pada dasarnya bahwa rumah sakit swasta memiliki kewenangan pengendalian, kebijakan internal, serta sistem organisasi yang membentuk dan memungkinkan terjadinya tindakan tersebut. Dalam perspektif hukum, Rumah Sakit dapat dimintai pertanggungjawaban atas perbuatan yang dilakukan oleh pengurus, pegawai, atau pihak lain yang bertindak untuk dan atas nama Rumah Sakit, sepanjang perbuatan tersebut dilakukan dalam lingkup kegiatan usaha.²⁹

Selain itu juga bentuk pertanggungjawaban rumah sakit guna meminimalisir tindakan kecurangan (*fraud*) dengan membentuk tim

²⁸ 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, pasal 6 ayat (1).

²⁹ Friedman. Lawrence, *Sistem Hukum : Perspektif Ilmu Sosial*, ed. oleh Nurainun mangunsong, 2 ed., vol. 1, Bandung: Nusa Media, 2019., hlm 87

pencegahan.³⁰ Sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan *Fraud* dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Pasal 7 ayat (1) yang berbunyi “Fasilitas Kesehatan wajib membentuk Tim Pencegahan *Fraud*. Hukum tersebut menjelaskan bahwa rumah sakit memiliki tanggung jawab dalam melaksanakan langkah preventif dalam mencegah dengan pembentukan tim pencegahan *fraud*”. Lebih lanjut pada Pasal 17 “Jenis sanksi terhadap fasilitas kesehatan atas tindakan kecurangan (*fraud*) teguran tertulis, kewajiban pengembalian kerugian, pemutusan kerja sama dan pelaporan ke aparat penegak hukum”.

Selain itu, peraturan perundang-undangan yang mengatur pencegahan dan penindakan *fraud* pada Jaminan Kesehatan Nasional masih menunjukkan kelemahan dalam pengaturan pertanggungjawaban Rumah Sakit.³¹ Hal ini berpotensi menimbulkan ketidakpastian hukum³² serta lemahnya efek jera terhadap Rumah Sakit swasta dalam melakukan tindakan kecurangan (*fraud*). Kepastian dan keadilan hukum merupakan prinsip fundamental dalam negara hukum yang harus dijunjung tinggi dalam penyelenggaraan pelayanan publik, termasuk pelayanan kesehatan.³³

³⁰ Einde Evana, Nairobi, dan Sumitro, *Investigasi Korupsi*, ed. oleh Aryan Danil Mirza, 1 ed., vol. 1, Lampung: CV Tahta Media Group, 2024, .hlm 34

³¹ Zulfadli Yusuf, Andi Nurwanah, dan Ratna Sari, “*Fraud* pada Program Jaminan Kesehatan Nasional | Perpektif: Kompetensi Auditor Internal dengan Pendekatan Fenomenologi,” *Owner* 6, no. 4 (1 Oktober 2022): 3653–69, <https://doi.org/10.33395/owner.v6i4.11115>.

³² Achmad Ali, *Menguak Tabir Hukum*, 2 ed., vol. 1, Jakarta: Prenada Media Group, 2026., hlm 89

³³ Satjipto Rahardjo, *Hukum Progresif: Sebuah Sintesa Hukum Indonesia*, 1 ed., vol. 1, Yogyakarta: Genta Publishing, 2026., hlm 34

Berdasarkan uraian tersebut, diperlukan penelitian hukum dengan pendekatan yuridis normatif untuk menganalisis secara komprehensif bentuk pertanggungjawaban rumah sakit swasta atas tindakan kecurangan (*fraud*) dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji konsep dan dasar hukum pertanggungjawaban yang dapat diterapkan terhadap rumah sakit, serta menelaah konsekuensi yuridis yang timbul dari penerapan pertanggungjawaban tersebut. Hasil penelitian diharapkan mampu memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu hukum kesehatan, sekaligus menjadi bahan masukan dalam upaya memperkuat efektivitas penegakan hukum terhadap praktik *fraud* dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional. Berdasarkan hal-hal tersebut di atas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian berjudul: “PERTANGGUNGJAWABAN RUMAH SAKIT SWASTA TERHADAP TINDAKAN KECURANGAN (*FRAUD*) DALAM PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL”.

B. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka identifikasi masalah dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Bagaimana implementasi, hambatan, dan solusi terhadap tindakan kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional?
2. Bagaimana pertanggungjawaban Rumah Sakit Swasta terhadap tindakan kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional?

C. Tujuan Penelitian

Merujuk pada identifikasi masalah, maka tujuan penelitian adalah sebagai berikut:

1. Untuk menganalisis implementasi, hambatan, dan solusi terhadap tindakan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan jainan kesehatan nasional;
2. Untuk menganalisis pertanggungjawaban rumah sakit swasta terhadap tindakan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional.

D. Kegunaan Penelitian

Merujuk pada identifikasi masalah dan tujuan penelitian ini, maka kegunaan penelitian dari sisi teoritis dan praktis, sebagai berikut.

1. Secara Teoritis

Kegunaan penelitian ini apabila dilihat dari sisi teoritis, sebagai berikut.

- a. Memberikan sumbangan pemikiran bagi kemajuan hukum kesehatan, khususnya tentang pertanggungjawaban rumah sakit swasta terhadap tindakan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional;
- b. Menambah referensi akademik pada bidang hukum kesehatan dan hukum bisnis mengenai tindakan kecurangan (*fraud*) atas kerjasama perjanjian;
- c. Menambah pengetahuan serta pemahaman atas sanksi kecurangan pada perjanjian kerjasama.

2. Secara Praktik

Kegunaan penelitian ini apabila dilihat dari sisi praktik, adalah sebagai berikut.

- a. Institusi, Pihak Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan :
 Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan atas tindakan kecurangan (*fraud*) yang dilakukan oleh Rumah Sakit apabila dikaitkan dengan aspek hukum;
- b. Pihak Rumah Sakit: Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan mengenai konsekuensi hukum atas tindakan kecurangan (*fraud*) perjanjian kerjasama;
- c. Bagi Universitas: Menjadi referensi dalam pembelajaran hukum kesehatan dan etika profesi. Mendukung pengembangan kurikulum terkait pertanggungjawaban hukum dan JKN. Menjadi sumber literatur untuk penelitian mahasiswa;
- d. Bagi Peneliti Selanjutnya: Menjadi acuan untuk penelitian lanjutan terkait pengawasan, sanksi, dan pencegahan tindakan kecurangan (*fraud*) pada jaminan kesehatan nasional serta membuka peluang pengembangan penelitian empiris dan kebijakan kesehatan.

E. Kerangka Pemikiran

Kerangka pemikiran dalam penelitian yang berjudul “*Pertanggungjawaban Rumah Sakit Swasta Terhadap Tindak Kecurangan (Fraud) Dalam Jaminan Kesehatan Nasional*” disusun untuk menganalisis bentuk pertanggungjawaban rumah sakit swasta terhadap tindakan

kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan memiliki kewajiban untuk menjalankan pelayanan secara profesional, transparan, dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Namun, dalam praktiknya masih ditemukan berbagai bentuk tindakan kecurangan (*fraud*) seperti manipulasi klaim, *upcoding*, pelayanan fiktif, maupun tindakan lain yang merugikan keuangan negara dan BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional ³⁴.

Permasalahan tersebut menimbulkan konsekuensi hukum terhadap rumah sakit swasta sebagai badan hukum yang terlibat dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan kajian mengenai dasar hukum, bentuk pertanggungjawaban, serta mekanisme penegakan hukum terhadap rumah sakit swasta yang melakukan atau terlibat dalam tindakan kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan Nasional. Kerangka pemikiran ini dibangun berdasarkan teori pertanggungjawaban hukum, teori perlindungan hukum, serta teori kepastian hukum sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang rumah sakit, kesehatan, dan Jaminan Kesehatan Nasional guna memperoleh gambaran yang sistematis mengenai tanggung jawab hukum rumah sakit swasta atas tindakan kecurangan (*fraud*) pada sistem Jaminan Kesehatan Nasional.

³⁴ Emirza Nur Wicaksono dan Dian Ratu Ayu Uswatun Khasanah, "Analisis Hukum Atas Kecurangan (Fraud) Rumah Sakit Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional," *Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan*, 4 Juni 2024, 16–32, <https://doi.org/10.30649/jhek.v5i1.243>.

1. Teori Pertanggungjawaban Hukum

Kerangka pemikiran penelitian ini dianalisis menggunakan teori pertanggungjawaban hukum untuk menelaah dasar dan bentuk pertanggungjawaban rumah sakit sebagai subjek hukum. Menurut Andi Hamzah pertanggungjawaban hukum pada prinsipnya menegaskan bahwa setiap subjek hukum yang melakukan perbuatan melawan hukum wajib bertanggung jawab atas akibat yang ditimbulkannya³⁵. Dalam konteks pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, rumah sakit swasta merupakan subjek hukum berbentuk badan hukum yang memiliki hak dan kewajiban mandiri, terpisah dari individu-individu yang bekerja di dalamnya.³⁶ Oleh karena itu, apabila dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional terjadi tindakan kecurangan (*fraud*) seperti *upcoding*, klaim fiktif, atau pemberian tindakan medis yang tidak diperlukan, maka perbuatan tersebut tidak dapat semata-mata dipandang sebagai kesalahan personal tenaga kesehatan atau petugas administrasi, melainkan juga sebagai perbuatan badan hukum rumah sakit. Menurut Romli Atmasasmita mengaitkan pertanggungjawaban atas konsep *Vicarious Liability* atau Pertanggungjawaban seseorang atas perbuatan orang lain³⁷.

Dalam perspektif teori pertanggungjawaban hukum, rumah sakit swasta dapat dimintai pertanggungjawaban berdasarkan prinsip *vicarious*

³⁵ Andi Hamzah, *Hukum Pidana Indonesia* Jakarta: Sinar Grafika, 2017. hlm 54 Hamzah.

³⁶ Emirza Nur Wicaksono, dan Dian Ratu Ayu Uswatun Khasanah, "Analisis Hukum Atas Kecurangan (Fraud) Rumah Sakit Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional."

³⁷ Romli Atmasasmita, *Teori Hukum Integratif*, 1 ed., vol. 1, Bandung: Mandar Maju, 2019., hlm 74

liability dan *corporate liability*, karena perbuatan tenaga kesehatan dan petugas administrasi dilakukan dalam hubungan kerja dan untuk kepentingan rumah sakit ³⁸. Menurut Hans Kelsen menyatakan bahwa pertanggungjawaban hukum (*liability*) berkaitan dengan kewajiban seseorang untuk menerima sanksi akibat pelanggaran norma hukum ³⁹. Apabila kecurangan tersebut berkaitan dengan sistem manajemen, kebijakan internal, target klaim, atau lemahnya pengawasan internal rumah sakit, maka kesalahan tersebut bersifat institusional.

2. Teori Kepastian Hukum

Keberadaan suatu peraturan perundang-undangan senantiasa berakar pada asas-asas hukum yang menjadi landasan filosofis maupun yuridis dalam proses pembentukannya. Satjipto Rahardjo menyatakan bahwa asas hukum merupakan jantung dari peraturan hukum, karena di dalamnya terkandung nilai-nilai dasar yang memberikan arah, makna, dan tujuan bagi pengaturan hukum. Dengan demikian, pemahaman terhadap suatu peraturan hukum harus diawali dengan pemahaman terhadap asas-asas hukum yang melandasinya ⁴⁰. Konsep kepastian hukum sebagai salah satu nilai fundamental dalam hukum berlandaskan pada pemikiran Gustav Radbruch yang dikemukakan dalam karyanya *Einführung in die Rechtswissenschaften*. Menurut Radbruch, hukum harus mewujudkan tiga

³⁸ Ashar, "Aspek Yuridis Penerapan Sanksi Administratif Bagi Pelaku Kecurangan (FRAUD) Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional."

³⁹ Kelsen, Hans, *Pure Theory of Law, Terjemah, Raisul Muttaqien, Teori Hukum Murni: Dasar-Dasar Ilmu Hukum Normatif*, Bandung: Nusa Media, 2008., hlm 78

⁴⁰ Satjipto Rahardjo, *Ilmu hukum*, 8 ed., Bandung: PT Citra Aditya Bakti, 2014., hlm 21

nilai dasar, yaitu keadilan (*Gerechtigkeit*), kemanfaatan (*Zweckmäßigkeit*), dan kepastian hukum (*Rechtssicherheit*). Ketiga nilai tersebut memiliki hubungan yang erat dan menjadi landasan utama dalam pembentukan, pelaksanaan, serta penegakan hukum.⁴¹ Menurut Gustav Radbruch, kepastian hukum pada hakikatnya merupakan konsekuensi dari keberadaan hukum itu sendiri yang diwujudkan melalui peraturan perundang-undangan. Oleh sebab itu, pembentukan peraturan yang dirumuskan secara jelas, terstruktur, dan tidak menimbulkan penafsiran yang beragam menjadi prasyarat utama untuk menjamin terciptanya kepastian hukum bagi masyarakat.⁴² Kepastian hukum merupakan salah satu tujuan utama yang hendak dicapai oleh hukum. Keberadaannya menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari upaya mewujudkan keadilan, sebab hukum yang memberikan kepastian akan mampu menjamin perlindungan hak, pelaksanaan kewajiban, dan perlakuan yang adil bagi setiap individu dalam masyarakat⁴³.

Teori kepastian hukum untuk menilai konsistensi dan kejelasan penerapan peraturan perundang-undangan dalam penanganan tindakan kecurangan (*fraud*) Jaminan Kesehatan Nasional. Menurut Ernst Utrecht kepastian hukum menekankan bahwa hukum harus memberikan kejelasan, konsistensi, dan dapat diprediksi dalam penerapannya.⁴⁴ Dalam kasus

⁴¹ *Ibid.*.

⁴² *Ibid.*.

⁴³ Wicaksono dan Khasanah, "Analisis Hukum Atas Kecurangan (Fraud) Rumah Sakit Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional."

⁴⁴ Ernst Utrecht, *Pengantar dalam Hukum Indonesia*, Jakarta: Ichtiar Baru, 1986.hlm 57

kecurangan JKN, secara normatif telah tersedia berbagai peraturan perundang-undangan yang mengatur kewajiban rumah sakit, larangan kecurangan, serta sanksi administratif maupun hukum.⁴⁵ Namun, dalam praktik, penerapan ketentuan tersebut belum memberikan kepastian hukum yang memadai, khususnya terkait siapa yang harus dimintai pertanggungjawaban dan jenis sanksi yang dijatuhkan.

Penanganan kasus tindakan kecurangan (*fraud*) Jaminan Kesehatan Nasional yang lebih dominan melalui mekanisme administratif oleh BPJS Kesehatan, seperti pengembalian dana klaim atau pembinaan, tanpa dilanjutkan dengan proses hukum yang tegas, menimbulkan ketidakpastian hukum. Rumah sakit swasta tidak memperoleh kejelasan mengenai batas konsekuensi hukum apabila melakukan tindakan kecurangan (*fraud*) secara berulang atau sistematis ⁴⁶. Kondisi ini berpotensi menimbulkan inkonsistensi penerapan hukum, di mana kasus yang sama dapat diselesaikan secara berbeda tanpa standar yang jelas. Dari sudut pandang teori kepastian hukum, hal tersebut melemahkan fungsi hukum sebagai pedoman perilaku dan sarana penertiban, serta membuka ruang bagi terulangnya kecurangan karena tidak adanya efek jera yang pasti ⁴⁷.

⁴⁵ Friedman, Lawrence, *Sistem Hukum : Perspektif Ilmu Sosial*., hal 78

⁴⁶ Dien Noviany Rahmatika, *Fraud Auditing Kajian Teoritis dan Empiris*, ed. oleh Dwi Novidiantoko, 1 ed., vol. 1, Sleman: Deepublish Publisher, 2020., hlm 27

⁴⁷ Hadi, Edi, dan Heber, *Hukum Kesehatan di Indonesia*., hlm 51

3. Teori Perlindungan Hukum

Teori perlindungan hukum digunakan untuk menganalisis sejauh mana sistem Jaminan Kesehatan Nasional mampu memberikan jaminan perlindungan terhadap hak-hak peserta serta menjaga kepentingan masyarakat secara luas. Dalam perspektif teori ini, hukum dipandang sebagai sarana yang berfungsi melindungi hak dan kepentingan setiap subjek hukum, baik individu maupun masyarakat, dari berbagai tindakan yang berpotensi menimbulkan kerugian atau mengurangi hak yang dimilikinya⁴⁸. Satjipto Rahardjo mendefinisikan perlindungan hukum sebagai bentuk pengayoman yang diberikan kepada individu atas hak-hak asasinya yang terlanggar oleh perbuatan pihak lain. Melalui perlindungan hukum, negara berupaya menjamin terpenuhinya hak-hak masyarakat sehingga setiap orang dapat merasakan manfaat dan kepastian atas hak yang diakui serta dilindungi oleh hukum.⁴⁹

Menurut Philipus M. Hadjon perlindungan hukum terdiri atas 2 (dua) bentuk, yaitu perlindungan hukum preventif dan perlindungan hukum represif.⁵⁰ Perlindungan hukum preventif pada hakikatnya merupakan bentuk perlindungan yang berorientasi pada upaya pencegahan terjadinya pelanggaran hukum. Konsep ini memiliki peran yang penting, terutama dalam penyelenggaraan pemerintahan yang memberikan ruang diskresi

⁴⁸ Friedman. Lawrence, *Sistem Hukum : Perspektif Ilmu Sosial*., hlm 91

⁴⁹ Satjipto Rahardjo, *op.cit*, hlm. 54.

⁵⁰ Chandra Adi Gunawan Putra, I Nyoman Putu Budiarta, dan Ni Made Puspasutari Ujianti, "Perlindungan Hukum Terhadap Konsumen dalam Perspektif Kesadaran Hukum Masyarakat," *Jurnal Konstruksi Hukum* 4, no. 1 (31 Januari 2023): 13–19, <https://doi.org/10.22225/jkh.4.1.6180.13-19>.

kepada pejabat atau badan pemerintah. Melalui mekanisme perlindungan preventif, pemerintah didorong untuk bertindak secara cermat, hati-hati, dan sesuai dengan ketentuan hukum dalam setiap pengambilan keputusan. Bentuk perlindungan hukum preventif lazimnya direalisasikan melalui pengaturan dalam peraturan perundang-undangan yang bertujuan menghindari terjadinya pelanggaran hukum sejak dini. Melalui pengaturan tersebut, ditetapkan batas-batas yang tegas mengenai hak, kewajiban, dan kewenangan masing-masing pihak guna menjamin kepastian dan ketertiban hukum.

Adapun perlindungan hukum represif merupakan bentuk perlindungan yang ditujukan untuk menyelesaikan sengketa atau permasalahan hukum yang telah terjadi akibat adanya pelanggaran. Perlindungan ini berfungsi sebagai sarana penegakan hukum setelah terjadinya suatu perbuatan yang bertentangan dengan ketentuan hukum. Dalam implementasinya, perlindungan hukum represif diwujudkan melalui pemberian sanksi, baik administratif, perdata, maupun pidana, terhadap pihak yang terbukti melakukan pelanggaran, guna memulihkan ketertiban hukum serta memberikan kepastian dan keadilan bagi pihak yang dirugikan.

Pihak yang seharusnya memperoleh perlindungan hukum dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional adalah peserta Jaminan Kesehatan Nasional sebagai penerima manfaat layanan kesehatan, sekaligus negara yang menanggung pembiayaan melalui dana jaminan

sosial ⁵¹. Tindakan kecurangan (*fraud*) oleh rumah sakit swasta secara langsung merugikan peserta Jaminan Kesehatan Nasional, karena mereka berpotensi menerima pelayanan yang tidak sesuai standar medis, serta merugikan keuangan negara akibat pemborosan dana Jaminan Kesehatan Nasional.

Apabila penanganan tindakan kecurangan (*fraud*) hanya berfokus pada pemulihan kerugian administratif tanpa penegakan hukum yang tegas terhadap rumah sakit sebagai institusi, maka perlindungan hukum terhadap peserta dan kepentingan publik menjadi tidak optimal ⁵². Teori perlindungan hukum menuntut adanya mekanisme hukum yang tidak hanya represif, tetapi juga preventif. Dalam konteks ini, lemahnya pertanggungjawaban institusional rumah sakit menunjukkan bahwa sistem hukum belum sepenuhnya memberikan perlindungan yang efektif bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

Menurut Muchsin inti dari perlindungan hukum guna melindungi individu dengan menyerasikan hubungan nilai-nilai atau kaidah yang menjelma dalam sikap dan tindakan. Perlindungan hukum seharusnya diwujudkan melalui penguatan kewajiban rumah sakit untuk membangun sistem pencegahan tindakan kecurangan (*fraud*), pengawasan internal

⁵¹ Yulius Don Pratama, Sangking, dan Thea Farina, “Perlindungan hukum terhadap pasien BPJS Kesehatan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya,” *Journal of Environment and Management* 2, no. 2 (27 Mei 2021): 191–99, <https://doi.org/10.37304/jem.v2i2.2948>.

⁵² Andi Ashar, “Aspek Yuridis Penerapan Sanksi Adminisratif Bagi Pelaku Kecurangan (FRAUD) Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional.”

yang ketat, serta penerapan sanksi yang proporsional dan tegas apabila terjadi pelanggaran ⁵³.

Lawrence M. Friedman berpendapat bahwa hukum harus mampu bekerja secara efektif dan memberikan hasil yang nyata dalam masyarakat. Berdasarkan pemikiran tersebut, penelitian ini diarahkan untuk menganalisis pengembangan sistem hukum yang mampu mencegah serta menindak praktik kecurangan (*fraud*) dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional, sekaligus menjamin perlindungan hukum bagi negara, BPJS Kesehatan, dan para peserta program jaminan kesehatan. Penelitian ini menggunakan konsep bahwa tujuan hukum yang terdiri kepastian hukum, keadilan, dan kemanfaatan hukum dalam pelaksanaan jaminan Kesehatan nasional. Kepastian hukum dapat diwujudkan melalui penerapan aturan dan prosedur yang jelas serta konsisten, agar tidak menimbulkan ketidak pastian dalam proses pertanggungjawaban hukum.⁵⁴ Kepastian hukum dapat memberikan dasar hukum yang jelas mengenai larangan tindak kecurangan (*fraud*), menentukan bentuk tanggung jawab dan sanksi bagi rumah sakit swasta, dan menciptakan keadilan dalam penyelenggaraan pelayanan Kesehatan ⁵⁵. Sehingga kepastian hukum ini memiliki tujuan agar setiap pelanggaran dapat

⁵³ Abdullah, “Analisis Faktor Penyebab Kejadian Fraud Yang Diakibatkan Oleh Upcoding Biaya Pelayanan Kesehatan Kepada BPJS Kesehatan Cabang Ambon.”

