

PELAYANAN KESEHATAN DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL SEBAGAI PROGRAM BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN

Prima Maharani Putri

Fakultas Hukum Universitas Sebelas Maret, Surakarta
Email: duta_maharani@yahoo.com

Patria Bayu Murdi

Fakultas Hukum Universitas Sebelas Maret, Surakarta
Email: bayumurdi72@gmail.com

Info Artikel

Masuk: 08/07/2019
Revisi: 12/07/2019
Diterima: 12/07/2019
Terbit: 30/07/2019

Keywords:

Health Services, Social Security and fraud.

Kata Kunci:

Pelayanan Kesehatan, Jaminan Sosial dan *Fraud*.

P-ISSN: 1412-310x

E-ISSN: 2656-3797

Abstract

The principle of justice, certainty and usefulness in BPJS services has not been felt by all parties, especially the Health Service Provider (PPK) as BPJS provider and also the BPJS who has no clear position and authority due to Law No. 40 of 2004 concerning the Social Security System National and Law No. 24 of 2011 concerning the Social Security Organizing Agency which collided with the Presidential Regulation on Health Insurance. Although the benefits of BPJS services have been felt mainly by BPJS Beneficiaries (PBI) participants, there are injustices and legal uncertainties and the possibility of triggering fraud in various parties, especially the PPK with the INA-CBGs system at the JKJ health service program.

Abstrak

Prinsip keadilan, kepastian dan kegunaan dalam layanan BPJS belum dirasakan oleh semua pihak, terutama Penyedia Layanan Kesehatan (PPK) sebagai penyedia BPJS dan juga BPJS yang tidak memiliki posisi dan wewenang yang jelas karena UU No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang bertabrakan dengan Peraturan Presiden tentang Asuransi Kesehatan. Meskipun manfaat layanan BPJS telah dirasakan terutama oleh peserta Penerima BPJS (PBI), ada ketidakadilan dan ketidakpastian hukum dan kemungkinan memicu penipuan di berbagai pihak, terutama PPK dengan sistem INA-CBGs di program layanan kesehatan JKJ.

PENDAHULUAN

Cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana tercantum dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial. Kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum harus diwujudkan melalui berbagai upaya kesehatan dalam rangkaian

pembangunan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu yang didukung oleh sistem kesehatan nasional.¹

Kesehatan merupakan salah satu dari hak asasi manusia yang diatur dalam UUD 1945 dinyatakan bahwa setiap orang berhak untuk hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Kesehatan sebagai hak asasi manusia, mengandung suatu kewajiban untuk menyetujui yang sakit dan berupaya mempertahankan yang sehat untuk tetap sehat.² Sejalan dengan amanat Pasal 28 H ayat (1) Undang Undang Dasar Negara Republik Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.³

Pemerintah dalam menjalankan tugasnya, memiliki 4 (empat) fungsi utama yang harus dijalankan oleh pemerintah tanpa memandang tingkatannya, yakni: (1) fungsi pelayanan masyarakat (*public service function*), (2) fungsi pembangunan (*development function*), (3) fungsi pemberdayaan (*protection function*) dan (4) fungsi pengaturan. Pemerintah dalam menjalankan tugasnya, memiliki 4 (empat) fungsi utama yang harus dijalankan oleh pemerintah tanpa memandang tingkatannya, yakni fungsi pelayanan masyarakat (*public service function*), fungsi pembangunan (*development function*), fungsi pemberdayaan (*protection function*) dan fungsi pengaturan. Pemberian pelayanan publik oleh aparatur pemerintah kepada masyarakat merupakan implikasi dari fungsi aparat negara sebagai pelayan masyarakat, oleh karena itu, kedudukan aparatur pemerintah dalam pelayanan umum (*public services*) sangat strategis karena akan sangat menentukan peran pemerintah dalam memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya bagi masyarakat. Hal ini akan menentukan fungsi negara dalam menjalankan perannya dengan baik sesuai dengan tujuan pendiriannya.⁴

