

ANCAMAN HUKUMAN TERHADAP PERBUATAN CURANG (*FRAUD*) YANG DILAKUKAN TENAGA MEDIS BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS)

Oleh: Prayofli Neotal Reppi

Noldy Mohede

Jusuf O. Sumampow

Abstrak

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui bagaimana pengaturan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan bagaimana ancaman hukuman bagi tenaga medis Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang melakukan perbuatan curang (*fraud*). Dengan menggunakan metode penelitian yuridis normatif, disimpulkan: 1. Implementasi pengaturan pelayanan kesehatan sebagaimana diatur dalam Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang dilaksanakan oleh BPJS, diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 TAHUN 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional yang pada intinya mengatur tentang : Prinsip Kegotong-royongan, Nirlaba, Portabilitas dan Kepesertaan. 2. Ancaman hukuman bagi tenaga medis/ tenaga kesehatan BPJS Kesehatan yang melakukan perbuatan curang (*fraud*) dapat diancam dengan hukuman yang bervariasi, tergantung pada jenis dan tingkat perbuatan yang dilakukan: Terdapat dua jenis ancaman hukuman yakni : Ancaman hukuman dapat berupa Ancaman Pidana jika perbuatan tersebut mengandung unsur pidana yang memiliki bukti perbuatan kejahatan seperti penipuan (pasal 379-381KUHP) atau perbuatan kejahatan pemalsuan (pasal 263 KUHP) dengan ancaman pidana minimal

hukuman penjara 3 tahun maksimal 6 tahun penjara.

Kata kunci: Ancaman Hukuman, Perbuatan Curang (*Fraud*), Tenaga Medis, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.

Kesehatan merupakan hak sebagai salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita negara Indonesia sebagaimana dicita-citakan sebagaimana tertuang dalam dalam Pasal 28 UUD 1945.¹ Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 mengatur dalam Pasal 4 Ayat 1 bahwa setiap orang berhak hidup jasmani, rohani, dan sosial.² Untuk melaksanakan amanat UUD 1945 diundangkan di Indonesia Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang- undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dalam bentuk penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Negara (SJSN) menyatakan bahwa prinsip penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional adalah memperoleh pemerataan akses terhadap pelayanan kesehatan dan melaksanakan penyelenggaraannya secara efektif dan efisien.³

Pemerintah Indonesia memberlakukan Undang Undang Kesehatan yang baru pada 8 Agustus 2023, yakni Undang Undang Noomor 17 Tahun 2023 dengan tujuan bahwa untuk meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan

¹ Undang Undang Dasar RI Tahun 1945

² Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023
Tentang Kesehatan

³ Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004
Tentang Sistem Jaminan Sosial Negara

berdasarkan prinsip kesejahteraan, pemerataan, nondiskriminatif, partisipatif dan berkelanjutan, yang sangat penting artinya bagi pembentukan sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, serta nasional.⁴

Terselenggaranya jaminan kesehatan bagi masyarakat secara komprehensif, sehingga Presiden Republik Indonesia memberlakukan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan, dalam Pasal 1 Peraturan Presiden tersebut ditegaskan bahwa Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar Iuran Jaminan Kesehatan atau Iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah.⁵

Perbuatan curang (*fraud*) oleh petugas kesehatan dapat berupa berbagai tindakan yang sengaja dilakukan untuk mendapatkan keuntungan pribadi atau organisasi, seperti memalsukan klaim, menaikkan biaya atau memberikan layanan yang tidak perlu. Kecurangan ini dapat terjadi pada berbagai level, mulai dari pemberian gratifikasi hingga kerjasama dengan peserta Jaminan Kesehatan (JKN) untuk mengajukan klaim palsu.⁶

Jenis perbuatan curang yang biasanya terjadi oleh JKN seperti:⁷

1. *Upcoding* : Memalsukan kode diagnosis atau prosedur dengan kode yang lebih tinggi untuk mendapatkan klaim yang lebih besar.

2. *Cloning* : Menyalin klaim pasien lain untuk mengajukan klaim palsu.
3. *Phantom Billing* : Mengklaim layanan yang tidak pernah diberikan.
4. *Services Unbundling* : Mengklaim dua atau lebih diagnosis/ prosedur yang seharusnya satu paket untuk mendapatkan klaim lebih besar.
5. *Inflated Bills* : Mengklaim biaya yang sama berulang kali.
6. *Gratifikasi* : Memberikan atau menerima suap atau hadiah untuk mendapatkan pelayanan yang tidak sesuai atau tidak ditanggung.
7. Kerjasama dengan peserta : Bekerja sama dengan peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk mengajukan klaim palsu.