⁵⁴ Renaldy Afriyanto dkk., “Eksistensi Asas Kepastian Hukum, Kemanfaatan Hukum Dan Keadilan Hukum Sebagai Tujuan Hukum Di Indonesia Dalam Perspektif Para Filsuf,” *Unizar Law Review* 7, no. 2 (31 Desember 2024): 203–11, <https://doi.org/10.36679/ulr.v7i2.80>.

⁵⁵ Mulhadi dan Dedi Harianto, “Misrepresentation Sebagai Fraud Dalam Perkara Kontrak Asuransi Yang Dilakukan Penanggung,” *Arena Hukum* 15, no. 1 (28 April 2022): 59–78, <https://doi.org/10.21776/ub.arenahukum.2022.01501.4>.

diproses berdasarkan aturan yang jelas dan tidak menimbulkan ketidakpastian hukum.

Keadilan hukum diartikan bahwa rumah sakit swasta dapat menjalankan pelaksanaan jaminan kesehatan nasional sesuai ketentuan hukum, mencegah dan menindak tindakan kecurangan (*fraud*) secara tegas, melindungi keuangan negara dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional dari kerugian, serta menjamin adanya mekanisme pertanggungjawaban hukum yang berjalan efektif. Sehingga memiliki tujuan agar dapat menciptakan penegakan hukum dan pengawasan yang efektif terhadap pelaksanaan jaminan kesehatan nasional agar dapat berlangsung tertib dan sesuai prinsip akuntabilitas.

Sedangkan kemanfaatan menuntut agar hukum tidak hanya ditegakkan secara formal, tetapi juga memberikan perlindungan nyata, solusi, dan pencegahan terhadap terulangnya kasus serupa demi kepentingan masyarakat luas.⁵⁶ Secara langsung kemanfaatan hukum digunakan dalam menciptakan budaya anti-*fraud* di lingkungan rumah sakit, meningkatkan integritas dan profesionalitas tenaga Kesehatan, mendorong kepatuhan terhadap regulasi Jaminan Kesehatan Nasional sehingga terwujudnya pelayanan kesehatan yang jujur, transparan, dan bertanggung jawab. Disisi lain kemanfaat hukum ini dapat menciptakan budaya hukum yang baik dengan tujuan agar

⁵⁶ Somomoeljono, S. *Legal Theory as the Foundation of Certainty, Justice, and Utility in the Indonesian Judicial System. International Journal of Review and State Administration*, 3(5), 2025.

pencegahan *fraud* tidak hanya bergantung pada sanksi hukum, tetapi juga pada kesadaran moral dan etika para pelaksana pelayanan kesehatan.

Dalam penelitian ini, hukum berfungsi sebagai instrumen pengaturan sekaligus landasan normatif dalam menilai pertanggungjawaban rumah sakit swasta terhadap tindakan kecurangan (*fraud*) dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Keberadaan hukum diharapkan mampu menciptakan kepastian hukum terkait bentuk pertanggungjawaban rumah sakit, dasar pengenaan sanksi, serta pengaturan mengenai standar pelayanan dan tata kelola rumah sakit dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional. Sejalan dengan pandangan Lawrence M. Friedman, hukum memiliki beberapa fungsi utama, yaitu sebagai sarana pengendalian sosial (*social control*), mekanisme penyelesaian sengketa (*dispute settlement*), dan instrumen rekayasa sosial (*social engineering*). Oleh karena itu, hukum tidak hanya berperan mengatur perilaku para pihak, tetapi juga mendorong terciptanya sistem pelayanan kesehatan yang tertib, adil, dan akuntabel ⁵⁷.

Fungsi hukum lainnya digunakan untuk menciptakan ketertiban dan keadilan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Hukum juga berfungsi sebagai sarana penegakan hukum dan pengawasan terhadap pelaksanaan jaminan kesehatan nasional sebagai sarana agar rumah sakit swasta sebagai fasilitas pelayanan tidak menyimpang dari norma hukum agar tidak melakukan tindakan kecurangan (*fraud*) ⁵⁸. Menurut Lawrence M. Friedman,

⁵⁷ Ishaq. *Dasar-Dasar Ilmu Hukum*. Jakarta: Sinar Grafika. 2016

⁵⁸ Adella Sitanggang et al., "Peran Hukum Kesehatan dalam Melindungi Peserta Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011,"

efektivitas pencapaian tujuan dan fungsi hukum dalam masyarakat sangat bergantung pada keberadaan suatu sistem hukum yang bekerja secara terpadu dan seimbang. Sistem hukum tersebut terdiri atas tiga unsur pokok, yaitu substansi hukum (legal substance), struktur hukum (legal structure), dan kultur hukum (legal culture). Ketiga unsur tersebut saling berkaitan dan menentukan keberhasilan pelaksanaan hukum dalam mengatur perilaku masyarakat serta mewujudkan ketertiban sosial⁵⁹.

Dalam penelitian ini, substansi hukum (legal substance) merujuk pada berbagai peraturan perundang-undangan yang menjadi landasan normatif dalam mengkaji pertanggungjawaban rumah sakit swasta terhadap tindakan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Substansi hukum tersebut meliputi Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, Undang-Undang tentang Kesehatan, Undang-Undang tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Peraturan Presiden mengenai Jaminan Kesehatan, serta Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur pencegahan dan penanganan kecurangan (fraud) dalam penyelenggaraan layanan kesehatan. Berbagai ketentuan tersebut menjadi dasar hukum dalam menentukan hak, kewajiban, tanggung jawab, dan sanksi yang berkaitan dengan praktik kecurangan dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional.

Jurnal Interpretasi Hukum 5, no. 2 (7 Oktober 2024): 1003–12, <https://doi.org/10.22225/juinhum.5.2.10579.1003-1012>.

⁵⁹ Friedman, L. M., & Macaulay, S. *American law: An introduction*. Oxford University Press, 2017.

Struktur hukum berkaitan dengan lembaga atau institusi yang menjalankan dan menegakkan hukum. Dalam penelitian ini, struktur hukum meliputi rumah sakit swasta sebagai fasilitas kesehatan, BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara JKN, Kementerian Kesehatan, serta lembaga pengawas internal maupun eksternal yang memiliki kewenangan dalam pengawasan dan penindakan terhadap tindak kecurangan (*fraud*). Pertanggungjawaban rumah sakit terhadap Tindakan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional sangat dipengaruhi oleh koordinasi, pengawasan, dan penegakan hukum oleh institusi-institusi tersebut.

Kultur hukum berkaitan dengan nilai, etika, dan tingkat kepatuhan tenaga kesehatan terhadap standar profesional dan keselamatan pasien.⁶⁰ Dalam penelitian ini kultur hukum tercermin dari tingkat kepatuhan rumah sakit swasta terhadap regulasi JKN, integritas tenaga kesehatan dan manajemen rumah sakit, serta kesadaran untuk menjalankan pelayanan kesehatan secara jujur dan profesional. Rendahnya kultur hukum dapat memicu praktik tindak kecurangan (*fraud*) seperti manipulasi klaim, upcoding, phantom billing, atau tindakan lain yang merugikan negara dan peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

Ketiga unsur ini saling berinteraksi dan menentukan sejauh mana norma hukum dari suatu pertanggungjawaban dalam Tindakan kecurangan (*fraud*) di Rumah Sakit Swasta dapat dijalankan secara baik. Namun dalam praktik

⁶⁰ Lawrence, W.

pelaksanaan jaminan kesehatan nasional, rumah sakit swasta kerap terlibat dalam bentuk-bentuk tindak kecurangan (*fraud*) seperti *upcoding*, pengajuan klaim atas pelayanan yang tidak sesuai, maupun tindakan medis yang tidak diperlukan.

Secara normatif (*das sollen*), pertanggungjawaban rumah sakit swasta atas tindakan kecurangan (*fraud*) dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) seharusnya dilaksanakan sesuai dengan nilai-nilai fundamental hukum, yaitu kepastian hukum, keadilan, dan kemanfaatan. Dalam kerangka tersebut, mekanisme pertanggungjawaban harus mampu memberikan kejelasan mengenai hak, kewajiban, serta konsekuensi hukum bagi setiap pihak yang terlibat. Hal ini sejalan dengan ketentuan Pasal 28D ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang menjamin hak setiap orang untuk memperoleh pengakuan, perlindungan, jaminan, dan kepastian hukum yang berkeadilan, serta perlakuan yang sama di hadapan hukum⁶¹. Prinsip kepastian hukum menuntut adanya pengaturan yang jelas, konsisten, dan tidak menimbulkan multitafsir mengenai larangan praktik *fraud*, tata cara penyelenggaraan pelayanan kesehatan, serta bentuk pertanggungjawaban dan sanksi yang dapat dikenakan kepada rumah sakit swasta. Dalam konteks hukum perdata, kepastian hukum tersebut tercermin dalam ketentuan Pasal 1365 KUHPerdata yang menegaskan bahwa setiap perbuatan yang bertentangan dengan hukum dan menimbulkan kerugian bagi pihak lain mewajibkan pelakunya untuk bertanggung jawab dengan

⁶¹ Undang-Undang Dasar Negara RI Tahun 1945., Pasal 34 ayat 3

memberikan penggantian atas kerugian yang ditimbulkan akibat kesalahannya.

Pengaturan mengenai pertanggungjawaban hukum semakin dipertegas dalam Pasal 1366 KUHPerdara yang menyatakan bahwa seseorang tidak hanya bertanggung jawab atas kerugian yang timbul akibat perbuatannya sendiri, tetapi juga atas kerugian yang terjadi karena kelalaian atau kurangnya kehati-hatian dalam bertindak. Selain itu, Pasal 1367 ayat (1) KUHPerdara memperluas ruang lingkup pertanggungjawaban dengan menentukan bahwa seseorang dapat dimintai pertanggungjawaban tidak hanya atas perbuatannya sendiri, melainkan juga atas kerugian yang ditimbulkan oleh pihak yang berada di bawah tanggung jawabnya maupun oleh benda yang berada dalam pengawasannya. Ketentuan tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit sebagai institusi penyelenggara pelayanan kesehatan tetap memikul tanggung jawab hukum atas kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan dalam menjalankan tugas profesinya. Dengan adanya kepastian hukum, setiap pelanggaran dapat diproses berdasarkan ketentuan hukum yang berlaku sehingga penerapan hukum dapat dilakukan secara konsisten, menghindari multitafsir, serta menjamin terciptanya keadilan dan kepastian bagi seluruh pihak yang berkepentingan.

Selain berfungsi memberikan kepastian hukum, pengaturan hukum juga menjadi landasan yang kuat bagi negara dan BPJS Kesehatan dalam melakukan pengawasan serta penindakan terhadap berbagai bentuk penyimpangan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Hal tersebut tercermin dalam ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan yang menegaskan bahwa rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dilarang melakukan praktik-praktik yang dapat merugikan peserta JKN maupun keuangan negara. Dengan adanya ketentuan tersebut, setiap tindakan kecurangan (fraud) memiliki dasar hukum yang jelas untuk ditindak sesuai dengan mekanisme yang berlaku.

Dari perspektif keadilan hukum, rumah sakit swasta berkewajiban menyelenggarakan pelayanan kesehatan berdasarkan standar pelayanan dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, serta menghindari segala bentuk tindakan yang berpotensi menimbulkan kerugian bagi negara maupun peserta JKN. Prinsip tersebut sejalan dengan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang menegaskan bahwa penyelenggaraan upaya kesehatan harus dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, merata, tidak diskriminatif, dan berkeadilan.

Lebih lanjut, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan juga mengatur bahwa pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya pada fasilitas pelayanan kesehatan merupakan tanggung jawab fasilitas pelayanan kesehatan itu sendiri. Ketentuan tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit memiliki kewajiban untuk memastikan setiap pelayanan kesehatan yang diberikan memenuhi standar mutu yang telah ditetapkan serta dilaksanakan secara efisien dan akuntabel. Dalam konteks kendali mutu, rumah sakit dituntut untuk menjamin bahwa seluruh tindakan medis dan

pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional yang berlaku. Dengan demikian, prinsip keadilan tidak hanya diwujudkan melalui pemberian pelayanan yang setara bagi seluruh pasien, tetapi juga melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berkualitas, aman, dan bertanggung jawab ⁶².

Penegakan hukum terhadap tindakan fraud harus dilakukan secara tegas dan proporsional agar tercipta keseimbangan antara hak dan kewajiban para pihak. Di sisi lain, kemanfaatan hukum menekankan bahwa hukum tidak hanya ditegakkan secara formal, tetapi juga harus mampu memberikan perlindungan nyata, mencegah terulangnya fraud, serta mendorong terciptanya budaya anti-fraud di lingkungan rumah sakit. Hal tersebut sesuai dengan Permenkes No. 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan pada Pasal 3 juga menyebutkan bahwa “rumah sakit wajib melakukan tindakan pencegahan kecurangan”. Dengan demikian, hukum diharapkan mampu meningkatkan integritas tenaga kesehatan serta menghasilkan pelayanan kesehatan yang transparan, jujur, dan bertanggung jawab.

Dalam perspektif fungsi hukum, hukum seharusnya menjadi pedoman sekaligus instrumen pengendalian sosial bagi rumah sakit swasta dalam menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Selain

⁶² Galih Endra dita, <https://galihendradita.wordpress.com/2024/10/29/audit-pelayanan-kesehatan-dalam-undang-undang-nomor-17-tahun-2023/>

berfungsi mengatur perilaku para pihak, hukum juga berperan sebagai sarana pengawasan dan penegakan hukum untuk mencegah terjadinya penyimpangan, serta mewujudkan ketertiban, kepastian, dan keadilan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Hal tersebut sejalan dengan ketentuan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan yang menyatakan bahwa hubungan kerja sama antara BPJS Kesehatan dan fasilitas kesehatan harus dituangkan dalam bentuk perjanjian kerja sama. Dengan adanya dasar hukum tersebut, hak, kewajiban, dan tanggung jawab masing-masing pihak memperoleh kepastian hukum yang jelas dalam pelaksanaan JKN.

Sementara itu, menurut teori sistem hukum Lawrence M. Friedman, efektivitas pelaksanaan hukum bergantung pada keterpaduan tiga unsur utama, yaitu substansi hukum (legal substance), struktur hukum (legal structure), dan kultur hukum (legal culture). Dalam konteks penelitian ini, substansi hukum diwujudkan melalui berbagai peraturan perundang-undangan yang mengatur penyelenggaraan JKN dan pencegahan tindakan kecurangan (fraud). Struktur hukum mencakup lembaga-lembaga yang berperan dalam pelaksanaan dan pengawasan JKN, seperti BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, dan rumah sakit. Adapun kultur hukum berkaitan dengan tingkat kesadaran hukum, kepatuhan, integritas, serta komitmen seluruh pihak dalam menjalankan ketentuan hukum yang berlaku. Dengan berjalannya ketiga unsur tersebut secara harmonis, tujuan hukum berupa

kepastian, keadilan, dan kemanfaatan dalam pelaksanaan JKN dapat terwujud secara optimal.

Namun demikian, dalam praktiknya (*das sein*), pelaksanaan pertanggungjawaban rumah sakit swasta terhadap tindakan kecurangan (*fraud*) dalam Jaminan Kesehatan Nasional masih belum berjalan sebagaimana yang diharapkan. Dari aspek kepastian hukum, masih terdapat ketidakjelasan dan inkonsistensi dalam penerapan aturan, khususnya dalam mekanisme klaim dan penjatuhan sanksi, sehingga menimbulkan ketidakpastian hukum. Dari aspek keadilan, masih ditemukan adanya kerugian negara dan BPJS Kesehatan akibat tindakan kecurangan (*fraud*), sementara tidak semua pelaku mendapatkan sanksi yang tegas, sehingga menimbulkan ketimpangan dalam penegakan hukum. Sementara itu, dari aspek kemanfaatan, hukum belum sepenuhnya mampu memberikan efek jera maupun mencegah terulangnya praktik kecurangan secara berkelanjutan.

Dilihat dari fungsi hukum, peran hukum sebagai alat pengendalian sosial dan sarana pencegahan belum optimal karena pengawasan terhadap rumah sakit masih lemah dan penegakan hukum cenderung bersifat reaktif, bukan preventif. Dalam perspektif sistem hukum, substansi hukum masih memiliki celah yang dapat dimanfaatkan untuk melakukan manipulasi klaim, struktur hukum belum berjalan efektif karena kurangnya koordinasi antar lembaga terkait, serta keterbatasan sumber daya dalam pengawasan dan penindakan. Selain itu, dari sisi kultur hukum, masih ditemukan rendahnya integritas dan kepatuhan sebagian oknum tenaga kesehatan dan manajemen

rumah sakit, yang tercermin dalam praktik fraud seperti *upcoding*, *phantom billing*, dan pengajuan klaim yang tidak sesuai.

Dengan demikian, terdapat kesenjangan antara *das sollen* dan *das sein*, di mana secara normatif sistem hukum telah dirancang untuk mencegah dan menindak fraud secara efektif, namun dalam kenyataannya praktik kecurangan masih sering terjadi ⁶³. Hal ini menunjukkan bahwa tujuan hukum, fungsi hukum, dan sistem hukum belum berjalan secara optimal, sehingga diperlukan perbaikan dan penguatan dalam seluruh aspek tersebut agar pertanggungjawaban rumah sakit swasta dalam pelaksanaan JKN dapat terwujud secara efektif, adil, dan memberikan kepastian hukum ⁶⁴.

Secara terminologis, pertanggungjawaban merupakan konsep yang berasal dari istilah tanggung jawab, yaitu kewajiban untuk menanggung akibat hukum maupun konsekuensi yang timbul dari suatu tindakan atau peristiwa tertentu. Dalam konteks pelayanan kesehatan, rumah sakit merupakan institusi yang menyediakan dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, baik dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, maupun pelayanan kesehatan lainnya yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan. Swasta diartikan sebagai institusi yang bukan milik pemerintah. Tindakan memiliki dua makna yaitu suatu yang dilakukan, perbuatan dan dapat diartikan juga sebagai

⁶³ Made Adya Febriana Putri, Komang Adi Sastra Wijaya, dan Ni Wayan Supriyanti, “Efektivitas Aplikasi Mobile Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan (Studi Kasus Kantor Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Cabang Denpasar).”

⁶⁴ Andi Ashar, “Aspek Yuridis Penerapan Sanksi Administratif Bagi Pelaku Kecurangan (FRAUD) Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional.”

langkah atau perbuatan yang dilaksanakan untuk mengatasi sesuatu (seperti dalam konteks penyelesaian masalah atau penanganan). Kecurangan berasal dari kata curang yang mengandung arti tidak jujur sehingga kecurangan dapat diartikan sebagai perbuatan ketidakjujuran atau keculasan.

Pelaksanaan merupakan proses, cara, perbuatan melaksanakan (rancangan, keputusan, dan sebagainya). Jaminan Kesehatan Nasional dijabarkan satu persatu dalam KBBI dimana Jaminan disebutkan sebagai akun yang dijadikan tanggungan terhadap setiap kewajiban; Jaminan Kesehatan Nasional merupakan instrumen perlindungan sosial di bidang kesehatan yang dibentuk untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia. Melalui sistem ini, negara memberikan kepastian mengenai akses terhadap layanan kesehatan yang layak dengan tetap mengatur hak serta kewajiban setiap peserta. Dengan cakupan yang bersifat nasional, program JKN bertujuan mewujudkan perlindungan kesehatan yang menyeluruh guna meningkatkan kualitas hidup dan derajat kesehatan masyarakat secara berkelanjutan.

Dengan berlandaskan kerangka teoritis dan konseptual yang telah diuraikan, penelitian ini diarahkan untuk menjawab dua isu hukum yang menjadi fokus kajian, yaitu sistem pencegahan fraud yang dilakukan oleh rumah sakit swasta dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional menurut ketentuan hukum yang berlaku, serta bentuk pertanggungjawaban hukum yang dapat dikenakan terhadap rumah sakit swasta atas tindakan tersebut. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam

pengembangan hukum kesehatan, khususnya yang berkaitan dengan penegakan hukum terhadap praktik fraud, sekaligus menjadi bahan rekomendasi dalam mewujudkan tata kelola pelayanan kesehatan yang lebih akuntabel dan sesuai dengan prinsip-prinsip Jaminan Kesehatan Nasional.

F. Metode Penelitian

Metode penelitian adalah tata cara tentang bagaimana melakukan penelitian ⁶⁵. Selain itu dalam metode penelitian juga membicarakan mengenai tata cara pelaksanaan penelitian, serta strategi penelitian yang digunakan, pada penelitian ini secara spesifikasi bersifat yuridis normatif ⁶⁶. Pemilihan metode ini karena mengkaji aspek hukum yang terkait tindakan kecurangan (*fraud*) yang dilakukan pihak Rumah Sakit atas Jaminan Kesehatan Nasional.

1. Spesifikasi Penelitian

Spesifikasi penelitian yang diterapkan dalam penelitian ini adalah deskriptif analitis. Metode ini digunakan untuk memberikan gambaran yang objektif, sistematis, dan berdasarkan fakta mengenai objek yang diteliti, serta menganalisis secara mendalam berbagai permasalahan dan kesenjangan antara ketentuan normatif dengan kondisi yang terjadi dalam praktik;

⁶⁵ Jonaedi Efendi dan Jhonny Ibrahim, *Metode Penelitian Hukum Normatif dan Empiris*, 1 ed., vol. 2, Depok: Prenamedia Group, 2018., hlm 37

⁶⁶ Anthon F Susanto, *Penelitian Hukum Transformatif-Partisipatoris*, 1 ed., vol. 1 Yudistiro: Kompas Siddha, 2015., hlm 17

2. Metode Pendekatan

Penelitian ini menerapkan pendekatan yuridis normatif, yaitu pendekatan yang menempatkan hukum sebagai seperangkat norma yang mengatur kehidupan bermasyarakat. Soerjono Soekanto mengemukakan bahwa penelitian yuridis normatif bertujuan untuk mengkaji norma-norma hukum yang berlaku, baik yang bersumber dari peraturan perundang-undangan maupun sumber hukum lainnya. Oleh karena itu, penelitian ini menitikberatkan pada analisis terhadap aspek normatif hukum, bukan pada fakta-fakta empiris yang berkembang di masyarakat.⁶⁷ Metode penelitian ini dipilih karena mampu mendukung proses pengkajian terhadap berbagai sumber hukum, baik berupa peraturan perundang-undangan, doktrin, maupun literatur ilmiah yang berkaitan dengan isu hukum yang diteliti. Dengan demikian, pendekatan ini memungkinkan dilakukannya analisis yang komprehensif terhadap landasan normatif yang menjadi fokus penelitian⁶⁸.