Pelayanan publik adalah salah satu hak yang harus diwujudkan pemerintah termasuk hak mendapatkan pelayanan kesehatan. Kesehatan adalah hak dan investasi setiap warga negara berhak atas kesehatannya termasuk masyarakat miskin, untuk itu diperlukan suatu sistem yang mengatur pelaksanaannya bagi upaya pemenuhan hak warga negara untuk tetap hidup sehat. Pelayanan kesehatan merupakan hak setiap orang yang dijamin oleh Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 yang harus diwujudkan dengan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.⁵

Kemudian sebagai penjabaran UUD Tahun 1945, maka Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa pembangunan kesehatan harus ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Untuk itu, Pemerintah memiliki sejumlah tanggung jawab yang harus dilaksanakannya, yang meliputi tanggung jawab untuk merencanakan, mengatur,

¹Endang Wahyati Yustina, "Hak atas Kesehatan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dan *Corporate Social Responsibility* (CSR)", *Jurnal Kisi Hukum Program Magister Hukum Kesehatan Universitas Katoik Soegijapranata Semarang*, Vol. 14 No. 1 Juni 2015, p. 94-95.

²Yohanes Budi Sarwo, "Tinjauan Yuridis terhadap Kecurangan (*Frauds*) dalam Industri Asuransi Kesehatan di Indonesia", *Jurnal Kisi Hukum Program Magister Hukum Kesehatan Universitas Katoik Soegijapranata Semarang*, Vol. 14 No. 1 Juni 2015, p. 75.

³Abdul Kadir Jaelani, "Fungsi-fungsi Aparat Pemerintah Daerah dalam Mewujudkan Tujuan Negara Bidang Kesehatan di Pemerintah Kabupaten Lombok Timur Nusa Tenggara Barat", *Jurnal Supremasi Hukum UIN Sunan Kalijaga*, Vol.6 No. 1, Juni 2017, p. 99.

⁴Muchsan, 2007, *Sistem Pengawasan Terhadap Perbuatan Aparat Pemerintah dan Peradilan Tata Usaha Negara di Indonesia*, Liberty, Yogyakarta, p. 2-4.

⁵*Ibid.*

menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat. Pemerintah juga bertanggung jawab untuk memberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam segala bentuk upaya kesehatan. Salah satunya melalui gerakan pengembangan dan pembinaan jaminan sosial nasional diselenggarakan oleh Badan Pembina Jaminan Sosial (BPJS), terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan melalui Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan. Khusus untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mulai berlaku sejak 1 Januari 2014. Secara operasional, pelaksanaan JKN dituangkan dalam Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden, antara lain, Peraturan Pemerintah No.101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI); Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan; dan Peta Jalan JKN (*Roadmap* Jaminan Kesehatan Nasional).⁶

Pelayanan kesehatan diberikan melalui bentuk pengobatan dan perawatan. Petugas kesehatan, medis dan nonmedis, bertanggungjawab untuk memberi pelayanan yang optimal. Tenaga medis, dalam hal ini dokter, memiliki tanggungjawab terhadap pengobatan yang sedang dilakukan. Tindakan pengobatan dan penentuan kebutuhan dalam proses pengobatan merupakan wewenang dokter. Keselamatan dan perkembangan kesehatan pasien merupakan landasan mutlak bagi dokter dalam menjalankan praktik profesinya. Seorang dokter harus melakukan segala upaya semaksimal mungkin untuk menangani pasiennya. Untuk menciptakan perlindungan hukum bagi pasien maka para pihak harus memahami hak dan kewajiban yang melekat pada dirinya, termasuk pemberi jasa pelayanan kesehatan agar bertanggungjawab terhadap profesi yang diberikan kepada penerima jasa pelayanan kesehatan.⁷

Hak pasien adalah mendapatkan ganti rugi apabila pelayanan yang diterima tidak sebagaimana mestinya. Masyarakat sebagai konsumen dapat menyampaikan keluhannya kepada pihak rumah sakit sebagai upaya perbaikan interen rumah sakit dalam pelayanannya atau kepada lembaga yang memberi perhatian kepada konsumen kesehatan. Sebagai dasar hukum dari gugatan pasien atau konsumen/penerima jasa pelayanan kesehatan terhadap dokter/tenaga kesehatan dan rumah sakit terdapat dalam Pasal 1365 KUHPerduta. Dewasa ini BPJS Kesehatan sebagai salah satu sarana pelayanan dalam memenuhi hak asasi manusia dalam bidang kesehatan kembali menjadi sasaran kritikan dari pelbagai kalangan masyarakat, terutama mengenai terjadinya berbagai kecurangan dalam pelayanan kesehatan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) maupun Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL). Berdasarkan uraian tersebut maka penulis tertarik untuk membahas lebih lanjut mengenai Pelayanan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS). Fokus penelitian ini adalah terkait pelayanan BPJS sudah memenuhi prinsip keadilan, kepastian dan kemanfaatan bagi seluruh pihak sebagaimana tujuan pokok hukum dan rekonstruksi hukum BPJS untuk menanggulangi *fraud* dalam pelayanan kesehatan.

