



Fraud dalam Layanan BPJS Kesehatan : Kajian Etis dan Hukum Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

Ronald Winardi Kartika^{1*}, M.Nasser², Tri Agus Suswantoro³, Ahmad Jaeni⁴

^{1,2,3,4} Magister Hukum Kesehatan, Sekolah Tinggi Hukum Militer, Indonesia

ronaldkartika@gmail.com^{1*}, nasserkelly@yahoo.com², triaguskum126@gmail.com³, jaeni2199@gmail.com⁴

Alamat: Jl. Matraman Raya No.126, RT.4/RW.3, Kb. Manggis, Kec. Matraman, Kota Jakarta Timur, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 13150.

Korespondensi email: ronaldkartika@gmail.com

Abstract : *Fraud within the Social Insurance Administration Organization (BPJS) Kesehatan has emerged as a significant challenge, threatening the sustainability and integrity of Indonesia's National Health Insurance (JKN) program. Fraud can manifest in various forms, including false claims, misuse of participant data, and unauthorized utilization of healthcare facilities, involving participants, medical personnel, and healthcare providers alike. This phenomenon not only results in financial losses for the state but also diminishes the quality of healthcare services and public trust. This article analyzes BPJS fraud from the perspective of ethics and compliance with Law Number 17 of 2023 concerning Health. This law emphasizes the crucial principles of justice, transparency, and accountability in the provision of healthcare services. The prevention and handling of fraud are regulated by Minister of Health Regulation Number 16 of 2019, which mandates strict oversight, administrative sanctions, and the use of information technology for early detection. Furthermore, education and community involvement are key to strengthening reporting and oversight systems. Collaboration across sectors and the implementation of comprehensive policies are expected to maintain the sustainability and integrity of JKN, ultimately aiming to achieve fair and equitable healthcare services for all Indonesian citizens.*

Keywords: *BPJS, Ethics, Fraud, National Health Insurance*

Abstrak : Fraud dalam Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menjadi tantangan utama yang mengancam keberlanjutan dan integritas program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia. Kecurangan dapat terjadi dalam berbagai bentuk, seperti klaim palsu, penyalahgunaan data peserta, hingga pemanfaatan fasilitas kesehatan secara tidak sah yang melibatkan peserta, tenaga medis, maupun penyedia layanan kesehatan. Fenomena ini tidak hanya menyebabkan kerugian finansial negara, tetapi juga menurunkan kualitas dan kepercayaan masyarakat terhadap layanan kesehatan. Artikel ini menganalisis fraud BPJS dari sudut pandang etika dan kepatuhan terhadap Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan yang menegaskan pentingnya prinsip keadilan, transparansi, serta tanggung jawab dalam penyelenggaraan layanan kesehatan. Pencegahan dan penanganan fraud diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 melalui pengawasan ketat, sanksi administratif, dan pemanfaatan teknologi informasi untuk deteksi dini. Selain itu, edukasi dan pelibatan masyarakat menjadi kunci dalam memperkuat sistem pelaporan dan pengawasan. Kolaborasi lintas sektor dan implementasi kebijakan yang komprehensif diharapkan mampu menjaga keberlanjutan dan integritas JKN demi tercapainya layanan kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat Indonesia.

Kata kunci: BPJS, Etika, Penipuan, Jaminan Kesehatan Nasional

1. PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan merupakan salah satu tonggak utama dalam upaya pemerintah Indonesia untuk mewujudkan akses layanan kesehatan yang adil, merata, dan berkualitas bagi seluruh lapisan masyarakat. Sejak diimplementasikan, program ini telah menjadi solusi bagi jutaan rakyat Indonesia dari berbagai latar belakang ekonomi untuk memperoleh layanan kesehatan yang layak. Namun, di balik manfaat besar yang dihadirkan, sistem JKN juga menghadapi tantangan