Dalam penelitian yuridis normatif, sumber data utama adalah bahan hukum primer berupa undang-undang, bahan hukum sekunder berupa literatur hukum dan pendapat para ahli, serta bahan hukum tersier sebagai penunjang⁶⁹. Melalui pendekatan ini, penelitian diharapkan dapat memberikan analisis mengenai *das sollen* (apa yang seharusnya menurut hukum) dibandingkan dengan *das sein* (apa yang terjadi dalam praktik),

⁶⁷ Soerjono Soekanto dan Sri Mamudji, *Penelitian Hukum Normatif*, 1 ed., vol. 12 Jakarta: Raja Grafindo Persada, 2017., hlm 64

⁶⁸ Jonaedi Efendi dan Jhonny Ibrahim, *Metode Penelitian Hukum Normatif dan Empiris*, hlm 74

⁶⁹ Anthon F Susanto, *Penelitian Hukum Transformatif-Partisipatoris*, hlm 51

sehingga ditemukan kesenjangan antara norma hukum dengan penerapannya dalam kasus pertanggung jawaban rumah sakit pada tindakan kecurangan (*fraud*) pada sistem jaminan kesehatan nasional.

3. Tahap Penelitian

a. Kepustakaan

Penelitian ini menggunakan pendekatan studi kepustakaan dengan menempatkan bahan hukum primer sebagai landasan utama dalam proses analisis. Bahan hukum primer merupakan sumber hukum yang bersifat otoritatif dan mempunyai kekuatan mengikat, karena dibentuk atau ditetapkan oleh institusi yang berwenang. Adapun bahan hukum primer yang digunakan dalam penelitian ini meliputi berbagai peraturan perundang-undangan dan instrumen hukum lainnya yang memiliki keterkaitan dengan objek penelitian:

- 1) Bahan hukum primer adalah berupa peraturan perundang-undangan beserta peraturan pelaksanaannya, yang terdiri dari :
 - a) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 - b) Kitab Undang-Undang Hukum Perdata;
 - c) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
 - d) Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan;
 - e) 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.

- 2) Sebagai sumber pendukung dalam penelitian hukum, bahan hukum sekunder berfungsi memberikan uraian, penafsiran, dan kajian ilmiah terhadap bahan hukum primer. Penggunaan bahan hukum sekunder bertujuan membantu peneliti memahami makna serta ruang lingkup ketentuan hukum yang diteliti, sehingga analisis terhadap peraturan perundang-undangan dan sumber hukum utama dapat dilakukan secara lebih mendalam dan terarah.⁷⁰ Bahan hukum sekunder adalah bahan hukum yang berfungsi sebagai pelengkap dan penunjang dalam memahami serta menganalisis bahan hukum primer. Sumber-sumber tersebut meliputi buku-buku hukum karya para sarjana dan pakar hukum, kamus hukum, ensiklopedia hukum, artikel jurnal, hasil penelitian, disertasi, tesis, serta berbagai publikasi ilmiah lainnya yang berkaitan dengan objek penelitian. Dalam konteks penelitian ini, bahan hukum sekunder digunakan untuk mengkaji aspek pertanggungjawaban rumah sakit atas praktik kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- 3) Bahan hukum tersier adalah sumber hukum penunjang yang memberikan keterangan dan arah dalam penelusuran maupun

⁷⁰ Soerjono Soekanto dan Sri Mamudji, *Penelitian Hukum Normatif Suatu Tinjauan Singkat*, Cetakan ke-17, Rajawali Pers, Jakarta, 2015, hlm. 1.

pemahaman terhadap bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder. Bahan ini tidak memiliki kekuatan mengikat, namun berperan penting dalam membantu peneliti memperoleh pemahaman yang lebih sistematis mengenai konsep dan terminologi hukum.;

- 4) Informan adalah pihak yang dipandang memiliki informasi dan pemahaman yang memadai terkait suatu peristiwa atau fenomena tertentu, sehingga dapat memberikan data, penjelasan, maupun petunjuk yang dibutuhkan dalam proses penelitian.

b. Penelitian Lapangan

Field research atau penelitian lapangan merupakan suatu metode untuk memperoleh data primer secara langsung dari sumbernya melalui kegiatan wawancara dan pengumpulan informasi di lapangan. Data yang diperoleh selanjutnya diolah dan dianalisis secara sistematis dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan serta teori-teori yang relevan, sehingga dapat memberikan pemahaman yang komprehensif terhadap permasalahan yang diteliti ⁷¹.

4. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah Studi Dokumen (*Dokumentary Study*), Kajian Kepustakaan (*Library Reserch*) dan Analisa Kasus (*Case Analysis*) dengan cara wawancara namun bukan sebagai yang utama sebab turut menganalisa kasus yang telah terjadi. Teknik

⁷¹ Efendi dan Ibrahim, *Metode Penelitian Hukum Normatif dan Empiris.*, hlm 78

pengumpulan data dalam penelitian ini disesuaikan dengan karakter penelitian hukum normatif, yaitu dengan menitik beratkan pada data sekunder yang diperoleh melalui penelitian kepustakaan, serta didukung oleh data lapangan secara terbatas apabila diperlukan.

a. Studi Dokumen

Menurut Soerjono Soekanto, dalam penelitian hukum normatif teknik pengumpulan data dilakukan melalui studi dokumen terhadap bahan hukum.⁷² Pengumpulan data guna penelitian tesis ini peneliti menggunakan Studi Dokumen (*Documentary Study*). Studi dokumen merupakan teknik utama dalam penelitian yuridis normatif. Teknik ini dilakukan dengan cara menginventarisasi dan menelaah bahan hukum primer, seperti peraturan perundang-undangan yang mengatur hak atas kesehatan, keselamatan pasien, tanggung jawab tenaga kesehatan, serta ketentuan pidana dan perdata, bahan hukum sekunder, berupa buku teks, jurnal ilmiah, hasil penelitian terdahulu, pendapat para ahli, serta literatur hukum kesehatan, dan bahan hukum tersier, seperti ensiklopedia hukum, kamus hukum, indeks kumulatif, dan bibliografi. Kegiatan ini meliputi pencatatan dan pengklasifikasian secara sistematis terhadap seluruh bahan hukum yang relevan untuk memperoleh gambaran komprehensif tentang hubungan antar peraturan, kesesuaian asas hukum, serta penerapannya dalam konteks kasus.

⁷² Soekanto dan Mamudji, *Penelitian Hukum Normatif*., hlm 64

b. Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data yang dilakukan dengan mengajukan pertanyaan secara langsung kepada pihak yang memiliki informasi terkait objek penelitian. Teknik ini merupakan suatu proses komunikasi yang bertujuan memperoleh data primer, sehingga peneliti dapat menggali informasi secara mendalam guna mendukung analisis terhadap permasalahan yang diteliti.⁷³ Kegiatan wawancara dilakukan pada instansi atau lokasi yang memiliki keterkaitan langsung dengan topik penelitian. Pelaksanaan wawancara ini bertujuan untuk memperoleh data dan informasi dari narasumber yang kompeten sehingga kebenarannya dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Data yang diperoleh kemudian dimanfaatkan sebagai bahan pelengkap dalam mendukung hasil analisis dan pembahasan penelitian⁷³.

5. Alat Pengumpulan Data

a. Alat Pengumpulan Data Pada Penelitian Kepustakaan

Dalam penelitian ini, teknik pengumpulan data dilakukan melalui studi dokumen dengan memanfaatkan berbagai sumber kepustakaan yang relevan. Data diperoleh dari buku, jurnal ilmiah, serta bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tersier yang berkaitan dengan permasalahan penelitian. Seluruh sumber tersebut digunakan sebagai dasar untuk mengidentifikasi, mengkaji, dan

⁷³ Soekanto dan Mamudji., hlm 13

menganalisis isu hukum yang menjadi objek penelitian secara sistematis dan komprehensif;

b. Alat Pengumpulan Data Pada Penelitian Lapangan

Sedangkan alat pengumpulan data dalam penelitian lapangan menggunakan daftar pertanyaan dan juga perekaman suara melalui *handphone* untuk merekam percakapan antara penulis dengan narasumber serta buku dan alat tulis untuk mencatat beberapa hal penting dalam proses wawancara.

6. Analisis Data

Yuridis Kualitatif⁷⁴ merupakan metode analisis yang digunakan dalam penelitian hukum normatif ini, dengan menelaah bahan baku primer, sekunder dan tersier di dalam sebuah kasus yang konkret dengan kajian utama yang sifatnya doktrinal. Objek utama kajian adalah peraturan perundang-undangan, asas hukum, teori hukum dan putusan pengadilan yang berfokus pada pendalaman makna, interpretasi, serta pengelolaan data hukum secara mendalam bukan dalam bentuk angka maupun statistik. Dengan menggunakan teknik analisis kualitatif, analisis Isi (*Content Analysis*) untuk menganalisa isi peraturan perundang-undangan, putusan pengadilan dan literatur untuk menemukan pola atau tema yang relevan dan analisis yuridis normatif berdasarkan asas-asas hukum dan prinsip hukum dan peraturan undang-undang yang berlaku. Penulis secara kualitatif menggunakan metode

⁷⁴ Soekanto dan Mamudji., hlm 13-14

induktif yang menarik garis benang merah dari analisa kasus yang lebih spesifik ke teori dan kesimpulan umum ⁷⁵.

7. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian merupakan tempat dimana peneliti mendapatkan data penelitian yang berasal dari perpustakaan serta institusi rumah sakit dan sumber online. Dalam penelitian ini dilakukan bertempat.

a. Perpustakaan

- 1) Perpustakaan Pusat Universitas Pasundan: Jl. Tamansari No.8, Lb. Siliwangi, Kecamatan Coblong, Kota Bandung, Jawa Barat 40132;
- 2) Pascasarjana Universitas Pasundan: Jl. Sumatera No.41, Babakan Ciamis, Kec. Sumur Bandung, Kota Bandung, Jawa Barat 40117;

b. Institusi

- 1) Rumah Sakit Sumber Waras Cirebon: Jl. Urip Sumoharjo No.5, Kecamatan Ciwaringin, Kabupaten Cirebon, Jawa Barat;
- 2) Rumah Sakit RS Mitra Plumbon Indramayu: Jl. By Pass Jalan Baru, Desa Ujungaris, Widasari, Kabupaten Indramayu.

8. Jadwal Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dari Bulan April sampai bulan Juni 2026, dengan jadwal penelitian dapat dilihat pada Tabel 1, sebagai berikut.

Tabel 1 Jadwal Penelitian

⁷⁵ *Ibid.*,

No	Kegiatan	2026											
		Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Tahap Persiapan Penelitian	■											
	a) Penyusunan dan pengajuan judul		■										
	b) Pengajuan usulan penelitian			■	■	■							
	c) Perizinan penelitian						■						
2	Seminar Usulan Penelitian						■						
3	Tahap Pelaksanaan							■					
	a) Pengumpulan data							■					
	b) Analisis data								■				
4	Penyusunan laporan									■			
5	Sidang Tesis										■		
6	Revisi Tesis											■	■

G. Originalitas Penelitian

Penelitian ini memiliki originalitas yang kuat karena secara khusus menelaah pertanggungjawaban hukum rumah sakit swasta atas tindak kecurangan (*fraud*) dalam jaminan kesehatan nasional. Berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya, penelitian ini memiliki originalitas pada fokus kajian yang secara tegas menempatkan rumah sakit swasta sebagai subjek hukum bertanggung jawab atas terjadinya tindak kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Originalitas penelitian ini juga terletak pada pendekatan yuridis yang mengkaji pertanggungjawaban rumah sakit swasta dengan mengaitkan norma-norma hukum rumah sakit, hukum kesehatan, hukum jaminan sosial, serta prinsip pertanggungjawaban.

Penelitian ini menelaah secara komprehensif bagaimana ketentuan dalam Undang-Undang Rumah Sakit, Undang-Undang Kesehatan, Undang-Undang BPJS, Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan, serta Peraturan Menteri Kesehatan tentang pencegahan tindak kecurangan (*fraud*) membangun dasar hukum bagi pemidanaan atau pemberian sanksi terhadap rumah sakit sebagai badan hukum, bukan sekadar terhadap pelaku individu. Untuk menegaskan posisi dan kebaruan penelitian ini, dilakukan perbandingan dengan sejumlah penelitian terdahulu yang relevan sebagaimana disajikan dalam Tabel 2, sebagai berikut.

Tabel 2 Penelitian Terdahulu

No	Penulis, tahun	Nama Perguruan Tinggi	Judul	Perbedaan Penelitian
1	Auliya Safitri, Karlinda, Tiara Nurcihikita, Santy Irene Putri, 2024	Universitas Muhamma diyah Muara Bungo	Analisis Pelaksanaan Program Pencegahan Kecurangan (<i>Fraud</i>) Jaminan Kesehatan Nasional	Perbedaan penelitian kali ini dengan penelitian terdahulu yaitu penelitian terdahulu menekankan hanya pada analisis bagaimana program pencegahan fraud JKN dilaksanakan secara sistematis tanpa spesifik mengkaji pertanggungjawaban hukum suatu pihak tertentu. dan penelitian kali ini menekankan pada aspek tanggung jawab hukum rumah sakit swasta terhadap tindakan fraud dalam pelaksanaan JKN.
2	Zulfadli Yusuf, Andi Nurwanah, Ratna Sari 2022	Universitas Muslim Indonesia	<i>Fraud</i> pada Program Jaminan Kesehatan Nasional Perpekstif: Kompetensi Auditor Internal dengan	Perbedaan penelitian kali ini dengan penelitian terdahulu yaitu penelitian terdahulu menekankan hanya pada fenomena fraud JKN dari perspektif kompetensi auditor internal. dan penelitian kali ini menekankan pada aspek

No	Penulis, tahun	Nama Perguruan Tinggi	Judul	Perbedaan Penelitian
			Pendekatan Fenomenologi	tanggung jawab hukum rumah sakit swasta terhadap tindakan fraud dalam pelaksanaan JKN.
3	Papan Gunadi, Sabri Hasan, Ichria Nurul Arda, Enoh Dwi Rahayu, Zikra Andika, 2025	Universitas Muhammadiyah Jakarta	Implementasi Sistem Verifikasi Digital Untuk Pencegahan Fraud Pada Program Jkn (Studi Kasus RS Syariah Jakarta)	Perbedaan penelitian kali ini dengan penelitian terdahulu yaitu penelitian terdahulu menekankan pada bagaimana sistem digital digunakan untuk mencegah fraud serta seberapa efektif implementasinya. dan penelitian kali ini menitikberatkan pada aspek pertanggungjawaban hukum rumah sakit swasta sebagai subjek atas tindakan fraud

H. Sistematika Penulisan dan *Outline*

Sistematika penulisan tesis ini disesuaikan dengan format yang telah ditentukan oleh Program Studi Magister Ilmu Hukum Program Pascasarjana Universitas Pasundan. Dengan urutan sebagai berikut:

BAB I. PENDAHULUAN

Dalam bab penulis menguraikan mengenai latar belakang penelitian, identifikasi masalah, tujuan penelitian, kegunaan penelitian, kerangka pemikiran, metode yang digunakan dalam penelitian, originalitas penelitian serta sistematika penulisan;

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA PERTANGGUNGJAWABAN RUMAH SAKIT SWASTA TERHADAP TINDAKAN KECURANGAN (*FRAUD*) DALAM PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Bab ini tertuang

pembahasan teori luas tentang kasus yang sedang dibahas. Pada penelitian ini kajian berfokus membahas mengenai rumah sakit, jaminan kesehatan nasional, kejahatan hukum bisnis terkait dengan *Fraud*, sistem pertanggungjawaban hukum atas tindakan *fraud*/korupsi pada Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia dan kaitannya dengan hukum yang menjeratnya dinilai dalam doktrin para ahli.

BAB III HASIL PENELITIAN PERTANGGUNGJAWABAN RUMAH SAKIT SWASTA TERHADAP TINDAKAN KECURANGAN (*FRAUD*) DALAM PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

1. Implementasi Tindakan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional pada Rumah Sakit Swasta;
2. Hambatan dan Upaya Pencegahan Tindakan Kecurangan (*Fraud*) pada Rumah Sakit Swasta;
3. Pertanggungjawaban Hukum Rumah Sakit Swasta terhadap Tindakan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.

BAB IV ANALISA TENTANG PERTANGGUNGJAWABAN RUMAH SAKIT SWASTA TERHADAP TINDAKAN KECURANGAN (*FRAUD*) DALAM PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL.

Pada bab ini membahas mengenai kasus-kasus tindak kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional yang nyata terjadi pada rumah sakit swasta di Indonesia, bagaimana bentuk pencegahan agar tindakan tersebut tidak terjadi, serta bentuk pertanggung jawaban nyata rumah sakit atas tindakan kecurangan (*fraud*) yang dilihat dari aspek perundang-undangan.

BAB V. PENUTUP

Pada bab ini penulis akan memberikan kesimpulan dan saran dari penelitian, menyampaikan kesimpulan yang merupakan jawaban akhir dari setiap permasalahan yang muncul dalam penelitian dan diikuti dengan pemberian saran dari peneliti kepada pihak-pihak terkait yang berkaitan dengan penelitian ini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA PERTANGGUNGJAWABAN RUMAH SAKIT SWASTA TERHADAP TINDAKAN KECURANGAN (*FRAUD*) DALAM PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

A. Tinjauan Umum tentang Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan, rumah sakit memiliki fungsi penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Melalui berbagai jenis layanan yang diselenggarakan, rumah sakit berperan dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan secara komprehensif guna mewujudkan peningkatan kualitas hidup dan derajat kesehatan masyarakat. Merujuk pada Undang-undang nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan pada pasal 1 angka 10 menyebutkan bahwa Sebagai institusi pelayanan kesehatan, rumah sakit bertugas memberikan pelayanan kesehatan individu secara paripurna yang mencakup upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, pemulihan kesehatan, dan pelayanan paliatif. Pelayanan tersebut diselenggarakan melalui fasilitas rawat inap, rawat jalan, dan unit gawat darurat sesuai dengan kebutuhan pasien ⁷⁶. Pada pasal 168 angka (2) huruf a dan angka (1) menyebutkan bahwa Rumah sakit berfungsi sebagai fasilitas pelayanan kesehatan rujukan yang memberikan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan,

⁷⁶ Undang-undang (UU) Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

termasuk pelayanan spesialistik dan subspesialistik. Penyelenggaraan layanan tersebut bertujuan untuk memberikan penanganan medis yang lebih khusus sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien, sehingga tercapai pelayanan kesehatan yang optimal, efektif, dan bermutu.

Dijelaskan juga dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 Tentang Rumah Sakit pada pasal 1 angka 1 menyebutkan bahwa Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan, rumah sakit bertugas memberikan pelayanan kesehatan individu yang bersifat paripurna dengan mengintegrasikan upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, pemulihan kesehatan, dan pelayanan paliatif. Pelayanan tersebut diwujudkan melalui penyediaan sarana rawat jalan, rawat inap, dan unit gawat darurat sesuai dengan kebutuhan pasien ⁷⁷.

Rumah sakit dalam pembentukan dan pengoperasiannya dalam diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, atau masyarakat. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 Tentang Rumah Sakit pada pasal 2 angka (5) Rumah sakit swasta adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang pembentukannya dilakukan oleh masyarakat melalui badan hukum yang secara khusus bergerak di sektor pelayanan kesehatan. Meskipun demikian, terdapat pengecualian bagi rumah sakit yang diselenggarakan oleh badan hukum nirlaba, karena

⁷⁷ Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit.

penyelenggaraannya lebih menitikberatkan pada pelayanan sosial dan kemanfaatan bagi masyarakat dibandingkan tujuan komersial ⁷⁸.

2. Fungsi dan Tugas Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang memegang peranan penting dalam sistem kesehatan nasional karena berfungsi sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Sebagai institusi kesehatan, rumah sakit tidak hanya berorientasi pada pemberian layanan pengobatan, tetapi juga berperan dalam berbagai upaya yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan, rumah sakit memiliki tugas untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna. Pelayanan tersebut mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan serta kebutuhan medis pasien. Dengan cakupan pelayanan yang komprehensif tersebut, rumah sakit bertanggung jawab memberikan layanan kesehatan yang berkesinambungan, mulai dari pencegahan penyakit, proses pengobatan, hingga pemulihan kondisi kesehatan pasien.

Menurut Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan pada Pasal 1 angka 10 menegaskan bahwa Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan, rumah sakit memiliki tugas utama untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara komprehensif yang mencakup

⁷⁸ Ibid

upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif. Dalam menjalankan tugas tersebut, rumah sakit tidak hanya berfokus pada penanganan dan pemulihan penyakit, tetapi juga berperan dalam upaya peningkatan kesehatan serta pencegahan terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat. Selain itu, sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut, rumah sakit berfungsi menyediakan pelayanan kesehatan spesialisik dan/atau subspesialisik dengan menitikberatkan pada pelayanan kuratif, rehabilitatif, dan paliatif, tanpa mengesampingkan pelaksanaan upaya promotif dan preventif. Dengan demikian, rumah sakit mempunyai tanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh, berkesinambungan, dan sesuai dengan kebutuhan pasien⁷⁹.

Hal sama tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 Tentang Rumah Sakit pada pasal 1 angka (1) yang menyebutkan bahwa Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan, rumah sakit bertanggung jawab memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif. Pelayanan tersebut dilaksanakan dengan menyediakan berbagai bentuk layanan, termasuk rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat guna menjamin terpenuhinya kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat⁸⁰.

Selain memberikan pelayanan kesehatan rumah sakit berkewajiban dalam melaksanakan fungsi sosial. Seperti yang terdapat pada Undang

⁷⁹ Undang-undang (UU) Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

⁸⁰ Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit.

Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Pasal 189 angka (1) Sebagai institusi pelayanan kesehatan, rumah sakit tidak hanya berorientasi pada penyelenggaraan pelayanan medis, tetapi juga berkewajiban melaksanakan fungsi sosial. Kewajiban tersebut antara lain diwujudkan dengan memberikan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat tidak mampu, menyediakan pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, memberikan fasilitas ambulans gratis, melayani korban bencana dan kejadian luar biasa, serta menyelenggarakan kegiatan bakti sosial dalam rangka mendukung tujuan kemanusiaan ⁸¹.

3. Klasifikasi Rumah Sakit

Klasifikasi rumah sakit berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan pada pasal 185 angka (1), (2), (3), (4) serta dipertegas dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 Tentang Rumah Sakit Pasal 2 angka (1) Ditinjau dari aspek tata kelola, penyelenggaraan rumah sakit terbagi menjadi tiga kategori, yakni rumah sakit yang berada di bawah pengelolaan pemerintah daerah, rumah sakit yang diselenggarakan oleh pemerintah pusat, dan rumah sakit yang dikelola oleh masyarakat melalui badan hukum nirlaba. Pembagian tersebut menunjukkan adanya perbedaan penyelenggara yang berpengaruh terhadap mekanisme pengelolaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan.