PEMBAHASAN

Sistem Kesehatan di Indonesia, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Sistem Kesehatan adalah suatu jaringan penyedia pelayanan kesehatan (*supply side*) dan orang-orang yang menggunakan pelayanan tersebut (*demand side*) di setiap wilayah, serta negara dan

⁶Arif Suprianto dan Dyah Mutiarin, "Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (Studi Tentang Hubungan Stakeholder, Model Pembiayaan dan Outcome JKN di Kabupaten Bantul Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta)", *Journal of Governance and Public Policy*, Vol.4, No.1, Februari 2017.

⁷Setyo Trisnadi, "Perlindungan Hukum Profesi Dokter dalam Penyelesaian Sengketa Medis", *Jurnal Pembaharuan Hukum*, Volume IV No. 1 Januari - April 2017.

organisasi yang melahirkan sumber daya tersebut, dalam bentuk manusia maupun dalam bentuk material. Dalam definisi yang lebih luas lagi, sistem kesehatan mencakup sektor-sektor lain seperti pertanian dan lainnya. WHO mendefinisikan sistem kesehatan sebagai⁸ *health system is defined as all activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain health. Formal Health services, including the professional delivery of personal medical attention, are clearly within these boundaries. So are actions by traditional healers, and all use of medication, whether prescribed by provider or no, such traditional public health activities as health promotion and disease prevention, and other health enhancing intervention like road and environmental safety improvement, specific health-related education, are also part of the system.*

Sistem kesehatan tidak terbatas pada seperangkat institusi yang mengatur, membiayai, atau memberikan pelayanan, namun juga termasuk kelompok aneka organisasi yang memberikan input pada pelayanan kesehatan, terutama sumber daya manusia, sumber daya fisik (fasilitas dan alat), serta pengetahuan/teknologi.⁹ WHO mendefinisikan sistem kesehatan sebagai seluruh kegiatan yang mana mempunyai maksud utama untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan. Mengingat maksud tersebut di atas, maka termasuk dalam hal ini tidak saja pelayanan kesehatan formal, tapi juga tidak formal, seperti halnya pengobatan tradisional. Selain aktivitas kesehatan masyarakat tradisional seperti promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, peningkatan keamanan lingkungan dan jalan raya, pendidikan yang berhubungan dengan kesehatan merupakan bagian dari sistem.

Sistem kesehatan paling tidak mempunyai 4 fungsi pokok yaitu: Pelayanan kesehatan, pembiayaan kesehatan, penyediaan sumber daya dan *stewardship/* regulator. Fungsi-fungsi tersebut akan direpresentasikan dalam bentuk subsistem dalam sistem kesehatan, dikembangkan sesuai kebutuhan. Pengembangan sistem kesehatan di Indonesia telah dimulai sejak tahun 1982 ketika Departemen Kesehatan menyusun dokumen sistem kesehatan di Indonesia. Kemudian Departemen Kesehatan RI pada tahun 2004 ini telah melakukan suatu “penyesuaian” terhadap SKN 1982. Didalam dokumen dikatakan bahwa Sistem Kesehatan Nasional (SKN) didefinisikan sebagai suatu tatanan yang menghimpun upaya Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam Pembukaan UUD 1945.¹⁰

Sistem kesehatan di Indonesia diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Pada tanggal 1 Januari 2014 BPJS Kesehatan telah menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan. Bagi Tenaga Kerja yang mengikuti program JPK (Jaminan Pemelihara Kesehatan) PT Jamsostek (Persero) akan dialihkan ke BPJS Kesehatan. Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) juga menetapkan, Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) akan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya dimulai 1 Januari 2014.¹¹ Secara operasional, pelaksanaan JKN dituangkan dalam Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden, antara lain: Peraturan Pemerintah No.101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI); Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan; dan Peta

⁸Jansje Grace Makisurat, Y. Budi Sarwo, Daniel Budi Wibowo, “Pelaksanaan Pelayanan Gawat Darurat Bagi Peserta Bpjs Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Ratu Aji Putri Botung Ditinjau Dari Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/Menkes/Sk/Ix/2009 Tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit”, *Jurnal Hukum Kesehatan*, Volume 4, Nomor 1 Tahun 2018.