serius berupa praktik fraud atau kecurangan yang mengancam keberlanjutan dan integritas program tersebut (Astuti, 2020). Fraud atau kecurangan dalam sistem pelayanan kesehatan, khususnya pada program JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan, telah menjadi isu sentral yang mengancam keberlanjutan dan integritas layanan kesehatan di Indonesia. Kompleksitas sistem, besarnya jumlah klaim, dan keterlibatan berbagai pihak seperti peserta, tenaga medis, serta penyedia layanan kesehatan, membuka peluang terjadinya berbagai bentuk fraud, termasuk klaim palsu, pemanfaatan fasilitas yang tidak sesuai, dan penyalahgunaan data peserta untuk keuntungan pribadi. Kecurangan ini tidak hanya menyebabkan kerugian finansial negara akibat pemborosan anggaran, tetapi juga berpotensi menurunkan kualitas serta keberlanjutan layanan kesehatan yang seharusnya dinikmati masyarakat luas (Sariunita & Syakurah, 2023).

Dampak dari fraud pada BPJS Kesehatan sangatlah luas dan serius. Secara langsung, fraud menyebabkan pemborosan anggaran negara yang seharusnya dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan atau memperluas cakupan peserta JKN. Selain itu, fraud juga berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan (Nurmala, 2023). Dari sudut pandang etika, fraud pada BPJS Kesehatan bertentangan dengan prinsip dasar pelayanan kesehatan yang menekankan keadilan, transparansi, dan tanggung jawab. Etika profesi medis mengharuskan setiap tenaga kesehatan dan pengelola BPJS Kesehatan untuk bertindak dengan integritas dan profesionalisme, sehingga setiap tindakan yang merugikan orang lain atau negara dapat dikategorikan sebagai pelanggaran etika. Selain mencederai misi BPJS Kesehatan untuk memberikan layanan yang adil dan merata, fraud juga merusak kepercayaan publik terhadap sistem jaminan kesehatan nasional (Christin & Achadi, 2022).

Pemerintah telah berupaya menanggulangi masalah ini melalui regulasi, salah satunya dengan diterbitkannya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang mengatur hak dan tanggung jawab penyelenggara serta peserta JKN, perlindungan data pribadi, pengawasan layanan, dan sanksi bagi pelaku kecurangan. Selain itu, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 juga secara khusus mengatur pencegahan dan penanganan fraud dalam program JKN, termasuk penetapan sanksi administratif bagi pelaku. Namun, upaya pencegahan dan pengendalian fraud tetap memerlukan strategi yang sistematis, kolaboratif, serta penguatan pengawasan dan edukasi etika di seluruh lini pelayanan kesehatan. Tujuan studi ini adalah untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi kasus-kasus fraud pada BPJS Kesehatan dari sudut pandang etika dan kepatuhan terhadap ketentuan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, serta memberikan

rekomendasi upaya pencegahan dan penanganan fraud demi menjaga keberlanjutan dan integritas program JKN di Indonesia(Wulandari, 2023)

2. METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah metode yuridis normatif. Metode ini menitikberatkan pada analisis terhadap norma-norma hukum yang berlaku, baik berupa peraturan perundang-undangan, doktrin hukum, maupun asas-asas hukum yang relevan dengan isu fraud dalam penyelenggaraan BPJS Kesehatan (Rizkia & Ferdiansyah, 2023). Penelitian ini dilakukan dengan menelaah bahan hukum primer seperti Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan, serta peraturan lain yang terkait, dan juga bahan hukum sekunder berupa literatur, jurnal, serta hasil penelitian terdahulu yang membahas aspek etika dan hukum dalam pelayanan kesehatan.

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui studi kepustakaan, di mana data yang dikaji bersumber dari dokumen hukum, buku, artikel ilmiah, dan sumber pustaka lain yang relevan. Analisis data dilakukan secara deskriptif-analitis, yaitu dengan menggambarkan dan menganalisis ketentuan hukum yang mengatur pencegahan dan penanganan fraud pada BPJS Kesehatan, serta menilai implementasi dan efektivitasnya dalam praktik. Dengan pendekatan ini, penelitian bertujuan untuk memberikan pemahaman yang komprehensif mengenai pengaturan hukum dan etika terkait fraud pada BPJS Kesehatan, sekaligus mengidentifikasi tantangan serta memberikan rekomendasi kebijakan untuk memperkuat upaya pencegahan dan penindakan terhadap kecurangan dalam sistem JKN.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Perspektif Etika dalam Penanganan Fraud BPJS Kesehatan