Akibat yang ditimbulkan perbuatan curang oleh petugas kesehatan ini mengakibatkan kerugian bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan merugikan Keuangan Negara, mengganggu kualitas pelayanan kesehatan, pasien tidak mendapatkan perawatan yang tepat dan merusak reputasi petugas kesehatan akibat klaim palsu dan biaya yang tidak seharusnya.

Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) menemukan kerugian hingga Rp 34 miliar pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Tim yang terdiri dari KPK, BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan dan Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP) mengungkapkan temuannya soal kecurangan di Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Kecurangan ini terjadi di 6 rumah sakit dan telah diselidiki sejak 2017 sampai dengan 2024 ditemukan terdapat dari 6 rumah sakit itu, hasilnya ditemukan 3 yang melakukan manipulasi diagnosis untuk mendongkrak jumlah tagihan kepada BPJS Kesehatan. Sementara 3 rumah

⁴ Penjelasan Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023.

⁵ Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

⁶ www.google.co.id

⁷ *Ibid*

sakit lainnya diduga melakukan phantom billing atau membuat tagihan palsu kepada BPJS Kesehatan.⁸

Fraud (Kecurangan) merupakan suatu bentuk upaya yang dilakukan dengan sengaja untuk menciptakan suatu manfaat yang tidak seharusnya dinikmati oleh individu atau institusi yang secara tidak langsung dapat merugikan pihak lain.⁹ Menurut Trisnantoro (2014), tujuan melakukan fraud yaitu untuk mendapatkan sesuatu yang bernilai atas kerugian orang lain sebagai upaya penipuan untuk memperoleh keuntungan pribadi. Elemen fraud dalam kesehatan berkaitan dengan semua aspek dalam pelayanan kesehatan dimana dapat menimbulkan unsur-unsur fraud (Fatimah, 2020).¹⁰

Fraud (kecurangan) pada fasilitas pelayanan kesehatan kebanyakan terjadi pada rumah sakit pelayanan kesehatan tingkat lanjut dimana terjadi bila klaim penagihan dimasukkan atas dasar kode yang tidak akurat, diagnosa dan prosedur yang lebih kompleks, atau lebih banyak menggunakan sumber daya. Terdapat sekitar 1,84 juta kasus baik rawat jalan maupun rawat inap pada tahun 2019 yang kemungkinan merupakan bentuk penyalahgunaan. Sekitar 47,40% atau sekitar 875.829 kasus diindikasikan sebagai tindakan upcoding pada layanan rawat jalan tingkat lanjut.¹¹

Melihat perkembangan kasus kecurangan yang terjadi di rumah sakit tingkat lanjut yang semakin tinggi, Menteri Kesehatan RI mengambil kebijakan dengan memberlakukan 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.

Pengertian kecurangan atau *fraud* menurut 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 adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.¹² Kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dapat dilakukan oleh peserta, BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan, penyedia obat dan alat kesehatan dan pemangku kepentingan lainnya sehingga sebagai penerima jasa pelayanan kesehatan atau penerima hak BPJS keluarga peserta seringkali mengeluh kurang puas dengan pelayanan kesehatan yang diterimanya. Mereka menganggap bahwa pasien yang memiliki kartu BPJS mendapatkan pelayanan yang berbeda dengan pasien lain di beberapa rumah sakit. Baik yang dirawat maupun yang berobat jalan. Sebagai pasien pemegang kartu BPJS banyak pasien yang masih mengeluh pelayanan rumah sakit atas hak pasien selaku pengguna kartu BPJS di rumah sakit keluhan yang sering disampaikan oleh masyarakat adalah tidak ramah,

⁸ <https://www.cnbcindonesia.com>, diakses 2 Mei 2025 pk1 19.16

⁹ Laksono Trisnantoro, Kebijakan Pembiayaan dan Fragmentasi Sistem Kesehatan, Penerbit Gajah Mada University Press, Th 2023, hlm 126

¹⁰ Noviriska dan Dwi Atmoko, Hukum Kesehatan, Penerbit Prenada Media Kencana, Th 2022, hlm 68

¹¹ www.jamkesindonesia.com diakses 2 Mei 2025 pk1 19.35

¹² Peraturan Menteri Kesehatan No.16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.

pemeriksaan yang sebentar, kurang responsif terhadap keluhan penyakit¹³

B. Rumusan Masalah.

1. Bagaimana pengaturan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)?
2. Bagaimana ancaman hukuman bagi tenaga medis Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang melakukan perbuatan curang (*fraud*)?