⁸². Klasifikasi rumah sakit juga dapat dibedakan berdasarkan posisinya

⁸¹ Undang-undang (UU) Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

⁸² Ibid

yaitu rumah sakit statis dan rumah sakit bergerak. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit membedakan rumah sakit berdasarkan karakteristik penyelenggaraannya. Dalam Pasal 3 ayat (2) dijelaskan bahwa rumah sakit statis merupakan rumah sakit yang dibangun pada lokasi tertentu secara permanen dan menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, serta pelayanan kegawatdaruratan. Sementara itu, Pasal 3 ayat (4) mengatur bahwa rumah sakit bergerak dapat diselenggarakan dalam berbagai bentuk sarana, seperti bus, pesawat udara, kapal, karavan, gerbong kereta api, tenda, kontainer, maupun bentuk lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Selain berdasarkan bentuk penyelenggaraannya, rumah sakit juga diklasifikasikan menurut kemampuan pelayanan yang dimilikinya. Klasifikasi tersebut didasarkan pada kapasitas rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien, termasuk kemampuan melakukan diagnosis dan tindakan medis oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai bidangnya, serta didukung oleh ketersediaan sarana, prasarana, dan peralatan kesehatan yang memadai. Berdasarkan ketentuan Pasal 12 ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit, klasifikasi rumah sakit terdiri atas rumah sakit paripurna, utama, madya, dan dasar. Pembagian klasifikasi tersebut bertujuan untuk menjamin bahwa pelayanan kesehatan

yang diberikan sesuai dengan kemampuan dan sumber daya yang dimiliki oleh masing-masing rumah sakit.

4. Rumah Sakit Swasta dalam Sistem Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan ketentuan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, khususnya Pasal 185 ayat (3) dan ayat (4), serta Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit Pasal 2 ayat (5), rumah sakit swasta merupakan rumah sakit yang didirikan oleh masyarakat melalui badan hukum yang secara khusus menjalankan kegiatan di bidang pelayanan kesehatan. Namun demikian, ketentuan mengenai pembatasan bidang usaha tersebut tidak berlaku bagi rumah sakit yang diselenggarakan oleh badan hukum yang bersifat nirlaba.⁸³

5. Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan pasal 191 huruf a sampai g memberikan sejumlah hak kepada rumah sakit dalam rangka mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Hak-hak tersebut antara lain meliputi kewenangan untuk menentukan kebutuhan sumber daya manusia berdasarkan jumlah, jenis profesi, dan kualifikasi yang disesuaikan dengan klasifikasi rumah sakit. Selain itu, rumah sakit berhak memperoleh imbalan atas pelayanan yang diberikan, termasuk menetapkan sistem remunerasi, insentif, dan bentuk penghargaan lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

⁸³ Undang-undang (UU) Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, rumah sakit juga diberikan hak untuk menjalin kerja sama dengan berbagai pihak yang relevan serta menerima bantuan atau dukungan sepanjang pelaksanaannya sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku. Di samping itu, rumah sakit memiliki hak untuk menempuh upaya hukum terhadap pihak yang menimbulkan kerugian bagi institusi tersebut serta memperoleh perlindungan hukum dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan guna menjamin kepastian dan keamanan dalam menjalankan tugasnya.

Lebih lanjut, rumah sakit juga memiliki kewenangan untuk melakukan promosi terhadap pelayanan kesehatan yang diselenggarakannya dengan tetap memperhatikan dan mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Dengan demikian, berbagai hak tersebut diberikan untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang efektif, profesional, dan berorientasi pada peningkatan mutu pelayanan kepada masyarakat.

Kewajiban rumah sakit seperti yang tertuang dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan pada Pasal 189 angka (1) huruf a sampai s dan juga dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 Tentang Rumah Sakit “Pasal 36 angka (1) huruf a sampai t⁸⁴ sebagai berikut . Kewajiban tersebut meliputi penyampaian informasi yang benar, akurat, dan dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat mengenai jenis dan kualitas pelayanan yang tersedia. Selain itu, rumah sakit wajib

⁸⁴ Ibid

memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, efektif, tidak diskriminatif, serta berorientasi pada kepentingan pasien dengan berpedoman pada standar pelayanan yang berlaku.

Dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan, rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan kegawatdaruratan sesuai dengan kapasitas dan kemampuan yang dimiliki. Rumah sakit juga harus berperan aktif dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada saat terjadi bencana sesuai dengan sumber daya yang tersedia. Sebagai bagian dari fungsi sosialnya, rumah sakit wajib menyediakan akses pelayanan bagi masyarakat kurang mampu, memberikan layanan gawat darurat tanpa mensyaratkan pembayaran di muka, menyediakan ambulans tanpa biaya, membantu penanganan korban bencana dan kejadian luar biasa (KLB), serta menyelenggarakan kegiatan sosial yang berorientasi pada kepentingan kemanusiaan.

Selain itu, rumah sakit berkewajiban menyusun, menerapkan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan sebagai pedoman dalam pemberian layanan kepada pasien. Rumah sakit juga harus menyelenggarakan pengelolaan rekam medis secara tertib dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, serta menyediakan sarana dan prasarana umum yang memadai, termasuk fasilitas bagi penyandang disabilitas, ibu menyusui, anak-anak, dan lanjut usia. Dalam mendukung sistem pelayanan kesehatan yang terintegrasi, rumah sakit wajib menerapkan mekanisme rujukan sesuai ketentuan yang berlaku.

Di samping kewajiban tersebut, rumah sakit harus memberikan informasi yang jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien, menghormati serta melindungi seluruh hak pasien, dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan berdasarkan prinsip etika rumah sakit. Rumah sakit juga diwajibkan memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana yang efektif, mendukung pelaksanaan program pemerintah di bidang kesehatan, serta menyusun dan memelihara data tenaga medis maupun tenaga kesehatan yang menjalankan praktik di lingkungan rumah sakit.

Lebih lanjut, rumah sakit berkewajiban menyusun, menetapkan, dan melaksanakan peraturan internal sebagai pedoman tata kelola organisasi dan pelayanan kesehatan. Rumah sakit juga harus memberikan perlindungan serta bantuan hukum kepada tenaga kesehatan dan petugas lainnya dalam menjalankan tugasnya. Selain itu, seluruh area rumah sakit wajib diterapkan sebagai kawasan tanpa rokok guna menciptakan lingkungan pelayanan kesehatan yang aman, sehat, dan nyaman bagi pasien, pengunjung, maupun tenaga kesehatan.

B. Tinjauan Umum tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

1. Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional

Pengertian mengenai Jaminan Sosial dan Jaminan Kesehatan Nasional diatur dalam berbagai peraturan perundang-undangan di Indonesia. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial pasal 1 ayat 2, Jaminan Sosial

merupakan suatu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi seluruh masyarakat. Konsep tersebut menunjukkan bahwa negara memiliki tanggung jawab untuk memberikan perlindungan sosial guna meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup warga negara ⁸⁵.

Selanjutnya, Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 1 angka 1 menjelaskan bahwa Jaminan Kesehatan merupakan bentuk perlindungan kesehatan yang diberikan kepada peserta agar memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan serta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan tersebut diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran jaminan kesehatan atau yang iurannya ditanggung oleh Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah. Dengan demikian, program Jaminan Kesehatan Nasional bertujuan menjamin akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang layak, berkesinambungan, dan terjangkau sebagai bagian dari sistem perlindungan sosial nasional ⁸⁶.

Selain itu, pengertian Jaminan Kesehatan juga diatur dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 tentang Jaminan Kesehatan Nasional pasal 1 ayat 1. Dalam ketentuan tersebut dijelaskan bahwa Jaminan Kesehatan merupakan bentuk perlindungan di bidang kesehatan yang diberikan kepada peserta untuk menjamin akses

⁸⁵ Undang-undang (UU) Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

⁸⁶ Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

terhadap pelayanan pemeliharaan kesehatan serta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan tersebut diberikan kepada setiap individu yang telah membayar iuran jaminan kesehatan maupun kepada mereka yang iurannya ditanggung oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah.

2. Dasar Hukum Jaminan Kesehatan Nasional

Dasar hukum yang menjadi acuan mengatur mengenai jaminan kesehatan nasional

- a. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 pada Pasal 28H ayat (1) Pasal 34 ayat (2) dan ayat (3);
- b. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
- c. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
- d. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan;
- e. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 Tentang Jaminan Kesehatan Nasional.

3. Penyelenggaraan JKN oleh BPJS Kesehatan

Penyelenggara jaminan kesehatan nasional seperti yang tertuang dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial pasal 1 angka 1 mengatakan bahwa “Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan

sosial”⁸⁷. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan pada pasal 411 angka (1) menjelaskan “upaya kesehatan perseorangan melalui program jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh badan yang menyelenggarakan program jaminan sosial di bidang kesehatan dalam hal ini BPJS”⁸⁸.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 tentang Jaminan Kesehatan Nasional pasal 1 ayat 1 juga mengatur mengenai kedudukan BPJS Kesehatan. Dalam ketentuan tersebut dijelaskan bahwa BPJS Kesehatan merupakan badan hukum yang dibentuk secara khusus untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. Melalui lembaga ini, pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional dilakukan guna menjamin akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Oleh karena itu, seluruh penduduk Indonesia diwajibkan menjadi peserta program Jaminan Kesehatan Nasional melalui mekanisme pendaftaran kepada BPJS Kesehatan, baik secara mandiri maupun melalui pihak yang berwenang.

Pengaturan serupa juga terdapat dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada pasal 1 Jaminan Kesehatan Nasional yang menegaskan bahwa BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. Dengan kedudukan tersebut, BPJS

⁸⁷ Undang-undang (UU) Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

⁸⁸ Undang-undang (UU) Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Kesehatan berperan sebagai penyelenggara yang bertanggung jawab dalam mengelola program jaminan kesehatan nasional serta menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan bagi peserta sesuai dengan ketentuan yang berlaku.⁸⁹

4. Hubungan Hukum antara BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit

Ketentuan Pasal 11 huruf e Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial memberikan kewenangan kepada BPJS untuk menjalin kerja sama dengan berbagai pihak dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial. Dalam pelaksanaannya, kerja sama tersebut dapat dilakukan dengan rumah sakit maupun fasilitas pelayanan kesehatan lainnya guna mendukung terselenggaranya pelayanan kesehatan bagi peserta secara efektif dan berkesinambungan⁹⁰.

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan pada pasal 67, fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit, dapat berpartisipasi dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional melalui mekanisme kerja sama dengan BPJS Kesehatan. Bagi fasilitas kesehatan yang dimiliki oleh Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah dan telah memenuhi persyaratan yang ditentukan, kerja sama dengan BPJS Kesehatan bersifat wajib serta harus dituangkan dalam perjanjian tertulis. Sementara itu, fasilitas kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan diberikan kesempatan untuk

⁸⁹ Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.

⁹⁰ Undang-undang (UU) Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan guna mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional.”⁹¹.

5. Hak dan Kewajiban Rumah Sakit sebagai Fasilitas Kesehatan Mitra BPJS

Kewajiban rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS dalam menjalankan program jaminan kesehatan nasional memiliki hak dan kewajiban. Hak dan kewajiban tersebut tertuang dalam perjanjian kerjasama antara rumah sakit sebagai Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan dengan BPJS Kesehatan, dengan hak rumah sakit sebagai berikut.

- a. Fasilitas kesehatan berhak memperoleh informasi yang berkaitan dengan status kepesertaan, mekanisme pembayaran, prosedur pelayanan kesehatan, tata cara pengajuan klaim, serta pelaksanaan kerja sama dengan BPJS Kesehatan;
- b. Fasilitas kesehatan memiliki hak untuk mengajukan klaim atas pelayanan yang telah diberikan kepada peserta secara berkala setiap bulan;
- c. Fasilitas kesehatan berhak menerima pembayaran atas klaim pelayanan kesehatan yang telah disampaikan kepada BPJS Kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku;

⁹¹ Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

- d. Dalam hal terjadi keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan berhak memperoleh kompensasi berupa denda sesuai dengan peraturan yang ditetapkan;
- e. Fasilitas kesehatan berhak memperoleh akses terhadap informasi serta aplikasi pendukung sistem informasi manajemen pelayanan kesehatan guna menunjang efektivitas tata kelola administrasi;
- f. Fasilitas kesehatan berhak menggunakan sistem antrean pelayanan kesehatan berbasis daring yang terintegrasi dengan aplikasi Mobile JKN untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada peserta;
- g. Fasilitas kesehatan dapat menyampaikan tanggapan tertulis atas dugaan pelanggaran kewajiban maupun teguran yang diberikan oleh BPJS Kesehatan;
- h. Fasilitas kesehatan mempunyai hak untuk mengajukan klarifikasi kepada BPJS Kesehatan terkait dugaan penyimpangan dalam pelaksanaan kewajiban para pihak;
- i. Fasilitas kesehatan berwenang memberikan penjelasan dan informasi yang diperlukan sehubungan dengan hasil verifikasi maupun audit yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan;
- j. Apabila setelah proses klarifikasi dan penyampaian informasi masih belum tercapai kesepakatan antara para pihak, fasilitas kesehatan dapat menempuh mekanisme penyelesaian sengketa sesuai dengan tahapan dan ketentuan yang diatur dalam peraturan perundang-undangan;

- k. Fasilitas kesehatan berhak menerima pelunasan atas kekurangan pembayaran dari BPJS Kesehatan apabila ditemukan adanya kondisi kurang bayar;
- l. Fasilitas kesehatan dapat mengusulkan penambahan jenis atau cakupan pelayanan yang belum tercantum dalam perjanjian kerja sama;
- m. Fasilitas kesehatan berhak memperoleh jaminan keamanan dan perlindungan selama berada di lingkungan kantor BPJS Kesehatan;
- n. Fasilitas kesehatan dapat membentuk tim audit internal dan/atau tim verifikasi sebagai sarana evaluasi serta pemberian rekomendasi untuk meningkatkan efektivitas pengelolaan klaim;
- o. Fasilitas kesehatan berhak melakukan promosi terhadap layanan kesehatan yang tersedia dengan tetap mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- p. Fasilitas kesehatan berhak memperoleh pembayaran di muka atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan sesuai dengan mekanisme yang ditentukan;
- q. Fasilitas kesehatan mempunyai hak untuk memberikan klarifikasi terhadap temuan yang diperoleh dari pelaksanaan audit eksternal.

Sedangkan kewajiban rumah sakit sebagai Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan, sebagai berikut.

- a. Menjamin pelayanan JKN yang berkualitas
 - 1) Memverifikasi keabsahan peserta;

- 2) Memberikan pelayanan yang aman, bermutu, efektif, non diskriminatif, dan sesuai standar profesi;
 - 3) Tidak memungut biaya tambahan kepada peserta JKN dan tidak membedakan pelayanan dengan pasien umum;
- b. Mendukung administrasi dan sistem JKN
- 1) Melayani peserta cukup dengan NIK atau nomor kepesertaan BPJS;
 - 2) Melaksanakan seluruh ketentuan program JKN sesuai peraturan perundang-undangan;
 - 3) Menyediakan perangkat teknologi, SIMRS, dan sistem antrian yang terintegrasi dengan BPJS Kesehatan;
- c. Menyediakan data dan informasi kesehatan
- 1) Menyediakan data SDM kesehatan, sarana prasarana, peralatan medis, ketersediaan tempat tidur, dan jadwal pelayanan;
 - 2) Menyediakan akses informasi rekam medis untuk keperluan verifikasi klaim dan audit sesuai ketentuan hukum;
- d. Mendukung pengelolaan klaim dan audit
- 1) Memastikan kesesuaian dokumen klaim dengan rekam medis;
 - 2) Mengembalikan kelebihan pembayaran apabila ditemukan hasil audit yang menyatakan adanya kelebihan klaim;
 - 3) Menunjuk koder diagnosis dan tindakan yang kompeten;
- e. Memberikan perlindungan dan layanan informasi kepada peserta
- 1) Menyediakan unit layanan informasi dan pengaduan peserta JKN;

- 2) Memasang Janji Layanan JKN serta melaksanakannya;
 - 3) Menjamin keamanan, kesehatan, dan keselamatan pasien, petugas, serta pengunjung;
- f. Mencegah kecurangan dan menjaga tata kelola
- 1) Membentuk Tim Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) JKN;
 - 2) Menerapkan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*;
 - 3) Menjalankan pelayanan berdasarkan Panduan Praktik Klinik (PPK) dan *Clinical Pathway*;
- g. Menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan
- 1) Melaksanakan Program Rujuk Balik;
 - 2) Memberikan informasi apabila terjadi pengurangan atau penghentian layanan;
 - 3) Menyediakan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai tanpa membebankan peserta untuk mencari sendiri atau membayar tambahan;
- h. Memenuhi persyaratan perizinan dan pelaporan
- 1) Melaporkan perubahan izin operasional, akreditasi, atau dokumen persyaratan kerja sama;
 - 2) Memiliki izin khusus untuk layanan tertentu seperti hemodialisis, radioterapi, transplantasi, dan kedokteran nuklir apabila dipersyaratkan;

- 3) Menyampaikan laporan peserta meninggal dunia secara berkala kepada BPJS Kesehatan;
- i. Menjaga hubungan kerja sama dengan BPJS Kesehatan
 - 1) Menjaga reputasi BPJS Kesehatan;
 - 2) Menyediakan akun media sosial resmi untuk komunikasi publik;
 - 3) Memastikan seluruh pegawai memahami isi perjanjian kerja sama, regulasi, dan kebijakan pelayanan JKN.

C. Tinjauan Umum tentang Fraud dalam Pelaksanaan JKN

1. Pengertian Fraud dalam Sektor Kesehatan

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 tentang Jaminan Kesehatan Nasional Pasal 1 angka 24 dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Pasal 1 angka 1 mengatur bahwa kecurangan (fraud) merupakan perbuatan yang dilakukan secara sengaja untuk memperoleh keuntungan finansial dari pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tindakan tersebut dilakukan melalui cara-cara yang tidak jujur, menyimpang, atau bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku^{92 93}.

⁹² Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

⁹³ 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.

2. Dasar Hukum Pencegahan dan Penanganan Fraud JKN

Dasar hukum yang menjadi rujukan bagi pencegahan dan penanganan tindakan fraud dalam pelaksanaa jaminan kesehatan nasional sebagai berikut.

- a. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
- b. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
- c. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN);
- d. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan;
- e. 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;
- f. Peraturan BPJS Kesehatan No. 7 Tahun 2016 tentang Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan;
- g. Peraturan BPJS Kesehatan No. 6 Tahun 2020;

3. Bentuk-Bentuk Fraud dalam Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan 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 pada lampiran C

angka 1 dan 2, yang menjelaskan jenis “tindakan kecurangan (*fraud*) yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKRTL ⁹⁴, sebagai berikut. Peraturan mengenai pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional mengidentifikasi berbagai bentuk perbuatan yang dapat dikategorikan sebagai tindakan kecurangan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Bentuk pertama adalah manipulasi diagnosis atau tindakan medis, yaitu praktik mengubah, menambah, atau memalsukan diagnosis maupun prosedur medis sehingga menghasilkan nilai klaim yang lebih tinggi dibandingkan kondisi pasien yang sebenarnya.

Bentuk berikutnya adalah *cloning*, yaitu pengajuan klaim dengan menyalin sebagian atau seluruh data pasien lain yang telah ada sebelumnya, termasuk informasi rekam medis dan data klinis lainnya. Selain itu, terdapat *phantom billing*, yakni pengajuan tagihan atas pelayanan kesehatan yang pada kenyataannya tidak pernah diberikan kepada pasien.

Kecurangan juga dapat dilakukan melalui penggelembungan biaya obat atau alat kesehatan (*inflated bills*), yaitu pencantuman biaya yang melebihi penggunaan sebenarnya. Praktik lain yang sering ditemukan adalah pemecahan episode pelayanan dan *services unbundling* atau *fragmentation*, yaitu pemisahan diagnosis maupun tindakan medis yang

⁹⁴ 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.

seharusnya menjadi satu paket pelayanan menjadi beberapa klaim terpisah untuk memperoleh pembayaran yang lebih besar.

Selanjutnya, *self-referrals* merupakan tindakan merujuk pasien ke fasilitas kesehatan tertentu tanpa dasar indikasi medis yang memadai, kecuali karena keterbatasan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan. Sementara itu, *repeat billing* adalah pengajuan kembali klaim atas pelayanan yang sebelumnya telah dibayarkan sehingga menimbulkan pembayaran ganda terhadap layanan yang sama.

Bentuk kecurangan lainnya adalah memperpanjang masa rawat inap pasien (*prolonged length of stay*) tanpa alasan medis yang dapat dipertanggungjawabkan untuk meningkatkan nilai klaim. Selain itu, terdapat praktik manipulasi kelas perawatan (*manipulation of room charge*), yaitu pencatatan kelas perawatan yang tidak sesuai dengan kondisi sebenarnya dengan tujuan memperoleh penggantian biaya yang lebih besar.

Kecurangan juga dapat berupa penagihan atas tindakan medis yang sebenarnya tidak pernah dilaksanakan, meskipun tindakan tersebut dicantumkan dalam klaim. Praktik lain adalah pemberian terapi atau tindakan medis tanpa indikasi yang jelas, yang dilakukan semata-mata untuk memperoleh keuntungan tertentu.

Selain itu, dikenal pula praktik *readmission*, yaitu pengajuan beberapa klaim atas satu episode penyakit dengan menciptakan kesan seolah-olah terjadi beberapa episode pelayanan yang berbeda. Tindakan

lain yang termasuk kecurangan adalah pembebanan biaya kepada peserta yang tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku, sehingga menimbulkan kerugian bagi peserta program Jaminan Kesehatan Nasional.

Lebih lanjut, pemberian maupun penerimaan suap atau gratifikasi dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional merupakan bentuk kecurangan yang bertentangan dengan prinsip transparansi, integritas, dan akuntabilitas. Di samping itu, pemalsuan Surat Izin Praktik tenaga kesehatan maupun Surat Izin Operasional fasilitas pelayanan kesehatan juga termasuk tindakan kecurangan, yaitu penggunaan atau pembuatan dokumen perizinan yang tidak sah untuk memenuhi persyaratan administratif dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

4. Upaya Pencegahan dan Penanganan Fraud dalam Pelaksanaan JKN

Upaya pencegahan tindak kecurangan fraud yang dilakukan oleh rumah sakit atas program jaminan kesehatan nasional kepada pihak BPJS sebagai badan yang menjalankan program JKN, diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan pasal 92 angka (3) ⁹⁵ dan dalam 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 ⁹⁶. Pada pasal 3 huruf a sampai d dikatakan upaya pencegahan kecurangan dalam

⁹⁵ Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

⁹⁶ 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.

pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional merupakan tanggung jawab bersama berbagai pihak, termasuk BPJS Kesehatan, dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota, serta fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) seperti rumah sakit. Upaya pencegahan tersebut dilakukan melalui pembangunan sistem pencegahan kecurangan yang meliputi penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan fraud, pengembangan budaya antikecurangan, peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya, serta pembentukan tim pencegahan kecurangan.

Dalam rangka mendukung efektivitas pelaksanaan pencegahan fraud, dibentuk tim pencegahan kecurangan yang melibatkan berbagai unsur terkait. Tim tersebut terdiri atas perwakilan dinas kesehatan kabupaten/kota, BPJS Kesehatan, asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan, organisasi profesi, serta unsur lain yang memiliki peran dalam pengawasan dan pengendalian pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Melalui keterlibatan berbagai pihak tersebut, diharapkan upaya pencegahan dan penanganan fraud dapat dilaksanakan secara terkoordinasi, efektif, dan berkelanjutan guna menjaga integritas serta akuntabilitas sistem Jaminan Kesehatan Nasional..