Tindak fraud dalam BPJS Kesehatan melibatkan berbagai aspek yang harus dianalisis secara mendalam. Dalam perspektif etika, fraud bertentangan dengan prinsip dasar pelayanan kesehatan, seperti keadilan, transparansi, dan tanggung jawab. Etika medis mengharuskan para profesional medis dan pengelola BPJS untuk bertindak dengan integritas dan profesionalisme, sehingga setiap tindakan yang merugikan orang lain atau negara dapat dikategorikan sebagai pelanggaran etika. Selain melanggar standar sosial, penggunaan fraud oleh BPJS bertentangan dengan misi organisasi tersebut untuk memberikan layanan kesehatan yang adil kepada seluruh masyarakat Indonesia (Alwis, 2022).

Fraud dalam BPJS Kesehatan secara fundamental bertentangan dengan prinsip-prinsip dasar etika pelayanan kesehatan, yaitu keadilan, transparansi, dan tanggung jawab. Etika medis menuntut setiap profesional kesehatan dan pengelola BPJS untuk bertindak dengan integritas dan profesionalisme. Tindakan kecurangan, baik oleh peserta, penyedia layanan, maupun pengelola BPJS, merupakan pelanggaran terhadap standar moral dan sosial yang berlaku. Secara etis, fraud pada BPJS Kesehatan tidak hanya merugikan individu atau kelompok tertentu, tetapi juga mencederai misi BPJS sebagai lembaga yang bertujuan memberikan layanan kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh rakyat Indonesia. Setiap bentuk kecurangan, seperti manipulasi data, klaim palsu, atau penyalahgunaan fasilitas, mengakibatkan distribusi layanan menjadi tidak proporsional dan menimbulkan ketidakadilan sosial. Hal ini bertentangan dengan prinsip *beneficence* (berbuat baik) dan *non-maleficence* (tidak merugikan) dalam etika kesehatan (Alwis, 2022).

Lebih jauh, fraud juga merusak kepercayaan publik terhadap sistem jaminan kesehatan nasional. Kepercayaan adalah modal sosial yang sangat penting dalam keberhasilan program JKN. Jika masyarakat merasa sistem ini mudah disalahgunakan, maka partisipasi dan dukungan terhadap program akan menurun, yang pada akhirnya dapat mengancam keberlanjutan program itu sendiri (Marriska, 2020).

Landasan Hukum: Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan Regulasi Terkait

Hak dan tanggung jawab penyelenggara dan peserta JKN dituangkan secara jelas dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 (Indonesia, 2023). Dalam beberapa pasal, UU ini mengatur mengenai perlindungan terhadap data pribadi peserta, pengawasan atas layanan kesehatan, dan sanksi bagi penyalahgunaan program JKN. Dokumen-dokumen ini menawarkan landasan hukum yang kuat untuk mengatasi fraud BPJS. Pengawasan yang ketat dan penerapan hukuman berat diyakini akan berfungsi sebagai pencegahan terhadap penipuan dan menghentikan penyalahgunaan lebih lanjut. Upaya pencegahan fraud juga dapat dilakukan melalui sistem teknologi informasi yang lebih terintegrasi, yang dapat memudahkan deteksi dini terhadap kecurangan yang dilakukan oleh peserta atau penyedia layanan kesehatan (Marriska, 2020).

Selain Undang-Undang Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 16 Tahun 2019 secara khusus menjadi dasar hukum teknis dalam pencegahan dan penanganan fraud di lingkungan JKN (Indonesia, 2019). Permenkes ini mengatur secara rinci definisi dan jenis-jenis kecurangan, langkah-langkah pencegahan yang harus dilakukan oleh seluruh pemangku kepentingan, prosedur penanganan kasus fraud, hingga

sanksi administratif bagi pelaku. Sanksi tersebut dapat berupa peringatan lisan atau tertulis, penggantian kerugian, hingga pencabutan izin operasional bagi fasilitas kesehatan atau penyedia layanan yang terbukti melakukan fraud (Marriska, 2020).