C. Metode Penelitian

Penelitian senantiasa bermula dari rasa ingin tahu (*nieuwgerigheid*) untuk menemukan jawaban terhadap suatu permasalahan aktual yang dihadapi.¹⁴ Oleh karena itu, metode penelitian yang digunakan dalam penyusunan skripsi ini ialah metode penelitian hukum normatif, bisa juga disebut sebagai penelitian hukum doktrinal. Pada penelitian ini, sering kali hukum dikonsepsikan sebagai apa yang tertulis dalam peraturan perundang-undangan (*law in books*) atau hukum yang dikonsepsikan sebagai kaidah atau norma yang merupakan patokan berperilaku masyarakat terhadap apa yang dianggap pantas,¹⁵ yaitu metode yang dilakukan dengan mengkaji dan menelaah berbagai dokumen berupa buku, atau tulisan yang berkorelasi dengan ancaman hukuman terhadap perbuatan curang (*Fraud*) yang dilakukan tenaga medis BPJS.

PEMBAHASAN

A. Pengaturan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilaksanakan oleh

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat wajib berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.¹⁶ Jaminan sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.¹⁷

Seluruh penduduk Indonesia wajib menjadi peserta, dengan tujuan agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak. Seluruh penduduk Indonesia termasuk di dalamnya adalah populasi kunci yang memang hak kesehatannya sesuai mandat UU 40 Tahun 2004 ditanggung oleh negara. Hal ini yang selalu ditekankan agar populasi kunci dapat memahami dan mengerti serta berperan aktif dalam memenuhi hak individunya maupun hak kelompok terkait kesehatannya. Diharapkan dengan adanya JKN seluruh rakyat Indonesia dapat memenuhi kebutuhan kesehatan dasar. Populasi kunci yang rentan terhadap permasalahan kesehatan dapat mengakses layanan-layanan yang ada sehingga meningkat kualitas kesehatannya baik secara individu maupun secara kelompok.

¹³ Notoatmodjo S, Etika Dan Hukum Kesehatan, Penerbit Rineka Cipta Jakarta Th. 2010, hlm. 112

¹⁴ Efendi Jonaedi dan Ibrahim Johnny, *Metode Penelitian Hukum Normatif dan Empiris*, (Jakarta: Kencana, 2020), hlm.123

¹⁵ *Ibid*, Hlm.124

¹⁶ Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 (Penjelasan)

¹⁷ *Ibid*

Biaya kesehatan tiap-tiap penduduk dari hari ke hari mengalami kenaikan, dan dengan perkembangan saat ini di mana telah terjadi pergeseran pola penyakit dari infeksi ringan menjadi degeneratif kronis (penyakit di mana fungsi organ atau struktur dari jaringan tubuh akan semakin memburuk dari waktu ke waktu). Keadaan atau kondisi sakit tentunya akan berdampak pada aspek sosial dan ekonomi kehidupan seseorang. Sebagai ilustrasi sederhana jika seseorang menderita sakit, ini akan menjadi risiko individu di mana ia harus melakukan pembiayaan sendiri dengan jumlah yang tidak dapat diprediksi dan akan berdampak pada perekonomian keluarga. Jika hal itu diubah menjadi risiko kelompok dengan mekanisme asuransi sosial yang bersifat wajib dengan prinsip gotong-royong dan iuran yang terjangkau maka dampak manfaatnya akan lebih luas dan berkelanjutan. Populasi kunci sebagai bagian dari masyarakat dengan asumsi berisiko tinggi dalam permasalahan kesehatan akan sangat terbantu dengan adanya mekanisme ini, di mana proteksi sosial ekonomi serta akses dalam masalah kesehatan lebih terjaga walaupun masih tetap diperlukan perbaikan-perbaikan dalam menuju manfaat layanan kesehatan paripurna.

Prinsip-prinsip Pelaksanaan JKN mengacu pada prinsip pada SJSN menurut Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2004 yakni:

1. Prinsip Kegotong-royongan Prinsip gotong-royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu. Peserta yang sehat membantu peserta yang sakit atau berisiko tinggi. Hal ini dapat terwujud karena sistem ini bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia.
2. Prinsip Nirlaba Pengelolaan dana amanat oleh BPJS bukan untuk mencari laba/keuntungan. Sebaliknya tujuan utama adalah memenuhi kebutuhan peserta. Dana yang dikumpulkan dari peserta adalah

dana amanat sehingga pengembangannya akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

3. Prinsip Portabilitas Prinsip ini dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
4. Prinsip Kebersertaan Bersifat Wajib Kebersertaan bersifat wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kebersertaan bersifat wajib, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai lembaga pelaksana jaminan sosial nasional dibentuk melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, setelah Putusan Mahkamah Konstitusi terhadap perkara Nomor 007/PUU-III/2005, guna memberikan kepastian hukum bagi pembentukan BPJS untuk melaksanakan program Jaminan Sosial di seluruh Indonesia. Undang-Undang ini merupakan pelaksanaan dari Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang mengamanatkan pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan transformasi kelembagaan PT Askes (Persero), PT Jamsostek (Persero), PT TASPEN (Persero), dan PT ASABRI (Persero) menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Transformasi tersebut diikuti adanya pengalihan peserta, program, aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban. Dengan Undang-Undang ini dibentuk 2 (dua) BPJS, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan

menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Dengan terbentuknya kedua BPJS tersebut jangkauan kepesertaan program jaminan sosial akan diperluas secara bertahap.