Pada pasal 3 angka (3) 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.

Tugas tim pencegahan fraud⁹⁷, Tugas dan fungsi tim pencegahan kecurangan (*fraud*) meliputi berbagai upaya yang bertujuan menjaga integritas penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Kegiatan tersebut mencakup penyebarluasan informasi mengenai regulasi serta penguatan budaya yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya, pembentukan budaya organisasi yang mendukung pencegahan *fraud*, serta mendorong penerapan tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang baik. Selain itu, tim juga bertanggung jawab melakukan deteksi dini terhadap potensi kecurangan, menyelesaikan kasus *fraud* yang ditemukan, melaksanakan kegiatan pemantauan dan evaluasi secara berkala, serta menyusun dan menyampaikan laporan terkait pelaksanaan upaya pencegahan dan penanganan kecuranga.

5. Sanksi Fraud dalam Pelaksanaan JKN

Sanksi administrasi berupa teguran lisan, teguran tertulis dan perintah untuk mengembalikan kerugian dapat dikenakan bagi rumah sakit yang terbukti melakukan tindakan kecurangan pada program jaminan kesehatan nasional sesuai Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan pada pasal 93 ayat (1) dan (2) Selain itu “rumah sakit tetap menjalankan sanksi pidana sesuai dengan ketentuan perundang-undangan apabila terbukti adanya kerugian keuangan negara sesuai dengan pasal 93 ayat (4)”⁹⁸.

⁹⁷ Ibid

⁹⁸ Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Dijelaskan juga dalam 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 pada pasal 6 ayat (1) dan (2) ⁹⁹ “setiap korporasi dapat diberikan sanksi administrasi berupa teguran lisan, tulisan dan pengembalian kerugian apabila terbukti melakukan tindak kecurangan (*fraud*)”. Sanksi administrasi dijatuhkan oleh Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pasal 6 ayat (3) dan (4) “rumah sakit dikenai sanksi tambahan berupa denda apabila terbukti melakukan *fraud* kepada pihak yang dirugikan”. Rumah sakit juga dapat dikenakan sanksi pencabutan izin apabila terbukti melakukan *fraud* seperti yang tercantum pada Pasal 6 ayat (5) “Sanksi administrasi yang dibebankan kepada pihak rumah sakit tidak menghapus sanksi pidana atas kecurangan yang dilakukannya dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional pasal 6 ayat (7)”.

D. Teori-Teori yang Digunakan

1. Teori Pertanggungjawaban Hukum

Tanggung jawab merupakan suatu keadaan yang menuntut seseorang untuk menanggung segala konsekuensi atas perbuatan atau kewajibannya, sehingga apabila terjadi sesuatu, pihak yang bersangkutan

⁹⁹ 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.

dapat dimintai pertanggungjawaban, dipersalahkan, atau bahkan dikenai tuntutan hukum ¹⁰⁰. Sementara itu, menurut para ahli yang menggunakan istilah *verantwoordelijkheid*, tanggung jawab diartikan sebagai kewajiban seseorang untuk mempertanggungjawabkan tindakannya serta menanggung segala risiko atau kerugian yang timbul, baik dalam ranah hukum maupun administrasi ¹⁰¹.

Konsep tanggung jawab dibedakan atas 3 (tiga) cangkupan unsur utama, yaitu kecakapan, kewajiban, dan perbuatan, penjelasan ketiga cangkupan ¹⁰² sebagai berikut.

- a. Unsur kecakapan merujuk pada kemampuan subjek hukum untuk bertindak dan mempertanggungjawabkan tindakannya. Seseorang dianggap cakap apabila telah dewasa serta memiliki kondisi mental yang sehat. Sementara itu, badan hukum dinyatakan cakap apabila tidak berada dalam status pailit berdasarkan putusan pengadilan yang berkekuatan hukum;
- b. Unsur kewajiban mengandung makna adanya keharusan untuk melaksanakan suatu tindakan atau memenuhi suatu tanggung jawab tertentu yang tidak dapat diabaikan;
- c. Adapun unsur perbuatan mengacu pada segala tindakan yang dilakukan oleh subjek hukum.

¹⁰⁰ Ni Nyoman Ayu Ratih Pradnyani, *Tanggung Jawab Hukum Dalam Penolakan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional*, Scopindo Media Pustaka, Surabaya, 2020.

¹⁰¹ Mexsasai Indra, Oksep Adhayanto, dan Pery Rehendra Sucipta, *Hukum Administrasi Negara*, Percetakan Samudra Biru, Yogyakarta, 2021, hlm 38.

¹⁰² Ibid

Dengan demikian, tanggung jawab dapat dipahami sebagai keadaan di mana seseorang atau badan hukum yang memiliki kecakapan hukum berkewajiban untuk mempertanggungjawabkan setiap tindakan yang dilakukannya beserta konsekuensi yang timbul dari tindakan tersebut ¹⁰³.

Secara umum prinsip-prinsip tanggung jawab dalam hukum dibedakan 5 (lima) prinsip ¹⁰⁴, sebagai berikut.

- a. Prinsip tanggung jawab berdasarkan kesalahan atau kelalaian (*negligence liability*) merupakan konsep pertanggungjawaban hukum yang menjadikan adanya unsur kesalahan sebagai dasar utama untuk membebaskan tanggung jawab kepada seseorang atau badan hukum. Penentuan tanggung jawab dalam prinsip ini dilakukan secara subjektif dengan menilai perilaku pihak yang melakukan perbuatan. Dalam hukum perdata Indonesia, prinsip tersebut tercermin dalam Pasal 1365, Pasal 1366, dan Pasal 1367 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata yang mengatur bahwa “suatu tanggung jawab hukum lahir apabila terdapat perbuatan melawan hukum, kesalahan, kerugian yang diderita pihak lain, serta hubungan sebab akibat antara perbuatan dan kerugian yang timbul”;
- b. Prinsip tanggung jawab mutlak (*strict liability*) merupakan prinsip yang tidak mensyaratkan pembuktian unsur kesalahan untuk menimbulkan

¹⁰³ Agus Surono, *Pertanggungjawaban Pidana Rumah Sakit*, Universitas Al Azhar, Jakarta 2016, hlm 9.

¹⁰⁴ Umarwan Sutopo, *Pengantar Tata Hukum di Indonesia*, Sinergi Karya Mulia Digiprint, Ponorogo 2021, hlm 78.

- tanggung jawab hukum. Dengan demikian, seseorang atau badan hukum tetap dapat dimintai pertanggungjawaban atas kerugian yang terjadi meskipun tidak terbukti melakukan kesalahan. Namun demikian, tanggung jawab tersebut dapat dikesampingkan apabila terdapat keadaan tertentu yang diakui hukum, seperti keadaan memaksa (*force majeure*) yang berada di luar kendali pihak yang bersangkutan;
- c. Prinsip praduga bertanggung jawab (*presumption of liability*) mengandung asumsi bahwa pihak yang digugat dianggap bertanggung jawab atas kerugian yang terjadi sampai terbukti sebaliknya. Oleh karena itu, beban pembuktian dialihkan kepada tergugat untuk menunjukkan bahwa dirinya tidak melakukan kesalahan atau tidak memiliki keterkaitan dengan kerugian yang dialami oleh pihak lain;
 - d. Prinsip praduga tidak bertanggung jawab (*presumption of non-liability*) merupakan kebalikan dari prinsip praduga bertanggung jawab, di mana seseorang dianggap tidak memiliki tanggung jawab hukum sampai terdapat bukti yang cukup untuk membuktikan sebaliknya. Penerapan prinsip ini relatif terbatas dan umumnya digunakan dalam hubungan hukum tertentu, terutama yang berkaitan dengan transaksi konsumen;
 - e. Prinsip tanggung jawab dengan pembatasan (*limitation of liability*) adalah prinsip yang menetapkan batas-batas pertanggungjawaban seseorang maupun badan hukum berdasarkan hak dan kewajiban yang telah disepakati atau ditentukan sebelumnya. Dalam praktik bisnis, prinsip ini sering diwujudkan melalui klausul pembatasan tanggung

jawab yang dicantumkan dalam perjanjian baku guna mengatur sejauh mana para pihak dapat dimintai pertanggungjawaban atas suatu kerugian.

2. Teori Negara Hukum

Berdasarkan Penjelasan Undang-Undang Dasar 1945 Pada Pasal 1 ayat 2 Negara Republik Indonesia ditegaskan sebagai negara yang berlandaskan hukum (*rechtstaat*), bukan negara yang diselenggarakan atas dasar kekuasaan semata (*machtstaat*)¹⁰⁵. Pernyataan tersebut mencerminkan salah satu karakteristik utama negara hukum, yaitu *supremacy of the law*, yang mengharuskan setiap tindakan dan kebijakan administrasi negara didasarkan pada ketentuan hukum yang berlaku melalui penerapan asas legalitas¹⁰⁶. Namun demikian, menurut Sudargo Gautama (1974), keberadaan asas legalitas semata belum cukup untuk mengkualifikasikan suatu negara sebagai negara hukum. Asas legalitas dalam hukum administrasi negara hanya merupakan salah satu unsur yang membentuk konsep negara hukum¹⁰⁷. Di samping itu, perlu diperhatikan pula unsur-unsur lain, seperti kesadaran hukum, rasa keadilan, dan nilai-nilai kemanusiaan yang hidup baik dalam masyarakat maupun pada para penyelenggara negara¹⁰⁸. Sebagaimana dikemukakan oleh Rochmat Soemitro aspek-aspek tersebut merupakan elemen penting yang

¹⁰⁵ Undang-undang Dasar (UUD) Tahun 1945.

¹⁰⁶ Deddy Ismatullah, *Hukum Administrasi Negara*, CV Pustaka Setia, Bandung, 2018, hlm 52.

¹⁰⁷ Anwar dan Saiful Amin, *Teori Dan Aplikasi Hukum Administrasi Negara*, Yayasan Penerbit Muhammad Zaini, Pidie, 2021, hlm 43.

¹⁰⁸ Mexsasai Indra, Oksep Adhayanto, dan Pery Rehendra Sucipta, *Hukum Administrasi Negara*, Percetakan Samudra Biru, Yogyakarta, 2021, hlm 38.

melengkapi konsepsi negara hukum. Dengan demikian, selain *supremacy of the law*, negara hukum juga ditandai oleh prinsip *equality before the law* dan penyelenggaraan pemerintahan yang berlandaskan pada perlindungan hak asasi manusia (*constitution based on human rights*)¹⁰⁹. Sedangkan menurut¹¹⁰ suatu negara dapat dikatakan sebagai negara hukum apabila memenuhi ciri-ciri, sebagai berikut yaitu pembatasan kekuasaan negara (asas legalitas), pengakuan terhadap hak asasi dan pengawasan terhadap tindakan penguasa.

Konsep negara hukum pada hakikatnya merupakan antitesis dari negara kekuasaan (*machtstaat*), yang umumnya berkembang dalam sistem politik yang bersifat otoriter maupun totaliter¹¹¹. Dalam kerangka negara hukum, pelaksanaan dan penegakan hukum harus berorientasi pada pencapaian keadilan substantif, mengingat hukum tidak semata-mata dipahami sebagai seperangkat prosedur dan formalitas yang ditetapkan oleh penguasa. Apabila hukum direduksi hanya menjadi instrumen formalistik, maka fungsinya berpotensi bergeser menjadi alat legitimasi bagi tindakan-tindakan yang bertentangan dengan prinsip keadilan dan nilai-nilai hukum. Oleh karena itu, eksistensi negara hukum menuntut agar hukum tidak hanya ditegakkan secara prosedural, tetapi juga

¹⁰⁹ Ibid, hlm 44

¹¹⁰ Ibid, hlm 44

¹¹¹ Opcit 94, hlm 43

mencerminkan keadilan, kepastian, dan kemanfaatan dalam kehidupan bernegara dan bermasyarakat ¹¹².

Secara normatif, hubungan antara negara dan hukum bersifat timbal balik serta saling bergantung satu sama lain. Kekuasaan negara yang tidak didasarkan pada hukum akan kehilangan legitimasi dan kewibawaannya, sedangkan hukum yang tidak didukung oleh kekuasaan negara akan menghadapi kendala dalam penerapan maupun penegakan sanksinya ¹¹³. Hubungan tersebut menunjukkan bahwa hukum berperan sebagai sumber legitimasi bagi penyelenggaraan kekuasaan negara, sementara negara berfungsi untuk membentuk, mempositifkan, memberlakukan, dan menegakkan hukum dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara. Oleh karena itu, karakteristik utama negara hukum terletak pada adanya relasi yang erat antara negara dan hukum, di mana keduanya saling berkaitan, saling melengkapi, dan saling menopang dalam mewujudkan tatanan kehidupan yang tertib, adil, dan berkeadilan ¹¹⁴.

3. Teori Perlindungan Hukum

Teori perlindungan hukum yang dikembangkan oleh Philipus M. Hadjon berlandaskan pada konsep negara hukum (*rechtsstaat*) yang menempatkan pengakuan dan perlindungan hak asasi manusia sebagai salah satu prinsip utamanya. Dalam pandangan tersebut, perlindungan hukum dipahami sebagai serangkaian upaya yang dilakukan melalui

¹¹² Mexasai Indra, Oksep Adhayanto, dan Pery Rehendra Sucipta, *Hukum Administrasi Negara*, Percetakan Samudra Biru, Yogyakarta, 2021, hlm 38.

¹¹³ Deddy Ismatullah, *Hukum Administrasi Negara*, CV Pustaka Setia, Bandung, 2018, hlm 52.

¹¹⁴ Ibid, hlm 53

instrumen hukum untuk menjamin penghormatan terhadap harkat, martabat, dan hak-hak setiap individu dari berbagai tindakan yang berpotensi menimbulkan kerugian atau mengurangi hak yang dimilikinya¹¹⁵.

Menurut teori ini, hukum tidak hanya berfungsi sebagai sarana pengaturan dan pengendalian sosial, tetapi juga sebagai instrumen yang bertujuan mewujudkan kepastian hukum, keadilan, dan kemanfaatan bagi seluruh masyarakat. Oleh karena itu, perlindungan hukum memiliki peran yang sangat penting dalam hubungan antara negara dan warga negara, terutama untuk mencegah terjadinya penyalahgunaan kewenangan (abuse of power) serta menjamin penghormatan terhadap hak-hak warga negara dalam setiap tindakan pemerintahan¹¹⁶.

Lebih lanjut, Philipus M. Hadjon membedakan perlindungan hukum ke dalam 2 (dua) bentuk, yaitu perlindungan hukum preventif dan perlindungan hukum represif, penjelasan kedua bentuk perlindungan hukum¹¹⁷, sebagai berikut.

- a. Perlindungan hukum preventif merupakan bentuk perlindungan yang diberikan sebelum terjadinya sengketa atau pelanggaran hukum. Perlindungan ini bertujuan untuk mencegah timbulnya tindakan yang dapat merugikan hak dan kepentingan masyarakat melalui pemberian

¹¹⁵ Philipus M Hadjon, *Perlindungan Hukum Bagi Rakyat Indonesia*, PT Bina Ilmu, Surabaya 1987, hlm 14.

¹¹⁶ Sumarni dan Diana Haiti, 2025, Perlindungan Hukum Terhadap Tenaga Kesehatan Yang Mengalami Penyerangan Fisik Atau Mental Dalam Melakukan Pelayanan Medis di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Sanggul Rantau, *Jurnal Kolaboratif Sains (JKS)* 8, no. 7, 132–42.

¹¹⁷ Opcit 117, hlm 16

kesempatan kepada setiap pihak untuk menyampaikan pendapat, masukan, maupun keberatan terhadap suatu kebijakan atau keputusan pemerintah. Dengan adanya mekanisme tersebut, masyarakat dapat berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan sehingga potensi terjadinya pelanggaran hukum atau penyalahgunaan kewenangan oleh penyelenggara pemerintahan dapat diminimalkan;

- b. Perlindungan hukum represif dapat dipahami sebagai upaya perlindungan yang diberikan setelah terjadinya pelanggaran hak atau sengketa hukum. Pelaksanaannya dilakukan melalui proses penegakan hukum dan mekanisme penyelesaian sengketa yang tersedia, baik melalui jalur litigasi maupun nonlitigasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Melalui perlindungan hukum represif, pihak yang dirugikan memperoleh sarana hukum untuk menuntut pemulihan hak, memperoleh penyelesaian sengketa, serta mendapatkan kepastian dan keadilan hukum.

Dalam konsepsi yang dikembangkan oleh Philipus M. Hadjon, perlindungan hukum pada dasarnya berfungsi sebagai instrumen untuk menciptakan keseimbangan antara hak dan kepentingan individu dengan kewenangan yang dimiliki oleh negara. Melalui penerapan perlindungan hukum yang bersifat preventif maupun represif, masyarakat memperoleh jaminan bahwa setiap tindakan dan kebijakan pemerintah harus berlandaskan hukum, dilaksanakan sesuai dengan prinsip-prinsip pemerintahan yang baik, serta dapat dipertanggungjawabkan secara

yuridis. Dengan demikian, perlindungan hukum menjadi mekanisme penting dalam mencegah tindakan sewenang-wenang dan menjamin penghormatan terhadap hak-hak warga negara dalam penyelenggaraan pemerintahan. Oleh karena itu, teori perlindungan hukum yang dikemukakan oleh Philipus M. Hadjon memiliki kedudukan yang penting sebagai landasan teoretis dalam kajian hukum administrasi negara maupun penelitian hukum yang berfokus pada perlindungan hak dan kepentingan masyarakat ¹¹⁸.

4. Teori Tanggung Jawab Korporasi (*Corporate Criminal Liability*)

Kejahatan merupakan suatu perbuatan atau serangkaian tindakan yang bertentangan dengan norma hukum, norma sosial, maupun nilai-nilai moral yang berlaku dalam masyarakat, sehingga menimbulkan kerugian, gangguan, atau ancaman terhadap ketertiban dan keamanan sosial. Dalam perspektif yuridis, kejahatan dipahami sebagai perbuatan yang dilarang oleh peraturan perundang-undangan dan diancam dengan sanksi pidana bagi pelakunya. Oleh karena itu, suatu perbuatan dikategorikan sebagai kejahatan apabila memenuhi unsur-unsur yang telah ditentukan oleh hukum positif serta dapat dipertanggungjawabkan secara pidana ¹¹⁹.

Kejahatan korporasi (*corporate crime*) merupakan bentuk tindak pidana yang dilakukan oleh korporasi sebagai subjek hukum maupun oleh pengurus, pegawai, atau pihak lain yang bertindak untuk dan atas nama

¹¹⁸ Nurnaeni Nurnaeni dan Syamsul Bachri, 2024, Peran Hukum dalam Menjamin Hak atas Kesehatan: Analisis Perlindungan Hukum bagi Pasien di Indonesia, *Jurnal Berita Kesehatan* 17, no. 2, 58–69.

¹¹⁹ Dedi M Arso, *Hukum Korupsi dan Korporasi*, Widina Media Utama, Bandung, 2020, hlm 61.

korporasi dalam rangka mencapai tujuan serta kepentingan korporasi ¹²⁰. Karakteristik utama kejahatan korporasi terletak pada keterkaitannya dengan aktivitas bisnis yang secara formal tampak legal, tetapi dalam pelaksanaannya mengandung unsur perbuatan melawan hukum. Agus Budianto menjelaskan bahwa kejahatan korporasi pada dasarnya dilakukan demi kepentingan korporasi untuk memperoleh keuntungan ekonomi, mempertahankan keberlangsungan usaha, atau meningkatkan daya saing perusahaan. Oleh karena itu, kejahatan korporasi sering kali menimbulkan dampak yang lebih luas dibandingkan kejahatan konvensional, karena dapat merugikan masyarakat, lingkungan hidup, serta kepentingan negara secara keseluruhan.

Berdasarkan pemikiran Agus Budianto, kejahatan korporasi memiliki sejumlah karakteristik yang membedakannya dari bentuk kejahatan konvensional ¹²¹.

- a. Kejahatan korporasi pada umumnya dilakukan untuk memenuhi kepentingan korporasi, baik dalam rangka memperoleh keuntungan ekonomi yang maksimal, mempertahankan keberlangsungan usaha, maupun memperkuat posisi perusahaan dalam persaingan pasar. Dalam konteks ini, tindakan yang melanggar hukum sering kali merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari strategi, kebijakan, atau aktivitas bisnis korporasi;

¹²⁰ Agus Surono, *Pertanggung Jawaban Pidana Rumah Sakit*, Universitas Al Azhar, Jakarta 2016, hlm 72.

¹²¹ Ibid, 63

- b. Kejahatan korporasi umumnya dilakukan oleh individu-individu yang memiliki kewenangan untuk bertindak atas nama korporasi, seperti direksi, komisaris, manajer, atau pejabat perusahaan lainnya. Oleh karena itu, perbuatan yang dilakukan oleh para pengurus tersebut dapat dikonstruksikan sebagai perbuatan korporasi, sehingga pertanggungjawaban hukum tidak hanya dibebankan kepada pelaku secara individu, tetapi juga kepada korporasi sebagai subjek hukum;
- c. Kejahatan korporasi memiliki sifat yang terorganisasi dan kompleks. Pelaksanaannya sering melibatkan sistem organisasi yang tersusun secara sistematis dengan memanfaatkan struktur perusahaan, sumber daya manusia, teknologi, serta instrumen bisnis lainnya. Kompleksitas tersebut menjadikan kejahatan korporasi berbeda dari kejahatan biasa yang umumnya dilakukan secara individual;
- d. Kejahatan korporasi menimbulkan dampak kerugian yang luas. Korban yang terdampak tidak terbatas pada individu tertentu, melainkan dapat mencakup konsumen, pemegang saham, masyarakat luas, lingkungan hidup, bahkan keuangan dan perekonomian negara. Oleh karena itu, konsekuensi yang ditimbulkan oleh kejahatan korporasi sering kali memiliki dimensi sosial, ekonomi, dan hukum yang sangat signifikan;
- e. Kejahatan korporasi cenderung sulit untuk dideteksi dan dibuktikan. Hal ini disebabkan karena modus operandi yang digunakan kerap disamarkan melalui aktivitas bisnis yang tampak sah secara formal.

Akibatnya, pengungkapan kejahatan korporasi memerlukan proses investigasi yang mendalam melalui pemeriksaan dokumen perusahaan, transaksi keuangan, kebijakan internal, serta berbagai bentuk alat bukti lainnya yang relevan.