⁹ *Ibid*,

¹⁰ Menkes RI, Sistem Kesehatan Nasional, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 131/MENKES/SK/II/2004 tanggal 10 Februari 2004, https://peraturan.bkpm.go.id/jdih/userfiles/batang/KEPMENKES_131_2004.pdf. Diakses 2 November 2018 pukul 14.50

¹¹BPJS Kesehatan, Sejarah Perjalanan Jaminan Sosial di Indonesia, <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/pages/detail/2013/4>. Diakses 30 Oktober 2018 pukul 20.05

Jalan JKN (Roadmap Jaminan Kesehatan Nasional). BPJS Kesehatan akan memberikan manfaat perlindungan sesuai dengan hak dan ketentuan yang berlaku. Hak dapat diperoleh setelah perusahaan dan tenaga kerja menyelesaikan kewajiban untuk membayar iuran.¹²

Dalam pelaksanaan BPJS, masih ditemukan banyak masalah yang menyebabkan munculnya keluhan-keluhan dari masyarakat diantaranya: proses registrasi yang rumit, pelayanan yang kurang memuaskan, ruang perawatan yang tidak sesuai dengan jenis iuran BPJS, dan masih banyak lainnya. Hal ini disebabkan karena kurangnya persiapan dalam pelaksanaan BPJS. Tidak hanya itu, banyak dari pihak masyarakat yang belum tahu prosedur registrasi dan cara kerja BPJS. Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di tahun 2018 telah memasuki tahun kelima. Hasil monitoring dan riset-riset di berbagai Wilayah menunjukkan adanya variasi pelaksanaan di Indonesia. Kebijakan tingkat provinsi/ kabupaten/ kota, faktor geografis, keanekaragaman sosial-budaya, kemampuan ekonomi masyarakat serta konteks yang berbeda-beda di masing-masing wilayah mempengaruhi mulus atau tidaknya pelaksanaan JKN di masing-masing kabupaten/ kota.¹³

Jaminan Kesehatan Nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang Berkeadilan Sesuai Tujuan Pokok Hukum dalam Perspektif Undang-Undang dan Peraturan Presiden

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dalam Perspektif Hukum

BPJS adalah sebuah badan hukum publik yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden, yang didirikan atas perintah Undang-Undang. BPJS berfungsi memberikan pelayanan kesehatan dengan kewenangan mengambil keputusan mengikat dan mandiri untuk kepentingan benefit pesertanya. BPJS juga memiliki daya paksa terhadap warga negara, dikarenakan memiliki persyaratan dengan berbagai kewajiban yang harus dipenuhi oleh peserta maupun provider.¹⁴

BPJS dalam perspektif hukum diterima atau diperlakukan dengan konstruksi hukum sebagai *rechtspersoon* / *rechtssubject* dengan azas *communis opinio doctorum*, yang dalam pelaksanaan fungsinya tunduk pada azas-azas hukum. Sebagai badan negara, BPJS memiliki otoritas kebijakan yang independen sepanjang digunakan untuk sebesar-besarnya bagi kepentingan manfaat yang diterima peserta. Dalam ruang lingkup Hukum Administrasi Negara (HAN), BPJS merupakan Badan Hukum Publik (BHP) yang sangat spesifik dikarenakan BPJS merupakan satu-satunya BHP yang dibentuk dan (hanya) dapat dibubarkan dengan Undang-Undang. Selain itu, direksi BPJS juga langsung bertanggung jawab kepada Presiden. Hal-hal tersebut menjadikan BPJS adalah satu-satunya lembaga negara yang memiliki arti sebagai berikut:¹⁵