Implementasi regulasi ini diperkuat dengan pembentukan Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (PK-JKN) di berbagai tingkatan, mulai dari pusat hingga daerah, yang terdiri dari unsur Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, BPKP, dan KPK. Tim ini bertugas melakukan sosialisasi, deteksi, investigasi, serta pelaporan kasus fraud, sekaligus memastikan tata kelola organisasi dan klinis berjalan sesuai prinsip kendali mutu dan biaya (Sari, Jati, & Shaluhiah, 2022).

Upaya penegakan hukum juga didukung oleh Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.01/MENKES/1567/2024 yang menegaskan kewajiban setiap fasilitas kesehatan untuk menerapkan sistem pencegahan fraud, melakukan monitoring, serta melaporkan kasus secara berjenjang sesuai mekanisme yang telah diatur. Semua regulasi ini bertujuan untuk memastikan keberlanjutan program JKN, menjaga kepercayaan publik, dan mencegah kerugian negara akibat praktik kecurangan dalam layanan kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Jenis-Jenis Fraud dalam Program JKN

Jenis-jenis fraud dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sangat beragam dan dapat dilakukan oleh berbagai pihak, termasuk peserta, petugas BPJS Kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, hingga penyedia obat dan alat kesehatan. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 dan Permenkes No. 36 Tahun 2015, fraud didefinisikan sebagai tindakan yang dilakukan secara sengaja untuk memperoleh keuntungan finansial dari program JKN melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Jenis-jenis fraud yang paling sering terjadi antara lain upcoding, yaitu pengubahan kode diagnosis atau prosedur menjadi kode dengan tarif lebih tinggi dari yang seharusnya; cloning, yakni penjiplakan klaim dari pasien lain; phantom billing, berupa klaim atas layanan yang tidak pernah diberikan; inflated bills, yaitu penggelembungan tagihan obat atau alat kesehatan; serta services unbundling atau fragmentation, yaitu pemecahan paket pelayanan menjadi beberapa klaim terpisah untuk mendapatkan nilai klaim lebih besar dalam satu episode perawatan (Djasri, Aulia, Tirtabayu, & Mada, 2016).

Fraud juga dapat berupa *repeat billing* (pengajuan klaim berulang untuk kasus yang sama), *prolonged length of stay* (memperpanjang hari rawat inap tanpa indikasi medis),

type of room charge (memanipulasi kelas perawatan agar mendapat pembayaran lebih besar), *cancelled services* (klaim atas tindakan yang tidak jadi dilakukan), dan *unnecessary treatment* (melakukan tindakan medis yang tidak perlu). Selain itu, terdapat pula penyimpangan terhadap standar pelayanan (*standard of care*), penggunaan identitas peserta lain untuk memperoleh layanan, kolusi antara peserta dan fasilitas kesehatan, serta pemberian atau penerimaan suap dan gratifikasi terkait klaim BPJS. Semua bentuk kecurangan ini tidak hanya merugikan keuangan negara dan menurunkan mutu layanan kesehatan, tetapi juga mengancam keberlanjutan program JKN secara keseluruhan. Oleh karena itu, pengawasan dan penegakan hukum terhadap berbagai jenis fraud ini menjadi sangat penting dalam menjaga integritas dan keadilan sistem jaminan kesehatan nasional (Christin & Achadi, 2022) (Sariunita & Syakurah, 2023).

Penyebab Fraud dalam Perspektif Teori Fraud Triangle

Penyebab fraud dalam program JKN dapat dijelaskan secara komprehensif melalui perspektif teori *Fraud Triangle* yang dikembangkan oleh Donald R. Cressey. Teori ini menyoroti bahwa kecurangan tidak terjadi secara tiba-tiba, melainkan dipicu oleh tiga elemen utama yang saling berkaitan, yaitu tekanan, kesempatan, dan rasionalisasi. Tekanan merupakan faktor pendorong utama, biasanya berupa masalah keuangan pribadi, tuntutan pekerjaan, atau target yang tidak realistis. Dalam konteks JKN, tekanan bisa muncul dari kebutuhan ekonomi tenaga kesehatan, beban kerja yang tinggi, atau ekspektasi institusi yang sulit dipenuhi. Tekanan ini mendorong individu untuk mencari jalan pintas demi memenuhi kebutuhan atau tuntutan tersebut, sehingga membuka peluang terjadinya fraud (Putri & Wilasittha, 2021).