Teori tanggung jawab korporasi pada dasarnya menjelaskan bahwa korporasi sebagai badan hukum memiliki kedudukan sebagai subjek hukum yang mandiri sehingga dapat dibebani hak, kewajiban, serta tanggung jawab hukum. Dalam perspektif ini, setiap tindakan yang dilakukan dalam rangka penyelenggaraan kegiatan usaha korporasi dapat menimbulkan konsekuensi hukum yang mengakibatkan korporasi dimintai pertanggungjawaban atas kerugian atau pelanggaran yang terjadi ¹²². Dalam perkembangannya, korporasi tidak lagi dipandang hanya sebagai wadah bagi individu-individu yang menjalankannya, melainkan sebagai subjek hukum yang memiliki eksistensi tersendiri. Oleh karena itu, apabila terjadi pelanggaran hukum yang menimbulkan kerugian bagi pihak lain, korporasi dapat dimintai pertanggungjawaban secara perdata, administrasi, maupun pidana sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Menurut doktrin hukum modern, tanggung jawab korporasi didasarkan pada gagasan bahwa setiap kegiatan korporasi dijalankan oleh organ-organ perusahaan, seperti direksi, komisaris, manajer, maupun karyawan yang bertindak untuk dan atas nama korporasi ¹²³. Tindakan yang

¹²² Muladi dan Dwidja Priyatno, *Pertanggungjawaban Pidana Korporasi*, Kencana, Jakarta 2010, 86.

¹²³ M. Yahya Harahap, *Hukum Perseroan Terbatas*, Sinar Grafika, Jakarta, 2016, 72.

dilakukan oleh organ-organ tersebut dalam lingkup tugas dan kewenangannya dianggap sebagai tindakan korporasi itu sendiri. Dengan demikian, ketika suatu perbuatan melawan hukum dilakukan oleh pengurus atau pegawai dalam rangka menjalankan aktivitas korporasi, maka akibat hukum yang timbul dapat dibebankan kepada korporasi sebagai badan hukum.

Dalam kajian hukum korporasi maupun hukum pidana, terdapat beberapa teori yang digunakan untuk menjelaskan dasar pembebanan pertanggungjawaban kepada korporasi. Pertama, teori identifikasi (*identification theory*) yang berpandangan bahwa kehendak, keputusan, dan tindakan pejabat senior yang memiliki kewenangan mengendalikan organisasi (*directing mind*) dianggap sebagai kehendak dan tindakan korporasi itu sendiri. Oleh karena itu, kesalahan atau pelanggaran yang dilakukan oleh pengurus yang memegang kendali perusahaan dapat diatribusikan dan dipertanggungjawabkan kepada korporasi.

Kedua, teori pertanggungjawaban pengganti (*vicarious liability*) yang menempatkan korporasi sebagai pihak yang bertanggung jawab atas perbuatan yang dilakukan oleh pegawai, karyawan, atau agen sepanjang tindakan tersebut dilakukan dalam lingkup tugas dan pekerjaannya. Dalam teori ini, korporasi tetap dapat dimintai pertanggungjawaban meskipun tidak secara langsung melakukan perbuatan yang menimbulkan pelanggaran¹²⁴.

¹²⁴ Opcit 125, hlm 88

Ketiga, teori pertanggungjawaban langsung (*direct corporate liability*) yang memandang korporasi sebagai subjek hukum yang dapat dimintai pertanggungjawaban secara langsung apabila pelanggaran hukum terjadi akibat kelemahan sistem organisasi, kebijakan perusahaan, mekanisme pengawasan, atau budaya kerja yang diterapkan oleh korporasi. Dengan demikian, tanggung jawab tidak hanya dibebankan kepada individu pelaku, tetapi juga kepada korporasi sebagai institusi yang menciptakan kondisi yang memungkinkan terjadinya pelanggaran tersebut ¹²⁵.

Lebih lanjut, konsep tanggung jawab korporasi juga berkembang ke arah *Corporate Social Responsibility* (CSR) atau tanggung jawab sosial perusahaan. Dalam perspektif ini, korporasi tidak hanya bertanggung jawab untuk memperoleh keuntungan ekonomi, tetapi juga memiliki kewajiban moral dan hukum untuk memperhatikan kepentingan para pemangku kepentingan (*stakeholders*), termasuk pekerja, konsumen, masyarakat, dan lingkungan hidup. Oleh sebab itu, tanggung jawab korporasi mencakup upaya untuk memastikan bahwa kegiatan usaha dilaksanakan sesuai prinsip-prinsip keberlanjutan, etika bisnis, dan perlindungan terhadap hak-hak pihak yang terdampak ¹²⁶.

Dalam perspektif hukum, teori tanggung jawab korporasi menempatkan korporasi sebagai entitas hukum yang memiliki kepribadian hukum tersendiri sehingga dapat dimintai pertanggungjawaban atas segala

¹²⁵ Opcit 125, hlm 90

¹²⁶ Mahrus Ali, *Asas-Asas Hukum Pidana Korporasi*, Rajawali Pers, Jakarta, 2017, hlm 105.

tindakan dan konsekuensi yang timbul dari kegiatan usahanya¹²⁷. Teori ini bertujuan menciptakan kepastian dan keadilan hukum dengan membebankan tanggung jawab kepada korporasi atas setiap kerugian yang ditimbulkan kepada pihak lain. Oleh karena itu, penerapan teori tanggung jawab korporasi menjadi instrumen penting untuk memperkuat sistem akuntabilitas dan mendukung pelaksanaan tata kelola perusahaan yang transparan, bertanggung jawab, dan sesuai dengan prinsip-prinsip *good corporate governance*.

¹²⁷ Muladi dan Dwidja Priyatno, *Pertanggungjawaban Pidana Korporasi*, Kencana, Jakarta 2010, hlm 87.

BAB III

HASIL PENELITIAN PERTANGGUNGJAWABAN RUMAH SAKIT SWASTA TERHADAP TINDAKAN KECURANGAN (*FRAUD*) DALAM PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

A. Implementasi Tindakan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional pada Rumah Sakit Swasta

Temuan penelitian mengindikasikan bahwa risiko terjadinya fraud dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional pada rumah sakit swasta masih menjadi permasalahan yang memerlukan perhatian serius. Tindakan tersebut umumnya dilakukan melalui berbagai bentuk penyimpangan dalam proses pelayanan dan pengajuan klaim kesehatan yang bertujuan memperoleh keuntungan ekonomi di luar hak yang seharusnya diterima. Dalam perspektif hukum, tindakan tersebut termasuk kategori kecurangan karena dilakukan secara sadar dan sengaja untuk memperoleh manfaat finansial dari sistem Jaminan Kesehatan Nasional dengan melanggar ketentuan yang telah ditetapkan oleh peraturan perundang-undangan. Oleh karena itu, praktik fraud tidak hanya berpotensi merugikan BPJS Kesehatan dan keuangan negara, tetapi juga dapat mengganggu efektivitas, akuntabilitas, dan keberlanjutan penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa bentuk-bentuk kecurangan yang ditemukan pada rumah sakit swasta cukup beragam. Salah satu bentuk yang sering dijumpai adalah *upcoding*, yaitu pemberian kode diagnosis atau

tindakan medis yang tidak sesuai dengan kondisi pasien sehingga menghasilkan nilai klaim yang lebih besar. Selain itu, terdapat pula praktik *phantom billing*, yakni pengajuan tagihan atas pelayanan kesehatan yang pada kenyataannya tidak pernah diberikan kepada peserta JKN. Bentuk kecurangan lainnya berupa *readmisi* yang tidak memiliki dasar indikasi medis yang memadai, di mana pasien dipulangkan dan kemudian dirawat kembali dalam rentang waktu yang singkat untuk meningkatkan nilai klaim. Penelitian juga menemukan adanya praktik *services unbundling*, perpanjangan masa rawat inap tanpa alasan medis yang jelas, serta penggunaan dokumen pendukung klaim yang tidak sesuai dengan kondisi pelayanan yang sebenarnya.

Dari sudut pandang hukum, larangan terhadap praktik kecurangan (*fraud*) dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional telah diatur secara tegas dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Ketentuan tersebut menegaskan bahwa seluruh pihak yang terlibat dalam pelaksanaan program, termasuk peserta, fasilitas pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan, penyedia obat, penyedia alat kesehatan, maupun pihak lainnya, dilarang melakukan tindakan yang mengandung unsur *fraud*. Pengaturan ini menjadi dasar hukum bagi pemerintah dan BPJS Kesehatan untuk melaksanakan fungsi pengawasan, pencegahan, pemeriksaan, serta penegakan sanksi terhadap setiap bentuk kecurangan yang terjadi dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Berdasarkan data yang diperoleh, terjadinya *fraud* pada rumah sakit swasta dipengaruhi oleh berbagai faktor. Faktor tersebut antara lain tekanan ekonomi dan kebutuhan operasional rumah sakit yang semakin tinggi, belum optimalnya mekanisme pengendalian internal, lemahnya fungsi audit, serta terbatasnya pemahaman sumber daya manusia mengenai regulasi pencegahan kecurangan dalam Program JKN. Selain itu, masih terdapat celah dalam sistem administrasi dan pengelolaan klaim yang memungkinkan terjadinya manipulasi data pelayanan kesehatan yang diajukan kepada BPJS Kesehatan. Dalam upaya meminimalkan terjadinya praktik kecurangan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 mengharuskan setiap fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit swasta, menerapkan sistem pencegahan dan penanganan *fraud* secara terstruktur. Implementasi sistem tersebut dilakukan melalui pembentukan tim pencegahan kecurangan, penguatan mekanisme pengawasan internal, peningkatan kepatuhan terhadap standar pelayanan medis, serta pelaksanaan audit dan evaluasi secara berkala terhadap proses pengajuan klaim JKN.

Selain itu, Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2016 tentang Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam “Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan mewajibkan fasilitas kesehatan untuk melaksanakan deteksi dini, pelaporan, pemeriksaan, serta tindak lanjut terhadap setiap indikasi kecurangan yang ditemukan”. Penerapan mekanisme tersebut diharapkan mampu menciptakan sistem pengelolaan layanan kesehatan yang lebih transparan, akuntabel, dan berintegritas. Dengan demikian, hasil

penelitian menunjukkan bahwa praktik kecurangan dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional pada rumah sakit swasta masih memiliki potensi untuk terjadi dalam berbagai bentuk penyimpangan pelayanan maupun proses klaim. Oleh karena itu, diperlukan penguatan sistem pengawasan, peningkatan kepatuhan terhadap ketentuan hukum, serta penerapan kebijakan anti-*fraud* secara konsisten guna menjamin keberlangsungan Program JKN yang efektif, transparan, dan memberikan perlindungan optimal bagi peserta.

Wawancara dengan dr. Pundi Ferianto, MARS., M.H Direktur Rumah Sakit Mitra Plumbon Indramayu, mengungkapkan bahwa pihak rumah sakit telah menerapkan sistem pengendalian internal yang bertujuan untuk memastikan bahwa seluruh proses pelayanan dan pengajuan klaim dilakukan secara transparan, akuntabel, dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Implementasi tersebut merupakan bagian dari upaya rumah sakit dalam mewujudkan tata kelola rumah sakit yang baik (*good hospital governance*) sekaligus mencegah terjadinya kecurangan yang secara langsung dapat berdampak pada rumah sakit bahkan dapat merugikan keuangan negara maupun peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

B. Hambatan dan Upaya Pencegahan Tindakan Kecurangan (*Fraud*) pada Rumah Sakit Swasta

Berdasarkan hasil penelitian, upaya pencegahan tindakan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada rumah sakit swasta masih menghadapi berbagai kendala yang dapat memengaruhi efektivitas sistem pengawasan dan pengendalian klaim

pelayanan kesehatan. Hambatan tersebut muncul baik dari aspek internal rumah sakit maupun faktor eksternal yang berkaitan dengan penyelenggaraan Program JKN secara keseluruhan. Salah satu hambatan utama berasal dari belum optimalnya sistem pengendalian internal yang dimiliki rumah sakit. Dalam praktiknya, masih ditemukan kelemahan dalam proses verifikasi dokumen rekam medis, pengkodean diagnosis (*coding*), maupun pengawasan terhadap pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan. Kondisi tersebut berpotensi menimbulkan kesalahan administrasi bahkan penyimpangan yang mengarah pada tindakan *fraud*. Selain itu, keterbatasan sumber daya manusia yang memiliki kompetensi di bidang pengelolaan klaim JKN dan pencegahan kecurangan juga menjadi faktor yang turut memengaruhi efektivitas pengawasan internal.

Hasil wawancara dengan manajemen rumah sakit yang ada di Kabupaten Cirebon mengatakan bahwa hambatan yang dihadapi adalah kurangnya pemahaman tenaga kesehatan dan tenaga administrasi mengenai ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur pencegahan dan penanganan *fraud*. Meskipun regulasi telah mengatur berbagai mekanisme pengawasan, masih terdapat petugas yang belum memahami secara menyeluruh bentuk-bentuk kecurangan yang dilarang dalam Program JKN. Akibatnya, beberapa tindakan yang berpotensi menimbulkan kerugian keuangan negara atau dana jaminan sosial kesehatan tidak segera teridentifikasi sebagai indikasi kecurangan. Dari aspek eksternal, kompleksitas sistem pelayanan kesehatan dan mekanisme klaim JKN juga

menjadi hambatan tersendiri. Perubahan regulasi, perkembangan sistem digital, serta tingginya volume pelayanan kesehatan mengharuskan rumah sakit untuk terus menyesuaikan prosedur administrasi dan pengelolaan klaim. Apabila proses penyesuaian tersebut tidak diikuti dengan peningkatan kapasitas sumber daya manusia dan sistem pengawasan yang memadai, maka peluang terjadinya penyimpangan akan semakin besar.

Selain itu, tekanan finansial yang dihadapi rumah sakit swasta juga dapat menjadi faktor yang memengaruhi munculnya tindakan *fraud*. Kebutuhan operasional rumah sakit yang terus meningkat, biaya pelayanan kesehatan yang tinggi, serta tuntutan untuk menjaga keberlangsungan pelayanan terkadang menimbulkan dorongan untuk melakukan manipulasi data pelayanan atau klaim demi memperoleh pendapatan tambahan. Oleh karena itu, faktor ekonomi tidak dapat dilepaskan dari analisis mengenai penyebab terjadinya kecurangan dalam pelaksanaan JKN.

Sebagai upaya untuk mengatasi berbagai permasalahan yang berpotensi mengganggu penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional, pemerintah menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administratif atas Tindakan Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Regulasi tersebut mewajibkan setiap fasilitas pelayanan kesehatan untuk membangun dan menerapkan sistem pencegahan serta penanganan *fraud* secara terintegrasi. Upaya tersebut dilakukan melalui penguatan tata kelola organisasi, peningkatan efektivitas pengawasan

internal, serta penerapan mekanisme pengendalian yang memadai terhadap seluruh proses pelayanan kesehatan dan pengajuan klaim. Dengan demikian, risiko terjadinya penyimpangan dapat diminimalkan serta akuntabilitas penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional dapat terjaga.

Sebagai bentuk implementasi pencegahan, rumah sakit swasta perlu membentuk tim pencegahan *fraud* yang bertugas melakukan identifikasi risiko, pemantauan, evaluasi, dan investigasi terhadap dugaan kecurangan. Tim ini berperan dalam memastikan bahwa seluruh proses pelayanan kesehatan dan pengajuan klaim telah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan serta standar profesi yang berlaku. Di samping itu, pelaksanaan audit internal secara berkala diperlukan untuk mendeteksi lebih awal adanya indikasi penyimpangan dalam pelayanan maupun administrasi klaim.

Wawancara dengan dr. Pundi Ferianto, MARS., M.H Direktur Rumah Sakit Mitra Plumbon Indramayu. Langkah pencegahan yang dilakukan pihak manajemen rumah sakit dalam mencegah terjadinya tindakan *fraud* dengan membentuk tim anti *fraud* atau TAF. Fungsi dari tim ini yaitu melakukan pengecekan pada akhir claim sebelum klaim tersebut diserahkan kepada pihak BPJS. Hal tersebut sangat efektif sebagai langkah preventif atau intervensi primer untuk mencegah terjadinya tindakan *fraud*. Rumah sakit perlu menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan secara berkelanjutan mengenai regulasi JKN, etika profesi, tata kelola klaim, dan kebijakan anti-*fraud*. Dengan meningkatnya pemahaman tenaga kesehatan dan tenaga

administrasi, potensi terjadinya kesalahan maupun penyimpangan dapat diminimalkan. Budaya kerja yang menjunjung tinggi integritas, transparansi, dan akuntabilitas juga harus ditanamkan dalam setiap aspek penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Wawancara dengan dr. Budi S Soenjaya., M.M Direktur Rumah Sakit Sumber Waras Cirebon. Mengungkapkan bahwa rumah sakit membentuk Tim Anti Fraud yang bertugas melakukan pengawasan dan verifikasi terhadap proses pengajuan klaim. Salah satu upaya yang dilakukan adalah penyelenggaraan rapat evaluasi pada akhir proses klaim sebelum berkas dikirimkan kepada pihak penjamin. Dalam kegiatan tersebut, tim melakukan pemeriksaan dan validasi terhadap data yang telah direkapitulasi oleh unit *casemix* setiap periode pelayanan bulanan guna memastikan kelengkapan, akurasi, dan kesesuaian data dengan ketentuan yang berlaku. Selain itu, apabila ditemukan kasus-kasus yang kompleks dan melibatkan berbagai disiplin ilmu, proses telaah dapat melibatkan Komite Medis untuk memberikan pertimbangan profesional dan memastikan bahwa penetapan diagnosis, tindakan, serta pengkodean telah sesuai dengan standar pelayanan dan kaidah klinis yang berlaku. Dengan mekanisme ini, rumah sakit berupaya meminimalkan potensi kecurangan (*fraud*) serta meningkatkan kualitas dan akuntabilitas proses klaim pelayanan kesehatan

Selanjutnya, Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2016 tentang Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam “Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan mengatur perlunya penerapan mekanisme deteksi dini,

pelaporan, investigasi, dan tindak lanjut terhadap setiap dugaan kecurangan yang ditemukan”. Sistem tersebut bertujuan untuk menciptakan pengawasan yang berkesinambungan sehingga setiap indikasi *fraud* dapat segera ditangani sebelum menimbulkan kerugian yang lebih besar.

C. Pertanggungjawaban Hukum Rumah Sakit Swasta terhadap Tindakan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional

Berdasarkan hasil penelitian, pertanggungjawaban hukum rumah sakit swasta atas tindakan kecurangan (*fraud*) dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) muncul sebagai konsekuensi yuridis apabila rumah sakit terbukti melakukan tindakan yang disengaja untuk memperoleh keuntungan finansial melalui cara-cara yang bertentangan dengan ketentuan hukum yang berlaku. Dalam konteks ini, rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan dapat dimintai pertanggungjawaban apabila terlibat dalam berbagai bentuk penyimpangan yang merugikan sistem JKN maupun keuangan negara.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administratif terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan mengidentifikasi berbagai bentuk kecurangan yang kerap terjadi dalam penyelenggaraan JKN¹²⁸. Bentuk-bentuk tersebut antara lain meliputi upcoding, phantom billing, pengajuan

¹²⁸ 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.

klaim yang tidak sesuai dengan kondisi medis pasien, manipulasi diagnosis, serta pemalsuan atau rekayasa data administrasi pelayanan kesehatan. Berbagai tindakan tersebut dilakukan dengan tujuan memperoleh pembayaran atau manfaat finansial yang lebih besar daripada yang seharusnya diterima.

Tindakan kecurangan tersebut tidak hanya menimbulkan kerugian terhadap Dana Jaminan Sosial dan keuangan negara, tetapi juga berpotensi mengganggu prinsip-prinsip dasar penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang baik. Praktik fraud dapat mengurangi transparansi dalam pengelolaan dana kesehatan, melemahkan akuntabilitas penyelenggara pelayanan kesehatan, serta menciptakan ketidakadilan dalam pemanfaatan sumber daya kesehatan. Oleh karena itu, rumah sakit yang terbukti melakukan tindakan kecurangan dapat dikenai pertanggungjawaban hukum sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku sebagai bentuk perlindungan terhadap keberlangsungan Program Jaminan Kesehatan Nasional dan kepentingan masyarakat sebagai peserta program.

Pertanggungjawaban rumah sakit swasta atas tindakan *fraud* dapat dilihat dari perspektif pertanggungjawaban administratif, perdata, dan pidana. Dari aspek administratif, rumah sakit sebagai badan hukum wajib mematuhi ketentuan yang diatur dalam 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. Apabila berdasarkan hasil

pemeriksaan terbukti terjadi *fraud*, rumah sakit dapat dikenakan berbagai sanksi administratif berupa teguran lisan, teguran tertulis dan kewajiban pengembalian kerugian yang ditimbulkan, pembekuan kerja sama dengan BPJS Kesehatan, hingga pemutusan kerja sama sesuai dengan tingkat pelanggaran yang dilakukan. Pengenaan sanksi tersebut bertujuan untuk memberikan efek jera sekaligus menjaga keberlangsungan sistem Jaminan Kesehatan Nasional agar terlaksana secara efektif, efisien, dan berintegritas.

Dalam ranah hukum perdata, rumah sakit dapat dimintai pertanggungjawaban atas kerugian yang timbul akibat perbuatan melawan hukum yang dilakukan oleh tenaga kesehatan maupun pegawai yang bekerja dalam lingkup organisasinya. Sebagai suatu badan hukum, rumah sakit memiliki kewajiban untuk melakukan pengawasan, pembinaan, dan pengendalian terhadap seluruh kegiatan pelayanan kesehatan, termasuk proses administrasi dan pengajuan klaim Jaminan Kesehatan Nasional, agar dilaksanakan sesuai dengan standar operasional prosedur serta ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Apabila tindakan kecurangan (*fraud*) yang dilakukan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan menimbulkan kerugian bagi BPJS Kesehatan maupun pihak lain, rumah sakit dapat dibebani kewajiban untuk memberikan ganti rugi sebagai bentuk pertanggungjawaban hukum atas kerugian yang ditimbulkan.

Selain itu, apabila tindakan *fraud* memenuhi unsur tindak pidana, maka pertanggungjawaban pidana dapat dikenakan baik kepada individu pelaku maupun kepada korporasi rumah sakit. Meskipun sanksi administrasi telah

diberikan tetap sanksi pidana tidak menghilangkannya. Dalam konsep pertanggungjawaban pidana korporasi, rumah sakit dapat dimintai pertanggungjawaban apabila tindakan kecurangan dilakukan oleh pengurus, pejabat struktural, atau pegawai yang bertindak untuk dan atas nama rumah sakit serta memberikan keuntungan bagi korporasi. Dalam keadaan demikian, selain pelaku perseorangan, rumah sakit sebagai korporasi juga dapat dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan hukum pidana yang berlaku.

Ditinjau dari teori perlindungan hukum yang dikemukakan oleh Philipus M. Hadjon, pengaturan mengenai pencegahan dan penanggulangan tindakan kecurangan (*fraud*) dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional merupakan manifestasi dari perlindungan hukum yang bersifat preventif dan represif. Bentuk perlindungan hukum preventif diwujudkan melalui penyusunan berbagai peraturan perundang-undangan, penerapan sistem pengawasan internal, pelaksanaan audit terhadap klaim pelayanan kesehatan, serta pembentukan kebijakan antikecurangan di lingkungan rumah sakit. Langkah-langkah tersebut bertujuan untuk mencegah terjadinya penyimpangan sebelum menimbulkan kerugian bagi sistem Jaminan Kesehatan Nasional.