Implementasi pelayanan kesehatan sebagaimana diatur dalam Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang dilaksanakan oleh BPJS, diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 TAHUN 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional

B. Ancaman Hukuman Bagi Tenaga Medis BPJS yang Melakukan Perbuatan Curang (*Fraud*).

Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2023, keluhan kesehatan di Indonesia menurun. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan di Indonesia sudah mengalami peningkatan, baik dari sisi SDM, infrastruktur, dan berbagai upaya preventif untuk menanggulangi masalah kesehatan yang cukup beragam. Namun, potensi kecurangan (*fraud*) di sektor kesehatan masih kerap terjadi *fraud* merupakan hambatan bagi kelangsungan pelayanan kesehatan di Indonesia, karena dapat menyebabkan kerugian finansial yang signifikan dan menurunkan kualitas layanan kesehatan. Pada bulan Desember 2023 lalu, BPJS Kesehatan menemukan adanya dugaan Fraud pada fasilitas kesehatan (faskes). Yang terafiliasi dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan nilai mencapai Rp. 866 Miliard.¹⁸

Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh BPJS Kesehatan, yaitu:

1. Melakukan kerjasama dengan Peserta untuk menerbitkan identitas Peserta yang tidak sesuai dengan ketentuan;
2. Melakukan kerjasama dengan Peserta dan/atau Fasilitas Kesehatan untuk mengajukan klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan;
 1. Menyetujui/membiarkan/memanipulasi manfaat yang tidak dijamin dalam Jaminan Kesehatan dengan maksud untuk mendapatkan keuntungan baik finansial maupun non finansial dari Peserta atau Fasilitas Kesehatan;
 2. Memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan, dan/atau memiliki benturan kepentingan yang mempengaruhi pengambilan keputusan sesuai dengan kewenangannya, antara lain:
 - a. menolak dan/atau memperlambat penerimaan pengajuan klaim yang telah memenuhi syarat;
 - b. memperlambat atau mempercepat proses verifikasi klaim dan/atau pembayaran klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. menahan pembayaran tagihan ke Fasilitas Kesehatan yang telah diverifikasi dan telah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - d. menghilangkan data klaim dan/atau dokumen pendukung klaim baik softcopy maupun hardcopy dari Fasilitas Kesehatan;
 - e. bekerjasama dan/atau meminta Fasilitas Kesehatan untuk mengubah kode diagnosis atau dokumen pendukung lainnya yang tidak sesuai dengan

¹⁸ www.sustain.id , diakses 2 Juni 2025 pk1

- ketentuan peraturan perundangundangan;
- f. menerima atau menarik imbalan dari Peserta/calon Peserta;
- g. menunda proses pendaftaran kepesertaan yang telah memenuhi persyaratan;
- h. membiarkan dan/atau tidak melaporkan adanya indikasi kecurangan yang diketahuinya kepada atasannya;
- i. mengurangi manfaat yang seharusnya menjadi hak Peserta;
- j. mengarahkan dan/atau bekerjasama dengan koder rumah sakit untuk merubah kodifikasi yang tidak sesuai dengan diagnosa yang ditulis oleh dokter;
- k. melaksanakan credentialing/recredentialing Fasilitas Kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan;
- l. memanipulasi hasil credentialing/recredentialing Fasilitas Kesehatan;
- m. memindahkan atau menentukan Peserta untuk didaftarkan pada FKTP tertentu di luar ketentuan yang berlaku; dan
- n. pembayaran kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Menggunakan dana Jaminan Kesehatan untuk kepentingan pribadi;
4. Menarik besaran iuran tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
5. menerima titipan pembayaran iuran dari Peserta dan tidak disetorkan ke rekening BPJS Kesehatan.

Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan. Kecurangan (*fraud*) oleh Fasilitas Kesehatan

atau pemberi pelayanan kesehatan dapat dilakukan oleh dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, tenaga kesehatan lain, dan tenaga administrasi. 1. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKTP yaitu::

- a. penyalahgunaan dana kapitasi dan/atau nonkapitasi FKTP milik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah;
- b. menarik biaya dari Peserta yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. memanipulasi klaim non kapitasi, seperti:
- 1) klaim palsu (*phantom billing*) atau klaim fiktif, merupakan klaim atas layanan yang tidak pernah diberikan;
 - 2) memperpanjang lama perawatan (*prolonged length of stay*);
 - 3) penjiplakan klaim dari pasien lain (*cloning*); dan
 - 4) tagihan atau klaim berulang (*repeat billing*) pada kasus yang sudah ditagihkan sebelumnya.
- d. melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan; dan
- f. memalsukan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan dan Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan.

Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKRTL yaitu: ¹⁹ memanipulasi diagnosis dan/atau tindakan; Memanipulasi diagnosis dan/atau tindakan merupakan tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan besaran klaim dengan cara

¹⁹ Penjelasan 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 Nasional (JKN).

memalsukan diagnosa dan/atau tindakan medis, seperti:

- 1) pasien seharusnya didiagnosis apendicitis akut, setelah operasi tanpa penyulit tetapi di resume/rekam medis ditulis apendicitis akut dengan perforasi; dan
- 2) a. pasien dengan pterigium grade I tetapi dalam resume/rekam medis ditulis squamous cell ca conjungtiva dan dilakukan tindakan biopsi eksisi tanpa bukti dilakukan pemeriksaan patologi anatomi.
b. penjiplakan klaim dari pasien lain (cloning); Penjiplakan klaim dari pasien lain (cloning) merupakan klaim yang dibuat dengan cara menyalin dari klaim pasien lain yang sudah ada, seperti: menyalin (copy paste) seluruh atau sebagian rekam medis dan/atau data pasien lain.
c. klaim palsu (Phantom billing); Klaim palsu (Phantom billing) merupakan klaim atas layanan yang tidak pernah dilakukan/diberikan kepada pasien, seperti:
 - 1) Penagihan tindakan medik operatif yang tidak pernah dilakukan; dan 2) Penagihan obat/alat kesehatan di luar paket INA-CBG yang tidak diberikan kepada pasien.
d. penggelembungan tagihan obat dan/atau alat kesehatan (Inflated bills); Penggelembungan tagihan obat dan/atau alat kesehatan (Inflated bills) merupakan klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya, seperti:
 - 1) pasien patah tulang dilakukan operasi ortopedi dengan menggunakan plate and screw 4 (empat) buah, namun ditagihkan lebih dari 4 (empat) buah.
 - 2) obat pasien penyakit kronis pada rawat jalan yang seharusnya mendapat obat 1 (satu) bulan, tetapi obat yang diberikan untuk 2 minggu, namun ditagihkan biayanya selama 1 (satu) bulan.
 - 3) pasien kemoterapi yang membutuhkan obat kemo sebanyak 2 (dua) vial diklaimkan menjadi 4 (empat) vial.
e. pemecahan episode pelayanan sesuai dengan indikasi medis tetapi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
f. pemecahan episode pelayanan yang tidak sesuai dengan indikasi medis (services unbundling or fragmentation); Pemecahan episode pelayanan yang tidak sesuai dengan indikasi medis (services unbundling or fragmentation) merupakan klaim atas dua atau lebih diagnosis dan/atau prosedur yang seharusnya menjadi satu paket pelayanan dalam episode yang sama, seperti:
 - 1) pemberi pelayanan kesehatan mengirimkan tagihan terpisah dari diagnosis yang sama tetapi hasil pemeriksaan penunjang atau laboratorium yang sebenarnya dapat digabungkan menjadi terpisah menjadi 3 atau 4 pengajuan padahal dapat digabungkan menjadi satu grup dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan lebih;
 - 2) menagihkan beberapa prosedur secara terpisah yang seharusnya dapat ditagihkan bersama dalam bentuk paket pelayanan, untuk mendapatkan nilai klaim lebih besar pada satu episode perawatan pasien; dan
 - 3) tindakan operasi lebih dari satu diagnosa penyakit yang dapat