Elemen kedua adalah kesempatan, yaitu situasi atau celah dalam sistem yang memungkinkan seseorang melakukan kecurangan tanpa mudah terdeteksi. Kesempatan biasanya muncul akibat lemahnya pengawasan, kurangnya pemisahan tugas, atau sistem pengendalian internal yang tidak berjalan efektif. Dalam program JKN, kesempatan dapat terjadi jika prosedur klaim tidak diawasi secara ketat, sistem audit internal kurang optimal, atau adanya kepercayaan berlebihan kepada individu tertentu dalam proses administrasi. Ketika individu menyadari bahwa sistem pengawasan lemah dan risiko tertangkap rendah, peluang untuk melakukan fraud semakin besar. Oleh karena itu, memperkuat pengawasan dan memperbaiki sistem kontrol internal sangat penting untuk meminimalisasi kesempatan terjadinya fraud (Sadikin & Adisasmito, 2020).

Faktor ketiga adalah rasionalisasi, yaitu proses pembenaran diri yang dilakukan pelaku untuk melegitimasi tindakan curang yang dilakukan. Pelaku fraud cenderung mencari alasan agar merasa tindakannya dapat diterima, misalnya dengan menganggap bahwa sistem tidak adil, gaji tidak sesuai, atau tindakan tersebut hanya sementara dan akan dikembalikan di kemudian hari. Dalam lingkungan JKN, rasionalisasi bisa muncul dalam bentuk keyakinan bahwa tindakan curang dilakukan demi “kebaikan” pasien, menutupi kekurangan fasilitas, atau sekadar mengikuti praktik yang dianggap sudah biasa di lingkungan kerja. Ketiga elemen dalam Fraud Triangle ini harus hadir secara bersamaan agar fraud benar-benar terjadi. Dengan memahami ketiga faktor ini, institusi kesehatan dan BPJS Kesehatan dapat merancang strategi pencegahan yang lebih efektif, seperti memperkuat budaya integritas, meningkatkan sistem pengawasan, serta memberikan edukasi tentang risiko dan konsekuensi fraud kepada seluruh pemangku kepentingan (Sadikin & Adisasmito, 2020).

Strategi Pencegahan dan Penanganan Fraud BPJS Kesehatan

Strategi pencegahan dan penanganan fraud pada BPJS Kesehatan menuntut pendekatan yang sistematis, kolaboratif, dan berbasis regulasi yang kuat. Salah satu pilar utamanya adalah penguatan pengawasan dan penerapan sistem deteksi dini berbasis teknologi informasi. BPJS Kesehatan telah mengembangkan sistem anti-fraud yang mencakup pencegahan, deteksi, dan penanganan kecurangan secara terintegrasi. Pencegahan dilakukan melalui evaluasi ulang standar mutu kerja sama dengan fasilitas kesehatan, pelatihan dan sertifikasi petugas, serta penerapan kode etik yang ketat. Selain itu, pemanfaatan teknologi seperti big data dan kecerdasan buatan (AI) memungkinkan analisis pola klaim secara real time untuk mengidentifikasi potensi kecurangan sejak dini. Sistem pelaporan yang mudah diakses juga menjadi sarana penting agar masyarakat dan peserta dapat melaporkan dugaan fraud secara aman dan transparan (Fitra, Usman, Amir, Nurlinda, & Majid, 2025) (Pranggoro, Okta, Wastuaji, Mais, & Sunarsih, 2025).

Penanganan fraud dalam BPJS Kesehatan melibatkan pembentukan Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan JKN (PK-JKN) di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota. Tim ini terdiri dari unsur Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, BPKP, dan KPK, serta didukung oleh asosiasi fasilitas kesehatan dan organisasi profesi. Tugas utama tim ini adalah melakukan sosialisasi regulasi, membangun budaya anti-fraud, melakukan monitoring, evaluasi, serta investigasi terhadap dugaan kecurangan. Jika ditemukan indikasi fraud, tim akan melakukan penelusuran, audit administrasi klaim, dan

penegakan sanksi sesuai ketentuan. Sanksi administratif yang dapat dijatuhkan meliputi peringatan lisan atau tertulis, penggantian kerugian, sanksi tambahan, hingga pencabutan izin operasional bagi fasilitas kesehatan yang terbukti melakukan kecurangan. Untuk kasus berat, penanganan dapat dilanjutkan ke ranah pidana sesuai peraturan perundang-undangan(Probowati, Arimbi, Prastopo, & Edwin, 2024).