- a. Sebagai Badan Hukum Publik yang bertanggung jawab kepada Presiden, BPJS bukanlah bawahan Menteri, tidak juga membawahkan Menteri, atau tidak di bawah

¹²Nunung Aryanti, et al., Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, <http://perawatpskep.blogspot.com/2016/05/makalah-badan-penyelenggara-jaminan.html>. Diakses 2 Desember 2018 pukul 10.00

¹³ Anonim, Evaluasi JKN Tahun 2018, <https://kebijakankesehatanindonesia.net/23-agenda/3419-evaluasi-jkn-tahun-2018>, diakses 10 Desember 2018 pukul 21.00

¹⁴ M. Nasser, dr., Sp.KK., D.Law., Rekonstruksi Hukum BPJS Kesehatan, Dibawakan pada acara Konferensi Nasional Hukum Kesehatan dan Kongres Nasional MHKI ke IV, Medan, 6 Desember 2018

¹⁵Endang Wahyati Yustina, "Hak atas Kesehatan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dan *Corporate Social Responsibility* (CSR)", *Jurnal Kisi Hukum Program Magister Hukum Kesehatan Universitas Katoik Soegijapranata Semarang*, Vol. 14 No. 1 Juni 2015

koordinasi kementerian atau lembaga manapun, sehingga sebagai Badan Negara, BPJS memiliki otoritas kebijakan yang independen.

- b. BPJS sebagai lembaga negara wajib menyampaikan laporan enam bulanan dan laporan insidental lain sesuai kebutuhan kepada Presiden, sehingga bila ada yang menyimpang Presiden dapat meluruskan langsung arah kebijakan Direksi BPJS.
- c. BPJS adalah Badan Negara yang independent dalam mengelola keuangan yang dihipungnya dari masyarakat maupun dari APBN/APBD. Hal ini berarti pada BPJS berlaku perundang-undangan tentang keuangan Negara sehingga kedudukan hukum negara pada BPJS Kesehatan sama dengan lembaga negara lain dalam mencapai akuntabilitas pemerintah.

Peraturan atau keputusan pimpinan BPJS memiliki daya ikat pada seluruh komponen yang terkait dengan operasional BPJS, yang semuanya mengatur organ di bawahnya. Bila dalam perjalanannya ada bagian-bagian dari kebijakan BPJS yang oleh pejabat setingkat Menteri, Kapolri, Jaksa Agung atau Gubernur BI dinilai menyimpang dari perundang-undangan yang lebih tinggi, maka penilaian tersebut harus disampaikan secara tertulis kepada Presiden dengan tembusan Direksi BPJS. Hukum Administrasi Negara disini berperan dalam mencegah konflik kewenangan. Bila konflik kewenangan tersebut tidak dicegah, maka akan dapat berakibat pada kesulitan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan peserta JKN-BPJS Kesehatan. Konflik kewenangan yang dapat terjadi adalah antara pemerintah (Kemenkes) sebagai regulator dan BPJS sebagai operator. Dalam lima tahun terakhir ini, Permenkes diterbitkan untuk mengatur operasional manajemen BPJS tanpa payung hukum, sehingga berpotensi terhadap terjadinya konflik kewenangan atau konflik kewajiban antara BPJS dengan Kemenkes karena keduanya sama-sama bertanggung jawab kepada Presiden. Sementara itu, Kemenkes tidak menerima langsung hasil monitoring dan evaluasi serta laporan per enam bulan dari BPJS, sehingga tidak memahami secara jelas tentang kinerja BPJS dalam kurun waktu harian dan bulanan.¹⁶

Peraturan dan keputusan Direktur Utama BPJS memiliki kekuatan setara dengan Peraturan Menteri dan Keputusan Menteri, Peraturan dan Keputusan Kapolri, Gubernur Bank Indonesia ataupun Jaksa Agung. Peraturan dan Keputusan ini bersifat mengikat semua pemangku kepentingan yang terkait dan tidak dapat ditafsirkan partial. Berdasarkan Hukum Administrasi Negara, Peraturan dan Keputusan Direktur Utama BPJS hanya mengikat BPJS saja dan tidak dapat digunakan untuk mengatur pihak-pihak yang memiliki perjanjian dengan BPJS. Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) pasal 6 tertulis bahwa, "Untuk penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional dengan Undang-Undang ini dibentuk Dewan Jaminan Sosial Nasional." Sedangkan dalam pasal 7 Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), berbunyi:¹⁷