Sementara itu, perlindungan hukum represif diwujudkan melalui mekanisme penegakan hukum dan pemberian sanksi terhadap rumah sakit yang terbukti melakukan tindakan *fraud*. Pengenaan sanksi tersebut bertujuan untuk memberikan efek jera, memulihkan kerugian yang timbul, serta menjamin kepatuhan terhadap ketentuan hukum yang berlaku. Dengan

demikian, pertanggungjawaban hukum rumah sakit swasta atas tindakan *fraud* tidak semata-mata diarahkan sebagai instrumen penghukuman, melainkan juga sebagai sarana perlindungan terhadap hak-hak peserta Jaminan Kesehatan Nasional, menjaga keberlanjutan pembiayaan program kesehatan, serta mendorong terwujudnya tata kelola pelayanan kesehatan yang transparan, akuntabel, dan berlandaskan prinsip keadilan.

Rumah sakit swasta memegang peranan penting dalam mencegah dan menanggulangi terjadinya tindakan kecurangan (*fraud*) dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Tanggung jawab tersebut mencakup penerapan berbagai mekanisme pengawasan dan pengendalian guna memastikan bahwa seluruh proses pelayanan kesehatan maupun pengajuan klaim dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Apabila terbukti melakukan tindakan *fraud*, rumah sakit dapat dikenai pertanggungjawaban hukum dalam bentuk sanksi administratif, perdata, maupun pidana sesuai dengan tingkat pelanggaran dan dampak yang ditimbulkan. Oleh karena itu, penerapan sistem pengendalian internal yang efektif, kepatuhan terhadap regulasi, serta pembentukan budaya organisasi yang menjunjung tinggi integritas, transparansi, dan akuntabilitas menjadi faktor yang sangat penting dalam mencegah praktik kecurangan serta mendukung tercapainya tujuan penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional secara optimal.

BAB IV

ANALISA TENTANG PERTANGGUNGJAWABAN RUMAH SAKIT SWASTA TERHADAP TINDAKAN KECURANGAN (*FRAUD*) DALAM PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

A. Implementasi, Hambatan, dan Solusi Terhadap Tindakan Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional

Berdasarkan hasil penelitian, implementasi upaya pencegahan dan penanggulangan tindakan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di rumah sakit swasta pada dasarnya telah dilaksanakan sesuai dengan kerangka regulasi yang ditetapkan pemerintah, khususnya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi berupa terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan berupa teguran lisan, teguran tulisan dan kewajiban pengembalian dana sesuai dengan pasal pasal 6 ayat (1) dan (2) dalam peraturan perundangan tersebut ¹²⁹.

Implementasi tersebut diwujudkan melalui berbagai instrumen pengendalian yang termuat dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi berupa terhadap

¹²⁹ 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.

Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan terdapat pada pasal 3 angka (3) dan juga terdapat pada Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan ¹³⁰ pasal 92 angka (3) “pencegahan fraud dapat dilakukan dengan penyusunan standar operasional prosedur pelayanan, pelaksanaan verifikasi klaim secara berjenjang, pembentukan tim pencegahan *fraud*, penguatan fungsi audit internal, pembangunan budaya organisasi yang berorientasi pada integritas, serta peningkatan koordinasi dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Nasional”. Berbagai langkah tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit sebagai FKRTL telah berupaya membangun sistem pengendalian yang tidak hanya berorientasi pada kepatuhan administratif, tetapi juga pada pencegahan potensi penyimpangan sebagai langkah preventif yang dapat mengganggu keberlangsungan dan akuntabilitas penyelenggaraan program jaminan kesehatan.

Temuan penelitian menunjukkan bahwa rumah sakit telah menerapkan sistem pengendalian internal yang bertujuan menjamin agar seluruh proses pelayanan kesehatan dan pengajuan klaim dilakukan secara transparan, akuntabel, dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Implementasi sistem pengendalian tersebut mencerminkan penerapan prinsip *good hospital governance*, yaitu tata kelola rumah sakit yang menekankan prinsip

¹³⁰ Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

transparansi, akuntabilitas, responsibilitas, independensi, dan kewajaran¹³¹. Dalam konteks pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, keberadaan sistem pengendalian internal memiliki peran penting sebagai mekanisme preventif untuk mengidentifikasi, mencegah, dan meminimalkan risiko terjadinya tindakan *fraud*. Dengan demikian, upaya pencegahan kecurangan tidak hanya bertujuan melindungi keuangan negara dan dana Jaminan Kesehatan Nasional, tetapi juga menjaga kepercayaan masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit.

Ditinjau dari perspektif teori perlindungan hukum yang dikemukakan oleh Philipus M. Hadjon, berbagai mekanisme pencegahan *fraud* yang diterapkan rumah sakit dapat dikategorikan sebagai bentuk perlindungan hukum preventif¹³². Perlindungan hukum preventif bertujuan untuk mencegah terjadinya pelanggaran atau penyimpangan sebelum menimbulkan kerugian bagi pihak yang berkepentingan. Dalam hal ini, keberadaan standar operasional prosedur, mekanisme verifikasi klaim, audit internal, dan tim pencegahan *fraud* merupakan instrumen yang berfungsi mencegah terjadinya penyalahgunaan kewenangan dan memastikan seluruh pelayanan kesehatan dilaksanakan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi berupa terhadap Kecurangan

¹³¹ Mahrus Ali, *Asas-Asas Hukum Pidana Korporasi*, Rajawali Pers, Jakarta, 2017, hlm 28.

¹³² Philipus M Hadjon, *Perlindungan Hukum Bagi Rakyat Indonesia*, PT Bina Ilmu, Surabaya 1987, hlm 14.

(*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan terdapat pada pasal 3 angka (3) yang merupakan langkah pencegahan tindakan kecurangan *fraud*.

Selain itu, pengenaan sanksi terhadap pelaku kecurangan (*fraud*), yang dalam penelitian ini ditujukan kepada rumah sakit sebagai korporasi berbadan hukum yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional, merupakan wujud perlindungan hukum represif. Bentuk perlindungan tersebut bertujuan untuk memulihkan ketertiban hukum yang terganggu akibat terjadinya pelanggaran, sekaligus memberikan efek jera agar tindakan serupa tidak terulang di kemudian hari. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administratif terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pasal 6 ayat 1 dan 2, rumah sakit yang terbukti melakukan *fraud* dapat dikenai berbagai sanksi, antara lain teguran lisan, teguran tertulis, kewajiban mengembalikan kerugian yang timbul, hingga sanksi yang lebih berat berupa penghentian kerja sama, pencabutan izin operasional, dan pertanggungjawaban pidana sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku ¹³³.

Meskipun demikian, hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi pencegahan dan penanganan *fraud* masih menghadapi berbagai kendala, baik yang berasal dari faktor internal maupun eksternal. Dari aspek

¹³³ 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.

internal, keterbatasan sumber daya manusia yang memiliki kompetensi khusus dalam mendeteksi dan mengidentifikasi indikasi *fraud* menjadi salah satu hambatan utama. Selain itu, masih terdapat sebagian tenaga kesehatan yang belum memiliki pemahaman yang memadai mengenai kebijakan anti-*fraud* serta pentingnya kepatuhan terhadap regulasi Program Jaminan Kesehatan Nasional. Mengingat bahwa pembentukan budaya anti fraud yang diamanatkan dalam 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 pasal 3 angka (3) ¹³⁴. Kondisi tersebut diperparah dengan belum optimalnya fungsi pengawasan internal yang menyebabkan potensi penyimpangan tidak selalu dapat dideteksi secara dini. Hambatan-hambatan tersebut menunjukkan bahwa keberhasilan pencegahan *fraud* tidak hanya bergantung pada ketersediaan regulasi, tetapi juga dipengaruhi oleh kualitas sumber daya manusia dan efektivitas sistem pengendalian internal yang dimiliki rumah sakit.

Sementara itu, faktor eksternal juga memberikan pengaruh yang signifikan terhadap efektivitas pencegahan *fraud*. Kompleksitas regulasi Jaminan Kesehatan Nasional yang terus mengalami perkembangan, perubahan kebijakan yang relatif dinamis, serta perbedaan interpretasi antara rumah sakit sebagai pelaksana Jaminan Kesehatan Nasional dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan mengenai prosedur pelayanan

¹³⁴ Ibid.

maupun pengajuan klaim sering kali menimbulkan ketidakpastian dalam pelaksanaannya. Kondisi tersebut berpotensi memunculkan kesalahan administratif yang pada akhirnya dapat dikategorikan sebagai indikasi kecurangan.

Dalam praktik penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administratif terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan telah mengidentifikasi berbagai bentuk tindakan kecurangan yang dapat dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan ketentuan dalam lampiran peraturan tersebut, bentuk-bentuk kecurangan antara lain meliputi *upcoding*, *phantom billing*, manipulasi diagnosis, serta berbagai penyimpangan lainnya yang berpotensi mengakibatkan kerugian terhadap keuangan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Tindakan-tindakan tersebut tidak hanya bertentangan dengan prinsip penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang jujur dan akuntabel, tetapi juga dapat mengganggu efektivitas serta keberlanjutan sistem jaminan kesehatan nasional.

Oleh karena itu, kesamaan pemahaman dan interpretasi antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan menjadi faktor yang sangat penting dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Harmonisasi tersebut diperlukan untuk meminimalkan potensi terjadinya sengketa, menghindari kesalahan dalam penerapan

regulasi, serta memastikan bahwa seluruh proses pelayanan dan pengajuan klaim dilakukan sesuai dengan standar dan ketentuan hukum yang berlaku. Dengan demikian, hubungan kerja sama antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan dapat berlangsung secara efektif, transparan, dan akuntabel guna mendukung tercapainya tujuan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Dalam perspektif teori tanggung jawab korporasi, rumah sakit sebagai badan hukum memiliki tanggung jawab untuk memastikan bahwa seluruh aktivitas pelayanan kesehatan dan pengelolaan klaim dilaksanakan sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku ¹³⁵. Tanggung jawab tersebut tidak hanya melekat pada individu pekerja yang melakukan tindakan kecurangan, tetapi juga dapat dibebankan kepada institusi apabila terbukti terdapat kelemahan sistem pengendalian, kelalaian pengawasan, atau kebijakan organisasi yang memungkinkan terjadinya *fraud* ¹³⁶. Sesuai dengan teori *Corporate Liability Theory* merupakan teori yang menempatkan korporasi sebagai subjek hukum yang dapat dimintai pertanggungjawaban atas perbuatan melawan hukum yang dilakukan dalam rangka menjalankan kegiatan usahanya ¹³⁷. Apabila terjadi pelanggaran hukum, baik yang dilakukan oleh direksi, manajemen, maupun karyawan dalam lingkup tugas dan kewenangannya, maka perbuatan tersebut dapat dianggap sebagai

¹³⁵ Agus Surono, *Pertanggungjawaban Pidana Rumah Sakit*, Universitas Al Azhar, Jakarta 2016, hlm 72.

¹³⁶ Sam Renaldy, 2026, Implikasi Yuridis Penurunan Kinerja Tenaga Kesehatan terhadap Reputasi dan Tanggungjawab Hukum Rumah Sakit dalam Perspektif Hukum Kesehatan, *Jurnal Penegakan Hukum Indonesia* 7, no. 2, 98–110.

¹³⁷ Muladi dan Dwidja Priyatno, *Pertanggungjawaban Pidana Korporasi*, Kencana, Jakarta 2010, 86.

perbuatan korporasi. Oleh karena itu, rumah sakit berkewajiban membangun sistem pengawasan yang efektif guna mencegah setiap bentuk penyimpangan yang dapat merugikan peserta JKN, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, maupun negara. Dengan demikian, tanggung jawab korporasi tidak terbatas pada pemenuhan kewajiban administratif, melainkan juga mencakup kewajiban moral dan hukum untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang berintegritas.

Lebih lanjut, upaya penyelesaian terhadap berbagai hambatan tersebut harus dilakukan melalui pendekatan yang bersifat preventif dan represif secara simultan. Dari sisi preventif, peningkatan kapasitas sumber daya manusia melalui pendidikan, pelatihan, dan sosialisasi mengenai pencegahan *fraud* perlu dilakukan secara berkelanjutan. Selain itu, penguatan budaya organisasi yang berorientasi pada integritas dan kepatuhan, pemanfaatan teknologi informasi dalam proses pelayanan dan verifikasi klaim, serta optimalisasi fungsi audit internal merupakan langkah strategis yang dapat meningkatkan efektivitas pengawasan ¹³⁸. Upaya-upaya tersebut diharapkan mampu memperkecil peluang terjadinya penyimpangan sekaligus meningkatkan kualitas tata kelola rumah sakit.

Adapun dari sisi represif, penerapan sanksi yang tegas terhadap setiap pelaku kecurangan merupakan instrumen yang penting untuk menciptakan kepastian hukum dan efek jera. Sanksi tersebut dapat berupa sanksi

¹³⁸ 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.

administratif, perdata, maupun pidana sesuai dengan tingkat pelanggaran yang dilakukan. Di samping itu, penguatan koordinasi dan komunikasi antara rumah sakit, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, serta instansi pengawas terkait perlu terus ditingkatkan guna menciptakan sistem pengawasan yang lebih terintegrasi dan efektif. Dengan adanya sinergi antar pemangku kepentingan, upaya pencegahan dan penanggulangan *fraud* dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional diharapkan dapat berjalan lebih optimal sehingga mampu mendukung terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas, transparan, akuntabel, dan berkeadilan bagi seluruh peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

B. Bagaimana Pertanggungjawaban Rumah Sakit Swasta Terhadap Tindakan Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional

Berdasarkan hasil penelitian, pertanggungjawaban rumah sakit swasta atas tindakan kecurangan (*fraud*) dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan konsekuensi hukum yang muncul akibat pelanggaran terhadap ketentuan yang mengatur pelayanan kesehatan dan mekanisme pengelolaan klaim JKN. Pertanggungjawaban tersebut timbul ketika rumah sakit, baik melalui kebijakan organisasi maupun tindakan pihak yang berada dalam lingkup tanggung jawabnya, melakukan perbuatan yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan sehingga menimbulkan kerugian terhadap sistem jaminan kesehatan nasional.

Berbagai bentuk kecurangan seperti upcoding, phantom billing, manipulasi diagnosis, pengajuan klaim yang tidak sesuai dengan kondisi medis pasien, serta pemalsuan data administrasi pelayanan kesehatan merupakan tindakan yang bertentangan dengan prinsip integritas, transparansi, akuntabilitas, dan kepatuhan hukum dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Tindakan-tindakan tersebut telah dikategorikan sebagai bentuk fraud sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) serta Pengenaan Sanksi Administratif terhadap Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.

Dengan demikian, praktik fraud tidak hanya merupakan pelanggaran terhadap norma administrasi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional, tetapi juga merupakan perbuatan yang dapat menimbulkan pertanggungjawaban hukum bagi rumah sakit. Selain berpotensi merugikan BPJS Kesehatan dan keuangan negara, tindakan tersebut juga dapat mengurangi kepercayaan masyarakat terhadap sistem pelayanan kesehatan serta menghambat terwujudnya penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional yang efektif, adil, transparan, dan akuntabel ¹³⁹. Perbuatan tersebut tidak hanya menyebabkan kerugian finansial terhadap Dana Jaminan Sosial dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan,

¹³⁹ 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.

tetapi juga berpotensi mengurangi kualitas pelayanan kesehatan serta mencederai hak peserta Jaminan Kesehatan Nasional untuk memperoleh pelayanan yang adil dan berkualitas.

Ditinjau dari teori pertanggungjawaban hukum, setiap subjek hukum yang melakukan perbuatan melawan hukum dan menimbulkan kerugian wajib mempertanggungjawabkan akibat yang ditimbulkan ¹⁴⁰. Dalam konteks penelitian ini, rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan memiliki kewajiban hukum untuk melaksanakan pelayanan dan pengajuan klaim sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Apabila terbukti terjadi tindakan *fraud*, maka rumah sakit tidak dapat melepaskan diri dari tanggung jawab atas kerugian yang ditimbulkan, baik terhadap negara, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, maupun peserta Jaminan Kesehatan Nasional. Teori pertanggungjawaban hukum menekankan adanya hubungan antara perbuatan, kesalahan, dan akibat hukum yang timbul ¹⁴¹. Dengan demikian, ketika suatu rumah sakit memperoleh keuntungan melalui mekanisme klaim yang tidak sah atau manipulatif, rumah sakit wajib mempertanggungjawabkan perbuatannya sesuai dengan bentuk pelanggaran yang dilakukan.

Bentuk pertanggungjawaban tersebut dapat diwujudkan melalui pertanggungjawaban administratif, perdata, maupun pidana. Dari aspek administratif, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun

¹⁴⁰ Ni Nyoman Ayu Ratih Pradnyani, *Tanggung Jawab Hukum Dalam Penolakan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional*, Scopindo Media Pustaka, Surabaya, 2020.

¹⁴¹ Mexsasai Indra, Oksep Adhayanto, dan Pery Rehendra Sucipta, *Hukum Administrasi Negara*, Percetakan Samudra Biru, Yogyakarta, 2021, hlm 38.

2019 pada pasal 6 ayat (1) dan (2) memberikan dasar hukum bagi pemberian sanksi terhadap fasilitas kesehatan yang terbukti melakukan *fraud*¹⁴². Sanksi administratif dapat berupa teguran lisan, teguran tertulis, kewajiban pengembalian kerugian, pembekuan kerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, hingga pemutusan kerja sama. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan pada pasal 93 ayat (1) dan (2) Selain itu “rumah sakit tetap menjalankan sanksi pidana sesuai dengan ketentuan perundang-undangan apabila terbukti adanya kerugian keuangan negara” sesuai dengan pasal 93 ayat (4)¹⁴³. Pengenaan sanksi administratif tersebut mencerminkan upaya negara untuk menjaga ketertiban administrasi dan menjamin bahwa penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional dilaksanakan sesuai dengan prinsip tata kelola yang baik. Selain berfungsi sebagai sarana penegakan hukum, sanksi administratif juga memiliki fungsi preventif untuk mencegah terulangnya pelanggaran serupa oleh fasilitas kesehatan lainnya.

Dalam perspektif teori tanggung jawab korporasi (*corporate liability*), rumah sakit sebagai badan hukum memiliki kedudukan sebagai subjek hukum yang dapat dibebani hak dan kewajiban serta dimintai pertanggungjawaban atas tindakan yang dilakukan oleh organ-organ di dalamnya¹⁴⁴. Teori ini menegaskan bahwa suatu korporasi tidak hanya bertanggung jawab atas

¹⁴² 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.

¹⁴³ Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

¹⁴⁴ M. Yahya Harahap, *Hukum Perseroan Terbatas*, Sinar Grafika, Jakarta, 2016, 72.

tindakan yang dilakukannya secara langsung, tetapi juga atas tindakan pengurus, tenaga kesehatan, maupun pegawai yang bertindak untuk dan atas nama korporasi dalam menjalankan tugasnya. Oleh karena itu, apabila tindakan *fraud* dilakukan oleh pejabat struktural, petugas administrasi klaim, dokter, atau tenaga kesehatan lainnya dalam rangka memberikan keuntungan bagi rumah sakit, maka pertanggungjawaban tidak hanya dibebankan kepada individu pelaku, tetapi juga kepada rumah sakit sebagai korporasi.

Lebih lanjut, teori *corporate liability* menjelaskan bahwa pertanggungjawaban korporasi dapat timbul karena adanya kegagalan sistem pengawasan, lemahnya pengendalian internal, atau budaya organisasi yang memungkinkan terjadinya penyimpangan ¹⁴⁵. Temuan penelitian menunjukkan bahwa tindakan *fraud* sering kali dipengaruhi oleh kelemahan dalam sistem pengawasan, keterbatasan sumber daya manusia yang memahami mekanisme deteksi *fraud*, serta belum optimalnya implementasi kebijakan anti-*fraud*. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa tindakan kecurangan bukan hanya merupakan kesalahan individu, tetapi juga dapat mencerminkan kegagalan organisasi dalam membangun sistem kepatuhan yang efektif. Oleh karena itu, rumah sakit memiliki tanggung jawab untuk memastikan terselenggaranya sistem pengendalian internal, audit, verifikasi klaim, serta mekanisme pengawasan yang mampu mencegah terjadinya penyimpangan.

¹⁴⁵ Opcit, 74

Di samping pertanggungjawaban administratif, rumah sakit juga dapat dikenai pertanggungjawaban perdata apabila tindakan kecurangan (*fraud*) yang dilakukan menimbulkan kerugian bagi BPJS Kesehatan maupun pihak lain. Hal tersebut sejalan dengan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 yang mengatur bahwa terhadap pelaku *fraud* dapat dikenakan kewajiban untuk mengembalikan dana atau kerugian yang telah ditimbulkan kepada pihak yang dirugikan. Ketentuan tersebut mencerminkan adanya mekanisme pemulihan kerugian sebagai bentuk pertanggungjawaban hukum dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional¹⁴⁶.

Dalam perspektif hukum perdata, tindakan *fraud* dapat dikualifikasikan sebagai perbuatan melawan hukum karena memenuhi unsur-unsur adanya perbuatan yang bertentangan dengan hukum, kesalahan pelaku, timbulnya kerugian, serta adanya hubungan sebab akibat antara perbuatan dan kerugian yang terjadi. Sebagai badan hukum yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan, rumah sakit memiliki kewajiban untuk melakukan pembinaan, pengawasan, dan pengendalian terhadap seluruh tenaga kesehatan maupun pegawai yang berada di bawah tanggung jawabnya. Oleh karena itu, apabila tindakan kecurangan yang dilakukan dalam lingkup kegiatan rumah sakit mengakibatkan kerugian bagi pihak lain, rumah sakit sebagai korporasi dapat dimintai pertanggungjawaban untuk mengganti kerugian tersebut sebagai

¹⁴⁶ 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.

bentuk pemulihan hak pihak yang dirugikan serta pemenuhan prinsip keadilan dalam hukum perdata.

Selain pertanggungjawaban administratif dan perdata, rumah sakit juga dapat dikenai pertanggungjawaban pidana apabila tindakan kecurangan (*fraud*) yang dilakukan memenuhi unsur-unsur tindak pidana sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 menegaskan bahwa pengenaan sanksi administratif terhadap pelaku *fraud* tidak menghilangkan kemungkinan diberlakukannya sanksi pidana apabila ditemukan unsur pelanggaran pidana dalam perbuatan tersebut. Dengan demikian, pelaku tetap dapat dimintai pertanggungjawaban pidana meskipun sebelumnya telah dikenakan sanksi administratif¹⁴⁷.