Sanksi administratif terhadap pelaku fraud dalam program JKN diatur secara tegas melalui Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.01/MENKES/1567/2024. Tim pencegahan fraud dapat merekomendasikan beberapa bentuk sanksi administratif, mulai dari peringatan secara lisan, peringatan tertulis, perintah untuk mengganti kerugian yang ditimbulkan akibat tindakan fraud, hingga sanksi administratif tambahan. Dalam kasus yang berat, sanksi dapat berupa peninjauan perizinan sampai dengan pencabutan izin operasional bagi fasilitas kesehatan atau penyedia layanan kesehatan yang terbukti melakukan kecurangan. Seluruh proses penjatuhan sanksi ini bertujuan memberikan efek jera dan memastikan keberlanjutan serta integritas program JKN, dengan pelaksanaan sanksi administratif dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kota/Kabupaten, atau Menteri sesuai kewenangannya(Djasri et al., 2016).

Tanggung jawab Tim Pencegahan Fraud di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) JKN, sebagaimana diatur dalam Pasal 20, meliputi beberapa aspek penting. Tim ini bertugas meningkatkan keterampilan pemrograman (*coding*) untuk mencegah kesalahan klaim, memperluas kapasitas dokter dan petugas lain terkait proses klaim, serta mengelola inisiatif administrasi yang lebih baik guna mengidentifikasi fraud sejak dini melalui analisis data klaim, investigasi, dan pelaporan temuan. Selain itu, tim juga bertanggung jawab menyebarluaskan kebijakan, aturan, dan budaya baru yang berfokus pada kendali mutu dan kendali biaya (KMB), sehingga tercipta lingkungan kerja yang lebih transparan, akuntabel, dan berorientasi pada pencegahan kecurangan(Sariunita & Syakurah, 2023).

Sistem antifraud dalam program JKN yang diatur melalui Permenkes No. 19/2016 menekankan tiga aspek utama: pencegahan, pendeteksian, dan penanganan fraud. Pencegahan dilakukan melalui penyusunan kebijakan dan pedoman, pembentukan tim pencegahan kecurangan, serta penanaman budaya anti-fraud di fasilitas kesehatan. Pendeteksian dilakukan dengan memanfaatkan hasil analisis data dan sistem informasi untuk mengidentifikasi pola-pola mencurigakan dalam klaim. Sementara itu, penanganan fraud melibatkan kerja sama dengan pihak eksternal dan penegakan hukum terhadap pelaku kecurangan. Dengan demikian, kekuatan untuk menerapkan sanksi administratif, mulai dari

peringatan hingga pencabutan izin operasional, menjadi instrumen penting dalam menjaga tata kelola dan keberlanjutan program JKN secara menyeluruh (Sari et al., 2022).

Selain penguatan sistem dan penegakan hukum, strategi pencegahan fraud juga menekankan pentingnya edukasi dan pelibatan seluruh pemangku kepentingan. BPJS Kesehatan secara aktif melakukan edukasi kepada peserta mengenai hak dan kewajiban mereka, serta pentingnya memeriksa keakuratan data layanan yang diterima. Kesadaran kolektif akan bahaya dan dampak fraud menjadi kunci dalam membangun budaya integritas di lingkungan pelayanan kesehatan. Dengan kolaborasi yang solid antara pemerintah, BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, dan masyarakat, diharapkan sistem JKN dapat berjalan lebih transparan, akuntabel, dan berkelanjutan, sehingga mampu memberikan manfaat optimal bagi seluruh peserta dan menjaga kepercayaan publik terhadap program JKN (Sari et al., 2022).