- dilaksanakan dalam satu tindakan namun dilakukan tindakan lebih dari satu dan diklaim terpisah dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan.
- g. Rujukan semu (self-referrals) merupakan klaim atas biaya pelayanan akibat rujukan ke rumah sakit tertentu atau ke dokter yang sama di Fasilitas Kesehatan lain kecuali dengan alasan keterbatasan fasilitas, seperti:
- 1) pasien masuk dengan kasus rencana akan di operasi tetapi dokter tidak mau mengoperasi di rumah sakit tersebut karena jasa operasi yang didapatkan sedikit sehingga pasien dirujuk ke rumah sakit tertentu dimana dokter juga bekerja di rumah sakit tersebut.
 - 2) melakukan rujukan tanpa persetujuan pasien atau keluarga pasien ke rumah sakit dimana dokter itu berdinias.
- h. Tagihan atau klaim berulang (repeat billing) merupakan klaim yang diulang pada kasus yang sama, seperti: Tagihan yang sudah pernah ditagihkan dan dibayarkan tetapi ditagihkan ulang.
- i. memperpanjang lama perawatan (prolonged length of stay); Memperpanjang lama perawatan (prolonged length of stay) merupakan klaim atas biaya pelayanan kesehatan yang lebih besar akibat perubahan lama hari perawatan inap bukan karena indikasi medis, seperti:
- 1) penggunaan ventilator yang diperpanjang waktunya tanpa indikasi medis; dan
 - 2) Case Main Group (CMG) khusus untuk penyakit jiwa dan penyakit kusta;
- j. memanipulasi kelas perawatan (manipulation of room charge); Memanipulasi kelas perawatan (manipulation of room charge) merupakan tindakan manipulasi kelas perawatan yang menyebabkan klaim yang tidak sesuai.
- k. menagihkan tindakan yang tidak dilakukan; Menagihkan tindakan yang tidak dilakukan merupakan klaim atas diagnosis dan/atau tindakan yang tidak jadi dilaksanakan, seperti:
- 1) pada pasien Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) dengan rencana tindakan biopsi, tidak jadi dilakukan tindakan karena alasan tertentu namun tindakan biopsi tetap ditagihkan ke BPJS Kesehatan; dan
 - 2) pasien dengan indikasi rawat inap, tetapi pasien menolak dan pulang, sehingga pasien hanya ingin rawat jalan, namun di klaimkan sebagai rawat inap.
- l. melakukan tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis; Melakukan tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis merupakan klaim atas tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis.
- m. admisi yang berulang (readmisi); Admisi yang berulang (readmisi) merupakan klaim atas diagnosis dan/atau tindakan dari satu episode yang dirawat atau diklaim lebih dari satu kali seolah-olah lebih dari satu episode, seperti pasien rawat inap dipulangkan kemudian diminta masuk kembali dengan berbagai alasan.
- n. menarik biaya dari Peserta tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

- o. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan Jaminan Kesehatan; dan
- p. memalsukan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan dan Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan.

Jenis tindakan kecurangan oleh Fasilitas Kesehatan lainnya (apotek, optik, laboratorium, dan jejaring lainnya), yaitu:²⁰

- a. klaim fiktif atau klaim obat, alat kesehatan dan/atau tindakan yang ditagihkan kepada BPJS Kesehatan namun tidak diberikan kepada pasien;
- b. mengurangi jumlah obat yang diserahkan kepada pasien namun yang ditagihkan adalah yang tertulis dalam resep;
- c. klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya (Inflated bills);
- d. memanipulasi hasil pemeriksaan untuk memenuhi persyaratan penagihan, seperti mengubah hasil pemeriksaan refraksi mata; dan
- e. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.

Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Penyedia Obat dan Alat Kesehatan.

1. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Penyedia Obat, yaitu:

- a. penyedia obat yang terdaftar pada katalog elektronik menolak pesanan obat tanpa alasan yang jelas;
- b. penyedia obat memperlambat waktu pengiriman obat tanpa alasan yang jelas; dan
- c. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.

Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Penyedia Alat Kesehatan, yaitu:

- a. penyedia alat kesehatan yang terdaftar pada katalog elektronik menolak pesanan alat kesehatan tanpa alasan yang jelas;
- b. penyedia alat kesehatan memperlambat waktu pengiriman alat kesehatan tanpa alasan yang jelas;
- c. penyedia menganjurkan kepada Fasilitas Kesehatan untuk membeli alat kesehatan yang tidak sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan atau tingkat keterampilan/keahlian tenaga kesehatan atau tenaga medis profesional yang akan menggunakan alat kesehatan tersebut dengan maksud untuk mendapatkan keuntungan finansial; dan
- d. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.

Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Pemangku Kepentingan Lainnya. Kecurangan (*fraud*) oleh pemangku kepentingan lainnya yaitu oleh Pemberi Kerja yang bukan termasuk penyelenggara negara. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Pemberi Kerja yang bukan termasuk penyelenggara negara, yaitu: a. perbuatan memanipulasi data kepegawaian, seperti:

- 1) pemberi kerja memanipulasi data penghasilan yang diberikan kepada BPJS Kesehatan sehingga jumlah iuran yang dibayarkan tidak terlalu besar;
- 2) tidak mendaftarkan pegawainya menjadi Peserta BPJS Kesehatan; dan
- 3) memanipulasi data pegawai yang tidak termasuk ke dalam data kepegawaian Pemberi Kerja. Jumlah dan upah pegawai tidak disampaikan secara riil; dan perbuatan memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan yang terkait dengan program Jaminan Kesehatan.