Dalam perspektif hukum pidana korporasi, rumah sakit sebagai badan hukum dapat diposisikan sebagai subjek hukum yang bertanggung jawab atas tindak pidana yang dilakukan untuk kepentingan korporasi dan memberikan manfaat atau keuntungan bagi korporasi tersebut. Pertanggungjawaban pidana dapat dibebankan kepada rumah sakit apabila tindakan kecurangan dilakukan oleh pengurus, tenaga kesehatan, atau pegawai dalam rangka menjalankan tugas dan aktivitas yang berkaitan dengan kepentingan organisasi. Oleh karena itu, apabila ditemukan adanya unsur kesengajaan, penyalahgunaan kewenangan, pemalsuan dokumen, penipuan, atau bentuk pelanggaran lain yang memenuhi unsur tindak pidana, rumah sakit tidak

¹⁴⁷ Opcit

hanya dapat dikenai sanksi administratif, tetapi juga dapat dimintai pertanggungjawaban pidana sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

Penerapan pertanggungjawaban pidana korporasi memiliki tujuan untuk memastikan bahwa rumah sakit menjalankan aktivitasnya berdasarkan prinsip kepatuhan hukum, transparansi, dan integritas organisasi. Selain memberikan efek jera terhadap pelaku, mekanisme tersebut berfungsi menjaga kepercayaan publik terhadap sistem pelayanan kesehatan dan menjamin bahwa penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional dilaksanakan secara akuntabel, adil, dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan¹⁴⁸

Apabila dianalisis berdasarkan teori perlindungan hukum yang dikemukakan oleh Philipus M. Hadjon, pengaturan mengenai pencegahan dan penanganan tindakan kecurangan (*fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional merupakan wujud perlindungan hukum yang diberikan kepada seluruh pihak yang terlibat dalam penyelenggaraan program tersebut¹⁴⁹. Perlindungan hukum preventif diwujudkan melalui pembentukan berbagai regulasi, penyusunan standar operasional prosedur, pembentukan tim pencegahan *fraud*, pelaksanaan audit internal, verifikasi klaim, serta mekanisme pengawasan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Berbagai instrumen tersebut dirancang untuk mencegah terjadinya

¹⁴⁸ M. Yahya Harahap, *Hukum Perseroan Terbatas*, Sinar Grafika, Jakarta, 2016, 72.

¹⁴⁹ Philipus M Hadjon, *Perlindungan Hukum Bagi Rakyat Indonesia*, PT Bina Ilmu, Surabaya 1987, hlm 14.

penyimpangan sejak dini sehingga potensi kerugian yang dapat timbul bagi sistem Jaminan Kesehatan Nasional dapat diminimalkan.

Sementara itu, perlindungan hukum represif diwujudkan melalui mekanisme penegakan hukum terhadap pihak yang terbukti melakukan tindakan *fraud*. Bentuk perlindungan tersebut dapat berupa pemeriksaan, pengenaan sanksi administratif, tuntutan ganti rugi melalui mekanisme perdata, maupun proses pidana sesuai dengan tingkat pelanggaran yang dilakukan. Dengan adanya mekanisme preventif dan represif tersebut, hukum tidak hanya berfungsi untuk mencegah dan menindak pelanggaran, tetapi juga memberikan kepastian hukum serta menjamin perlindungan terhadap hak dan kepentingan peserta Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS Kesehatan, dan negara¹⁵⁰.

Pertanggungjawaban rumah sakit swasta terhadap tindakan *fraud* dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional tidak hanya dimaknai sebagai kewajiban untuk menerima sanksi atas pelanggaran yang dilakukan, tetapi juga sebagai kewajiban institusional untuk membangun sistem tata kelola yang transparan, akuntabel, dan berintegritas. Teori pertanggungjawaban hukum menegaskan adanya kewajiban hukum untuk mempertanggungjawabkan setiap kerugian yang timbul akibat perbuatan melawan hukum¹⁵¹. Teori tanggung jawab korporasi menempatkan rumah sakit sebagai subjek hukum yang dapat dimintai pertanggungjawaban atas

¹⁵⁰ Opcit

¹⁵¹ Ni Nyoman Ayu Ratih Pradnyani, *Tanggung Jawab Hukum Dalam Penolakan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional*, Scopindo Media Pustaka, Surabaya, 2020.

tindakan organ-organ yang bertindak untuk kepentingannya ¹⁵². Sementara itu, teori perlindungan hukum memberikan landasan bahwa pengaturan pencegahan dan penanganan *fraud* merupakan instrumen hukum yang bertujuan melindungi kepentingan peserta Jaminan Kesehatan Nasional, menjaga keberlanjutan pembiayaan kesehatan, dan mewujudkan tata kelola pelayanan kesehatan yang adil, transparan, serta bertanggung jawab ¹⁵³. Dengan demikian, keberhasilan pencegahan dan penanggulangan *fraud* sangat bergantung pada komitmen rumah sakit dalam menerapkan sistem pengendalian internal yang efektif, meningkatkan kepatuhan terhadap regulasi, dan membangun budaya organisasi yang menjunjung tinggi nilai integritas serta profesionalisme.

¹⁵² M. Yahya Harahap, *Hukum Perseroan Terbatas*, Sinar Grafika, Jakarta, 2016, 72.

¹⁵³ Philipus M Hadjon, *Perlindungan Hukum Bagi Rakyat Indonesia*, PT Bina Ilmu, Surabaya 1987, hlm 29.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan data hasil penelitian dan pembahasan maka dapat ditarik kesimpulan , sebagai berikut.

1. Implementasi pencegahan dan penanggulangan tindakan *fraud* dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di rumah sakit swasta telah dilaksanakan melalui penerapan standar operasional prosedur, verifikasi klaim, pembentukan tim pencegahan *fraud*, audit internal, penguatan budaya anti-*fraud*, serta koordinasi dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019. Implementasi tersebut mencerminkan penerapan prinsip *good hospital governance* dan merupakan bentuk perlindungan hukum preventif yang bertujuan mencegah terjadinya penyimpangan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Pelaksanaannya masih menghadapi hambatan berupa keterbatasan kompetensi sumber daya manusia, belum optimalnya pengawasan internal, kompleksitas regulasi, serta perbedaan interpretasi antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan penguatan sistem pengendalian internal, peningkatan kapasitas sumber daya manusia, optimalisasi teknologi informasi, dan peningkatan koordinasi antarpemangku kepentingan guna meningkatkan efektivitas pencegahan *fraud*;

2. Pertanggungjawaban rumah sakit swasta terhadap tindakan *fraud* dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional dapat dibebankan dalam bentuk pertanggungjawaban administratif, perdata, dan pidana. Berdasarkan teori pertanggungjawaban hukum, setiap perbuatan yang menimbulkan kerugian wajib dipertanggungjawabkan oleh pelakunya. Dalam perspektif *corporate liability*, rumah sakit sebagai korporasi dapat dimintai pertanggungjawaban atas tindakan kecurangan yang dilakukan oleh pengurus, tenaga kesehatan, atau pegawai yang bertindak untuk dan atas nama rumah sakit. Sementara itu, menurut teori perlindungan hukum, pengaturan pencegahan dan penanganan *fraud* merupakan instrumen hukum yang berfungsi memberikan perlindungan bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS Kesehatan, dan negara melalui mekanisme preventif maupun represif. Dengan demikian, keberhasilan pencegahan dan penanggulangan *fraud* sangat bergantung pada komitmen rumah sakit dalam mewujudkan tata kelola yang transparan, akuntabel, dan berintegritas serta menjamin kepatuhan terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan.

B. Saran

Merujuk kesimpulan hasil penelitian, maka saran yang dapat diberikan peneliti, sebagai berikut.

1. Bagi Rumah Sakit Swasta, perlu meningkatkan efektivitas sistem pengendalian internal melalui penguatan fungsi audit internal, optimalisasi tim pencegahan *fraud*, serta pengembangan sistem pengawasan berbasis

teknologi informasi guna meminimalisasi potensi terjadinya kecurangan dalam pelayanan dan pengajuan klaim JKN. Selain itu, rumah sakit perlu secara berkelanjutan meningkatkan kompetensi sumber daya manusia melalui pendidikan, pelatihan, dan sosialisasi mengenai pencegahan *fraud* serta pentingnya kepatuhan terhadap regulasi JKN;

2. Bagi BPJS Kesehatan, perlu meningkatkan koordinasi, pembinaan, dan pengawasan terhadap rumah sakit yang bekerja sama dalam penyelenggaraan JKN. Harmonisasi pemahaman terkait regulasi, mekanisme pelayanan, dan prosedur klaim juga perlu diperkuat untuk mengurangi perbedaan interpretasi yang berpotensi menimbulkan kesalahan administratif maupun indikasi *fraud*;
3. Bagi Pemerintah dan Regulator, perlu melakukan penyempurnaan regulasi yang berkaitan dengan pencegahan dan penanganan *fraud* dalam pelaksanaan JKN agar lebih adaptif terhadap perkembangan praktik pelayanan kesehatan. Selain itu, diperlukan penguatan mekanisme pengawasan serta penegakan sanksi secara konsisten guna menciptakan kepastian hukum dan meningkatkan kepatuhan seluruh penyelenggara pelayanan kesehatan;
4. Bagi Peneliti Selanjutnya, penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan rujukan untuk mengembangkan kajian mengenai *fraud* dalam Program JKN, khususnya terkait efektivitas penerapan kebijakan anti-*fraud*, pertanggungjawaban korporasi rumah sakit, serta pengaruh sistem

pengendalian internal terhadap pencegahan kecurangan dalam pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

A. BUKU

- Achmad Ali, *Menguak Tabir Hukum*. 2 ed. Vol. 1. Jakarta: Prenada Media Group, 2026.
- Adler Haymans Manurung, dan Ali Johardi Wirogioto. *Fraud Keuangan di Indonesia*. Diedit oleh Lukman Hakim Sangapan. 1 ed. Vol. 1. Jakarta: PT Adler Manurung Press, 2023.
- Agus Surono, *Pertanggung Jawaban Pidana Rumah Sakit*. Jakarta: Universitas Al Azhar, 2016.
- Anthon F Susanto, *Penelitian Hukum Transformatif-Partisipatoris*. 1 ed. Vol. 1. Yudistiro: Kompas Siddha, 2015.
- Andi Hamzah, *Hukum Pidana Indonesia*. Jakarta: Sinar Grafika, 2017.
- Anwar dan Saiful Amin. *Teori Dan Aplikasi Hukum Administrasi Negara*. Pidie: Yayasan Penerbit Muhammad Zaini, 2021.
- Deddy Ismatullah, *Hukum Administrasi Negara*. Bandung: CV PUSTAKA SETIA, 2018.
- Dedi M Arso,. *Hukum Korupsi dan Korporasi*. Bandung: Widina Media Utama, 2020.
- Dien Noviany Rahmatika,. *Fraud Auditing Kajian Teoritis dan Empiris*. Diedit oleh Dwi Novidiantoko. 1 ed. Vol. 1. Sleman: Deeppublish Publisher, 2020.
- Einde Evana, Nairobi, dan Sumitro. *Investigasi Korupsi*. Diedit oleh Aryan Danil Mirza. 1 ed. Vol. 1. Lampung: CV Tahta Media Group, 2024.
- Ernst Utrecht, *Pengantar dalam Hukum Indonesia*. Jakarta: Ichtiar Baru, 1986.
- Friedman. Lawrence. *Sistem Hukum : Perspektif Ilmu Sosial*. Diedit oleh Nurainun mangunsong. 2 ed. Vol. 1. Bandung: Nusa Media, 2019.
- Grace E. C. Korompis. *Jaminan Kesehatan Nasional*. Diedit oleh Tim Para Media Garfindo. 1 ed. Bandung: CV. Patra Media Grafindo, 2021.
- Hadi Purnomo, Edi Prasetyo, dan Heber Bombang Sapan. *Hukum Kesehatan di Indonesia*. 1 ed. Vol. 1. Riau: CV Nulis Hemat Indonesia, 2025.
- Ishaq. *Dasar-Dasar Ilmu Hukum*. Jakarta: Sinar Grafika. 2016
- Jonaedi Efendi, dan Jhonny Ibrahim. *Metode Penelitian Hukum Normatif dan Empiris*. 1 ed. Vol. 2. Depok: Prenamedia Group, 2018.
- Korompis, Grace E. C. *Jaminan Kesehatan Nasional*. Diedit oleh Tim Para Media Garfindo. 1 ed. Bandung: CV. Patra Media Grafindo, 2021.
- Hans Kelsen, *Pure Theory of Law, Terjemah, Raisul Muttaqien, Teori Hukum Murni: Dasar-Dasar Ilmu Hukum Normatif*. Bandung: Nusa Media, 2008.
- Lawrence. Friedman, *Sistem Hukum : Perspektif Ilmu Sosial*. Diedit oleh Nurainun mangunsong. 2 ed. Vol. 1. Bandung: Nusa Media, 2019.
- Mahrus Ali, *Asas-Asas Hukum Pidana Korporasi*. Jakarta: Rajawali Pers, 2017.
- M. Yahya Harahap, *Hukum Perseroan Terbatas*. Jakarta: Sinar Grafika, 2016.
- Mexsasai Indra, Oksep Adhayanto, dan Pery Rehendra Sucipta. *Hukum Administrasi Negara*. Yogyakarta: Percetakan Samudra Biru, 2021.

- Muladi dan Dwidja Priyatno. *Pertanggungjawaban Pidana Korporasi*. Jakarta: Kencana, 2010.
- Mulhadi, dan Dedi Harianto. *Fenomena Insurance Fraud Yang Dilakukan Penanggung Dalam Perkara Asuransi*. Diedit oleh Dedi. 1 ed. Vol. 1. Medan: USU Press, 2022.
- Ni Nyoman Ayu Ratih Pradnyani, *Tanggung Jawab Hukum Dalam Penolakan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional*. Dita Birahayu. Surabaya: Scopindo Media Pustaka, 2020.
- Philipus M Hadjon, *Perlindungan Hukum Bagi Rakyat Indonesia*. Surabaya: PT Bina Ilmu, 1987.
- Romli Atmasasmita, *Hukum Kejahatan Bisnis*. 3 ed. Jakarta: Kencana, 2018.
- . *Moral Pancasila, Hukum, dan Kekuasaan*. 1 ed. Vol. 1. Bandung: PT Refika Aditama, 2020.
- . *Pemikiran Romli Atmasasmita tentang Pemberantasan Korupsi di Indonesia*. Diedit oleh Widjajanti Ermiana dan Septa Candra. 1 ed. Vol. 1. Jakarta: Prenada Media, 2020.
- . *Teori Hukum Integratif*. 1 ed. Vol. 1. Bandung: Mandar Maju, 2019.
- Rospita Adelina Siregar, *Hukum Kesehatan*. 1 ed. Vol. 1. Jakarta: UKI Press, 2020.
- Satjipto Rahardjo, *Hukum Progresif: Sebuah Sintesa Hukum Indonesia*. 1 ed. Vol. 1. Yogyakarta: Genta Publishing, 2026.
- . *Ilmu hukum*. 8 ed. Bandung: PT Citra Aditya Bakti, 2014.
- Soerjono Soekanto dan Sri Mamudji. *Penelitian Hukum Normatif*. 1 ed. Vol. 12. Jakarta: Raja Grafindo Persada, 2017.
- , *Penelitian Hukum Normatif Suatu Tinjauan Singkat*, Cetakan ke-17, Rajawali Pers, Jakarta, 2015.
- Umarwan Sutopo, *Pengantar Tata Hukum di Indonesia*. Diedit oleh Arwan S. Ponorogo: Sinergi Karya Mulia Digiprint, 2021.

B. PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN

- Undang-undang Dasar Tahun 1945
- Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.
- Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial,
- Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
- Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
- Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan
- 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 (2019).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit

C. SUMBER LAIN JURNAL

- Abdullah, Achmad Saleh, *Analisis Faktor Penyebab Kejadian Fraud Yang Diakibatkan Oleh Upcoding Biaya Pelayanan Kesehatan Kepada BPJS Kesehatan Cabang Ambon*, Jurnal Kesehatan 3, no. 1 (1 Oktober 2019).
- Afriyanto, Renaldy, Ainur Gufron, Ahmad Syauqi Bawashir, dan Rahmad Ready Kurniawan, *Eksistensi Asas Kepastian Hukum, Kemanfaatan Hukum Dan Keadilan Hukum Sebagai Tujuan Hukum Di Indonesia Dalam Perspektif Para Filsuf*, Unizar Law Review 7, no. 2 (31 Desember 2024): 203–11
- Akmal, Jamaludin, *KPK Tindak Tiga Rumah Sakit Pelaku Fraud BPJS Kesehatan*, Republik Merdeka, 2024.
- Ashar, Andi, *Aspek Yuridis Penerapan Sanksi Adminisratif Bagi Pelaku Kecurangan (FRAUD) Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jurnal Hukum, Politik Dan Ilmu Sosial 1, no. 1 (2023): 156–61.
- Chandra Adi Gunawan Putra, I Nyoman Putu Budiarta, dan Ni Made Puspasutari Ujianti, *Perlindungan Hukum Terhadap Konsumen dalam Perspektif Kesadaran Hukum Masyarakat*, Jurnal Konstruksi Hukum 4, no. 1 (31 Januari 2023): 13–19.
- Mulhadi, Mulhadi, dan Dedi Harianto, *Misrepresentation Sebagai Fraud Dalam Perkara Kontrak Asuransi Yang Dilakukan Penanggung*, Arena Hukum 15, no. 1 (28 April 2022): 59–78..
- Nurnaeni, Nurnaeni, dan Syamsul Bachri, *Peran Hukum dalam Menjamin Hak atas Kesehatan: Analisis Perlindungan Hukum bagi Pasien di Indonesia*, Jurnal Berita Kesehatan 17, no. 2 (5 Desember 2024): 58–69..
- Putri, Made Adya Febriana, Komang Adi Sastra Wijaya, dan Ni Wayan Supriyanti, *Efektivitas Aplikasi Mobile Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan (Studi Kasus Kantor Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Cabang Denpasar)*, Socio-political Communication and Policy Review 1, no. 2 (25 Maret 2024): 42–54. <https://doi.org/10.61292/shkr.105>.
- Renaldy, Sam, *Implikasi Yuridis Penurunan Kinerja Tenaga Kesehatan terhadap Reputasi dan Tanggungjawab Hukum Rumah Sakit dalam Perspektif Hukum Kesehatan*, Jurnal Penegakan Hukum Indonesia 7, no. 2 (1 Juli 2026): 98–110.
- Samosir, Tony Richard Alexander, dan Elisatris Gultom, *Analisis Konstitusional terhadap Tanggung Jawab Negara dalam Penyediaan Layanan Kesehatan bagi Warga Negara*, Jurnal Pendidikan Indonesia 6, no. 5 (7 Juni 2025): 2297–2310.
- Santoso, Hari, *Hak Rumah Sakit untuk Bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan*, Jurnal Hukum Indonesia 3, no. 1 (2024): 123–32.
- Sitanggang, Adella, Sonya Airini Batubara, Andre Widana Sahputra Sitepu, Erica Setiawan Tandi, dan F. Fitriani, *Peran Hukum Kesehatan dalam Melindungi Peserta Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*

- Kesehatan Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011*, Jurnal Interpretasi Hukum 5, no. 2 (7 Oktober 2024): 1003–12.
- Sumarni, dan Diana Haiti, *Perlindungan Hukum Terhadap Tenaga Kesehatan Yang Mengalami Penyerangan Fisik Atau Mental Dalam Melakukan Pelayanan Medis di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Sanggul Rantau*, Jurnal Kolaboratif Sains (JKS) 8, no. 7 (31 Juli 2025): 132–42.
- Tito, Julius Sam, *Faktor Pemicu dan Penghambat Fraud dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dan Strategi Pencegahannya: Sebuah Scoping Review*, Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia 9, no. 2 (30 Desember 2024).
- Wicaksono, Emirza Nur, dan Dian Ratu Ayu Uswatun Khasanah, *Analisis Hukum Atas Kecurangan (Fraud) Rumah Sakit Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional*, Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan, 4 Juni 2024, 16–32.
- Yulius Don Pratama, Sangking, dan Thea Farina, *Perlindungan hukum terhadap pasien BPJS Kesehatan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya*, Journal of Environment and Management 2, no. 2 (27 Mei 2021): 191–99.
- Yusuf, Zulfadli, Andi Nurwanah, dan Ratna Sari, *Fraud pada Program Jaminan Kesehatan Nasional Perpekstif: Kompetensi Auditor Internal dengan Pendekatan Fenomenologi*, Owner 6, no. 4 (1 Oktober 2022): 3653–69.

WEBSITE

- Aditya Mardiasuti. “ICW Temukan 49 Kecurangan Terkait Jaminan Kesehatan di 15 Provinsi.” Detik news, 2017. <https://news.detik.com/berita/d-3643405/icw-temukan-49-kecurangan-terkait-jaminan-kesehatan-di-15-provinsi>. 5 Mei 2026 pukul 21.00
- Akmal Jamaludin. “KPK Tindak Tiga Rumah Sakit Pelaku Fraud BPJS Kesehatan.” Republik Merdeka, 2024. <https://rmol.id/hukum/read/2024/07/24/629793/kpk-tindak-tiga-rumah-sakit-pelaku-fraud-bpjs-kesehatan>. 5 Mei 2026 pukul 20.01
- Ananda Pratama,. “DPRD Riau Soroti Dugaan Manipulasi Klaim BPJS oleh Rumah Sakit Swasta.” RiauNews.com, 2025. <https://www.riaunews.com/2025/07/11/dprd-riau-soroti-dugaan-manipulasi-klaim-bpjs-oleh-rumah-sakit-swasta/>.
- Galih Endradita, <https://galihendradita.wordpress.com/2024/10/29/audit-pelayanan-kesehatan-dalam-undang-undang-nomor-17-tahun-2023/> 13 Mei 2026 pukul 15.53
- Kemenkes. “Tindaklanjut dan Pemberian Sanksi atas Dugaan Klaim Fiktif di 3 RS Swasta.” Kemenkes, 2024. <https://itjen.kemkes.go.id/index.php/berita/detail/tindaklanjut-dan-pemberian-sanksi-atas-dugaan-klaim-fiktif-di-3-rs-swasta>. 5 Mei 2026 pukul 20.45

- Iskandar, <https://bplawyers.co.id/2017/08/28/benarkah-perusahaan-bertanggung-jawab-atas-semua-kesalahan-pekerjanya/> 13 Mei 2026 pukul 16.47
- Pasha Yudha Ernowo, <https://infopublik.id/kategori/nasional-politik-hukum/845853/kpk-ungkap-kecurangan-klaim-jkn-di-tiga-rumah-sakit-dengan-nilai-rp35-miliar> 5 Mei 2026 pukul 19.54
- Reza Gautama Wakos, <https://jatim.suara.com/read/2026/05/08/090737/skandal-tagihan-hantu-di-rs-jember-saat-dana-bpjs-rakyat-digerogoti-diagnosa-palsu> 5 Mei 2026 pukul 20.14
- Wakos Reza Gautama <https://jatim.suara.com/read/2026/05/08/090737/skandal>, 23 Mei 2026 00.48