Tantangan dan Rekomendasi untuk Masa Depan

Tantangan utama dalam pencegahan dan penanganan fraud pada BPJS Kesehatan terletak pada kompleksitas sistem, skala layanan yang sangat luas, serta lemahnya pengawasan di berbagai lini. Dengan cakupan peserta yang hampir mencakup seluruh penduduk Indonesia dan ribuan fasilitas kesehatan yang bermitra, pengawasan menjadi sangat menantang. Sistem administrasi yang belum sepenuhnya terintegrasi dan masih adanya celah dalam proses klaim, audit, serta pelaporan, membuka peluang terjadinya kecurangan baik oleh peserta, penyedia layanan, maupun oknum internal BPJS sendiri. Selain itu, budaya transparansi dan akuntabilitas yang belum merata di seluruh lini birokrasi menambah kesulitan dalam deteksi dan penindakan fraud secara efektif (Tito, Tito, & Siregar, 2024).

Untuk mengatasi tantangan tersebut, sejumlah rekomendasi strategis dapat diambil. Pertama, penguatan sistem pengawasan dan audit internal harus menjadi prioritas. Pemanfaatan teknologi digital seperti artificial intelligence (AI), big data analytics, dan robotic process automation (RPA) sangat penting untuk mendeteksi pola klaim yang tidak wajar dan mempercepat proses investigasi. Selain itu, pembentukan dan penguatan Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan JKN (PK-JKN) di seluruh tingkatan, serta kolaborasi lintas lembaga seperti Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, BPKP, dan KPK, perlu terus dioptimalkan agar pengawasan berjalan efektif dan terkoordinasi. Penerapan sanksi tegas dan efek jera juga harus ditegakkan untuk meminimalisasi kecenderungan pelaku mengulangi perbuatannya (Wulandari, 2023).

Rekomendasi selanjutnya adalah membangun budaya integritas dan transparansi melalui edukasi berkelanjutan kepada seluruh pemangku kepentingan, baik peserta, tenaga kesehatan, maupun pegawai BPJS. Peningkatan literasi mengenai hak, kewajiban, dan risiko fraud dapat memperkuat peran serta masyarakat dalam pengawasan. Sistem pelaporan yang mudah diakses dan aman juga perlu dikembangkan agar masyarakat tidak ragu melaporkan dugaan kecurangan. Dengan langkah-langkah ini, diharapkan sistem JKN dapat berjalan lebih transparan, akuntabel, dan berkelanjutan, sehingga mampu memberikan manfaat optimal bagi peserta serta menjaga kepercayaan publik terhadap program jaminan kesehatan nasional (Fitra et al., 2025).

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Fraud dalam BPJS Kesehatan merupakan masalah serius yang mengancam keberlanjutan, integritas, serta keadilan sistem JKN di Indonesia. Fraud dapat terjadi dalam berbagai bentuk, seperti klaim palsu, penyalahgunaan fasilitas kesehatan, dan manipulasi data peserta, yang melibatkan peserta, tenaga medis, maupun penyedia layanan kesehatan. Dampak dari fraud bukan hanya kerugian finansial negara, tetapi juga menurunkan kualitas dan keberlanjutan layanan kesehatan bagi masyarakat luas. Dari sudut pandang etika, fraud bertentangan dengan prinsip dasar pelayanan kesehatan, yaitu keadilan, transparansi, dan tanggung jawab. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 memberikan landasan hukum yang kuat dalam upaya pencegahan dan penanganan fraud, termasuk perlindungan data pribadi peserta, pengawasan layanan, serta sanksi tegas bagi pelaku kecurangan. Selain itu, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 secara khusus mengatur pencegahan, penanganan, dan sanksi administratif terhadap fraud dalam program JKN.