Penjatuhan sanksi menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta

²⁰ Ibid

pengenaan sanksi administrasi terhadap kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap tenaga kesehatan dan atau petugas kesehatan BPJS Kesehatan Adalah berupa sanksi administrasi yang dijatuhkan oleh Menteri Kesehatan, Kepala Dinas Kesehatan Propinsi, Kabupaten/Kota sebagaimana diatur dalam pasal 6 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16/2019 yang menyatakan bahwa:

Pasal 6 ayat (1) :

Dalam rangka pengawasan, Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat memberikan sanksi administratif bagi setiap orang atau korporasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 yang melakukan Kecurangan (*fraud*).

Pasal 6 ayat (2) :

Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:

- a. teguran lisan;
- b. teguran tertulis; dan/atau
- c. perintah pengembalian kerugian akibat tindakan Kecurangan (*fraud*) kepada pihak yang dirugikan.

Pasal 6 ayat (3) Dalam hal Kecurangan (*fraud*) dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, dan penyedia obat dan alat kesehatan, sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat diikuti dengan sanksi tambahan berupa denda diikuti dengan pencabutan izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 6 ayat (4) Sanksi tambahan berupa denda sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan kepada pihak yang dirugikan.

Pasal 6 ayat (5) Dalam hal Kecurangan (*fraud*) dilakukan oleh tenaga kesehatan, penyelenggara pelayanan kesehatan, dan penyedia obat dan alat kesehatan, sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat

(2) dapat diikuti dengan pencabutan izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 6 ayat (6) Pengenaan sanksi tambahan berupa denda atau pencabutan izin sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) harus mempertimbangkan keberlangsungan pelayanan kesehatan kepada Peserta.

Pasal 6 ayat (7) Sanksi administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak menghapus sanksi pidana sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pasal 7 Sanksi administrasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 dikenakan kepada pelaku Kecurangan (*fraud*) sesuai dengan kategori pelanggaran: a. ringan; b. sedang; dan c. berat.

Pasal 9 Dalam hal Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) tidak berwenang memberikan sanksi administratif kepada pihak yang melakukan Kecurangan (*fraud*), pimpinan instansi/badan usaha terkait memberikan sanksi administratif sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 10 Ketentuan pengenaan sanksi administratif berupa teguran tertulis dan denda sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 dikecualikan bagi Kecurangan (*fraud*) yang dilakukan oleh pemberi kerja selain penyelenggara negara terkait kewajiban pendaftaran pekerjanya sebagai peserta mengacu pada peraturan perundang-undangan.

Ancaman hukuman bagi tenaga medis/tenaga kesehatan BPJS Kesehatan yang melakukan perbuatan curang (*fraud*) dapat diancam dengan hukuman yang bervariasi, tergantung pada jenis dan tingkat perbuatan yang dilakukan. 1. Ancaman hukuman dapat berupa Ancaman Pidana jika perbuatan tersebut mengandung unsur pidana yang

memiliki bukti perbuatan kejahatan seperti penipuan (pasal 379-381KUHP) atau perbuatan kejahatan pemalsuan (pasal 263 KUHP) dengan ancaman pidana minimal hukuman penjara 3 tahun maksimal 6 tahun penjara. Jika terkait mal praktek maka ancaman hukumannya minimal 1 tahun penjara dan maksimal 5 tahun penjara. Dan jika perbuatan curang (fraud mengakibatkan kerugian negara) maka dapat diancam dengan Undang Undang Tindak Pidana Korupsi dengan ancaman hukuman minimal 5 Tahun Penjara maksimal 20 Tahun Penjara disertai hukuman ganti rugi.

Ancaman hukuman administrasi berdasarkan 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 Nasional (JKN) terhadap tenaga kesehatan dan atau petugas kesehatan BPJS Kesehatan berupa Teguran atas pelanggaran ringan, sedang dan berat diikuti dengan pencabutan izin sesuai ketentuan perundang-undangan.

PENUTUP

A. Kesimpulan.

1. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat wajib berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar

oleh pemerintah. Implementasi pelayanan kesehatan sebagaimana diatur dalam Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang dilaksanakan oleh BPJS, diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 TAHUN 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional yang pada intinya mengatur tentang : Prinsip Kegotong-royongan, Nirlaba, Portabilitas dan Kepesertaan.

2. Ancaman hukuman bagi tenaga medis/ tenaga kesehatan BPJS Kesehatan yang melakukan perbuatan curang (*fraud*) dapat diancam dengan hukuman yang bervariasi, tergantung pada jenis dan tingkat perbuatan yang dilakukan: Terdapat dua jenis ancaman hukuman yakni : Ancaman hukuman dapat berupa Ancaman Pidana jika perbuatan tersebut mengandung unsur pidana yang memiliki bukti perbuatan kejahatan seperti penipuan (pasal 379-381KUHP) atau perbuatan kejahatan pemalsuan (pasal 263 KUHP) dengan ancaman pidana minimal hukuman penjara 3 tahun maksimal 6 tahun penjara. Jika terkait mal praktek maka ancaman hukumannya minimal 1 tahun penjara dan maksimal 5 tahun penjara. Dan jika perbuatan curang (fraud mengakibatkan kerugian negara) maka dapat diancam dengan Undang Undang Tindak Pidana Korupsi dengan ancaman hukuman minimal 5 Tahun Penjara maksimal 20 Tahun Penjara disertai hukuman ganti rugi. Ancaman hukuman administrasi berdasarkan 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 Nasional (JKN) terhadap tenaga

kesehatan dan atau petugas kesehatan BPJS Kesehatan berupa Teguran atas pelanggaran ringan, sedang dan berat diikuti dengan pencabutan izin sesuai ketentuan perundang-undangan.

B. Saran.

1. Perlu dilakukan sosialisasi kepada masyarakat luas tentang peran BPJS sebagai pelaksana Sistem Jaminan Kesehatan Nasional sebagaimana Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang dilaksanakan oleh BPJS, diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 TAHUN 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Agar masyarakat luas akan hak dan kewajibannya sebagai peserta BPJS Kesehatan serta ikut mengawasi jalannya pelayanan kesehatan sesuai ketentuan hukum yang berlaku.
2. Ancaman hukuman yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan sebaiknya direvisi bahwa dapat diancam dengan ancaman pidana jika didapati perbuatan *fraud* oleh tenaga kesehatan BPJS yang memenuhi unsur kejahatan dan merugikan keuangan negara, disamping ancaman hukuman administrasi.

DAFTAR PUSTAKA

Buku :

Bustami dkk, Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Dan Akseptabilitasnya, Penerbit Erlangga Medical Series (EMS) 2011.

Efendi Jonaedi dan Ibrahim Johnny, *Metode Penelitian Hukum Normatif dan Empiris*, (Jakarta: Kencana, 2020).

Fatimah, R.N, Analisis Potensi Fraud dalam Program JKN Di Puskesmas Kota Palembang. 2020.

Irwansyah, *Penelitian Hukum*, (Yogyakarta: Mirra Buana Media, 2020).

Janus Sidabolak, Hukum Perlindungan Konsumen Indonesia di Indonesia, PT Citra Aditya Bakti, Bandung, 2014.

Kurniawan Ardeno, Fraud di Sektor Publik dan Integritas Nasional, BPFE Yogyakarta 2019.

Laksono Trisnantoro, Kebijakan Pembiayaan dan Fragmentasi Sistem Kesehatan, Penerbit Gajah Mada University Press, 2023.

Leden Marpaung, Asas, Teori dan Praktik Hukum Pidana, Bandung: Sinar Grafika, 2006.

Muninjaya, Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Penerbitan Buku Kedokteran EGC Jakarta, 2015.

Notoatmodjo S, Etika Dan Hukum Kesehatan, Penerbit Rineka Cipta Jakarta, 2010.

Noviriska dan Dwi Atmoko, Hukum Kesehatan, Penerbit Prenada Media Kencana, 2022.

Peter Mahmud Marzuki, *Penelitian Hukum*, Jakarta: Kencana, 2017.

P.A.F. Lamintang, Dasar-Dasar Hukum Pidana Indonesia, Bandung: Citra Aditya Bakti, Bandung, 1997.

Rahmatika, Fraud Auditing Kajian Teoretis Dan Empiris, Deepublish CV. Budi Utama 2020.

Taslim, (2020) Analisis Pencegahan Fraud Provider Jaminan Kesehatan Nasional Di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang . Thesis thesis, Universitas Hasanuddin.

<https://www.cnbcindonesia.com>
www.jamkesindonesia.com
<https://bpjskesehatan.go.id>
www.antaranews.com
www.sustain.id

Jurnal :

Mitrisa dan Akbar, Faktor Pemicu dan Penghambat Fraud Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional Dan Strategi Pencegahannya, Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, Vol 9 No. 2. Th 2024.

Ratna Yunita dkk, Analisis Penerapan Sistem Aplikasi S-Klaim Dalam Rangka Penerapan Standar Klaim BPJS Di Charitas Hospital Belitang Tahun 2024, Jurnal Kesmas Dan Gizi (JKG) E-ISSN: 2655-0849
<https://ejournal.medistra.ac.id/index.php/JKG>.

Buku Panduan Pelayanan Kesehatan, terbitan BPJS

Peraturan Perundang-undangan :

Undang Undang Dasar RI Tahun 1945
Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023
Tentang Kesehatan
Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004
Tentang Sistem Jaminan Sosial Negara
Penjelasan Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023.

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018
tentang Jaminan Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan No.16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (fraud) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.

Internet :