Perlunya penguatan pengawasan secara menyeluruh, baik melalui audit internal, pemanfaatan teknologi informasi untuk deteksi dini, maupun pembentukan tim khusus anti-fraud di setiap fasilitas kesehatan. Selain itu, edukasi dan sosialisasi kepada peserta, tenaga medis, serta penyedia layanan kesehatan harus terus ditingkatkan agar mereka memahami hak, kewajiban, dan sanksi atas tindakan kecurangan. Penegakan hukum dan pemberian sanksi tegas dilaksanakan secara konsisten untuk memberikan efek jera. Kolaborasi antara pemerintah, BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, dan masyarakat sangat penting agar program JKN dapat berjalan secara optimal, transparan, serta berkelanjutan, sehingga manfaatnya dapat dirasakan secara adil oleh seluruh masyarakat Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Alwis, B. (2022). Etika medis dan implementasinya dalam praktik kesehatan. *Jurnal Etika Kesehatan*, 12(3), 45–56.
- Astuti, E. K. (2020). Peran BPJS Kesehatan dalam mewujudkan hak atas pelayanan kesehatan bagi warga negara Indonesia. *Jurnal Penelitian Hukum Indonesia*, 01(01), 55–65.
- Christin, E., & Achadi, A. (2022). Analisis risiko upcoding terhadap kejadian fraud di era JKN: Tinjauan sistematis. *PREPOTIF Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6, 1781–1793.
- Djasri, H., Aulia, P., Tirtabayu, E., & Mada, U. G. (2016). Korupsi dalam pelayanan kesehatan di era Jaminan Kesehatan Nasional: Kajian besarnya potensi dan sistem pengendalian fraud. *Integritas*, 2(1), 113–133.
- Fitra, N. H., Usman, Amir, R., Nurlinda, & Majid, M. (2025). Analisis pelaksanaan program pencegahan fraud Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) fraud prevention program. *Jurnal Ilmiah Manusia dan Kesehatan*, 8.
- Indonesia. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019*.
- Indonesia. (2023). *Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2024). *Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.01/MENKES/1567/2024*.
- Marriska, K. (2020). Strategi kebijakan mengurangi fraud dalam klaim BPJS ditinjau dari PERMENKES Nomor 36 Tahun 2025 dihubungkan dengan asas kemanusiaan. *Aktualita*, 3(1).
- Nurmala. (2023). Fraud dan dampaknya terhadap keberlanjutan BPJS Kesehatan. *Jurnal Manajemen Kesehatan*, 17(4), 89–97.
- Pranggoro, K., Okta, A. D. K., Wastuaji, A., Mais, R. G., & Sunarsih, U. (2025). Peran digitalisasi dalam pencegahan fraud: Studi pada BPJS rumah sakit swasta. *Journal of Artificial Intelligence and Digital Business (RIGGS)*, 4(2), 1316–1322.
- Probowati, D. P., Arimbi, D., Prastopo, & Edwin. (2024). Penguatan regulasi dalam pencegahan kecurangan (fraud) pada program Jaminan Kesehatan Nasional: Perspektif Governance, Risk, and Compliance (GRC). *Indonesian Research Journal on Education*, 4, 3262–3268.
- Putri, S. Y., & Wilasittha, A. A. (2021). Perkembangan fraud theory dan relevansi dalam realita. *Prosiding Senapan*, 1(2), 726–735.
- Rizkia, N. D., & Ferdiansyah, H. (2023). *Metode penelitian hukum (normatif dan empiris)*. Bandung: WIDINA.
- Sadikin, H., & Adisasmito, W. (2020). Analisis pengaruh dimensi fraud triangle dalam kebijakan pencegahan fraud terhadap program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUP Nasional Cipto Mangunkusumo. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1, 28–34.

- Sari, A. P., Jati, S. P., & Shaluhiyah, Z. (2022). Implementasi kebijakan pencegahan fraud dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan di Rumah Sakit Nasional Diponegoro Jawa Tengah. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10(16), 128–144.
- Sariunita, N., & Syakurah, R. A. (2023). Analisis kejadian upcoding biaya pelayanan kesehatan di wilayah kerja BPJS Kesehatan Cabang Depok. *Bina Generasi: Jurnal Kesehatan*, 2(82), 1–6.
- Tito, J. S., Tito, J. S., & Siregar, K. N. (2024). Faktor pemicu dan penghambat fraud dalam program Jaminan Kesehatan Nasional dan strategi pencegahannya: Sebuah scoping review. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 9(2). <https://doi.org/10.7454/eki.v9i2.1124>
- Wulandari, S. (2023). Pencegahan fraud dalam program JKN BPJS Kesehatan. *Jurnal Administrasi Kesehatan*, 15(1), 25–37.