- (1) Dewan Jaminan Sosial Nasional bertanggung jawab kepada Presiden
- (2) Dewan Jaminan Sosial Nasional berfungsi merumuskan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional
- (3) Dewan Jaminan Sosial Nasional bertugas:

¹⁶Endang Wahyati Yustina, "Hak atas Kesehatan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dan *Corporate Social Responsibility* (CSR)", *Jurnal Kisi Hukum Program Magister Hukum Kesehatan Universitas Katoik Soegijapranata Semarang*, Vol. 14 No. 1 Juni 2015

¹⁷Kementerian Kesehatan, "Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019", *Makalah* Rapat Konsultasi Nasional Program Kefarmasian dan Alkes, Palu, 31 Maret 2015.

- a. Melakukan kajian dan penelitian yang berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan sosial;
 - b. Mengusulkan kebijakan investasi Dana Jaminan Sosial Nasional; dan
 - c. Mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi penerima bantuan iuran dan tersedianya anggaran operasional kepada Pemerintah.
- (4) Dewan Jaminan Sosial Nasional berwenang melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial.

Dalam penjelasan pasal tersebut dapat dikatakan bahwa kajian dan penelitian yang dilakukan DJSN menyangkut standar operasional dan prosedur BPJS, termasuk besaran iuran dan manfaat, pentahapan kepesertaan dan perluasan program, pemenuhan hak peserta dan kewajiban BPJS. Dalam perkembangannya, pasal 6 dan pasal 7 Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diaplikasikan lain oleh Peraturan Presiden No 12 Tahun 2013 yang terus berubah menjadi Peraturan Presiden No 12 Tahun 2013, hingga dirubah lagi menjadi Peraturan Presiden No 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Beberapa pasal dalam Peraturan Presiden tersebut berbenturan dengan pasal 6 dan 7 Undang-Undang No 40 Tahun 2004. Dalam Perpres tersebut terdapat pernyataan bahwa ketentuan lebih lanjut tentang prosedur dan standar operasional BPJS diatur dengan peraturan Menteri.¹⁸

Hal tersebut tidak lazim dan bertentangan dengan Undang-Undang No 40 Tahun 2004 karena muatan yang sama telah diserahkan sebagai fungsi, tugas dan kewenangan DJSN. Selain itu, pengaturan prosedur dan standar operasional BPJS telah masuk dalam ruang lingkup fungsi, tugas dan wewenang Direksi BPJS seperti yang telah diatur dalam pasal 24 Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Selain itu, terdapat pula benturan antara Peraturan Presiden dengan Undang-Undang tersebut mengenai, "Persyaratan untuk membuat perjanjian tertulis BPJS dengan Fasilitas Kesehatan baik milik Pemerintah maupun Swasta diatur dengan Peraturan Menteri". Padahal dalam pasal 24 ayat (1) Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang BPJS menyatakan bahwa Direksi berfungsi melaksanakan penyelenggaraan kegiatan operasional BPJS yang menjamin peserta untuk mendapatkan manfaat sesuai hak-haknya. Hal ini juga tertulis dalam pasal 11 butir (d) yang menyatakan bahwa, BPJS berwenang untuk membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan.

Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pasal 24 yang menyatakan bahwa,

- (1) Besarnya pembayaran kepada fasilitas kesehatan untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara BPJS dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut.
- (2) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direksi bertugas untuk melaksanakan pengelolaan BPJS yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan evaluasi.

Peraturan Presiden No 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan juga menyebutkan bahwa Menteri bertanggung jawab untuk monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan jaminan kesehatan. Tanggung jawab tersebut jelas melampaui tugas, fungsi dan wewenang badan lain yang sudah ditetapkan undang-undang, yaitu Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pasal 7 dan Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial pasal 24 ayat (2). Begitu juga pada pasal 37 ayat (1) Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara

¹⁸*Ibid.*

Jaminan Sosial yang tidak memasukkan Menteri sebagai penerima laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas pengelolaan program yang berbunyi bahwa BPJS wajib menyampaikan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan yang telah diaudit oleh akuntan publik kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN paling lambat tanggal 30 Juni tahun berikutnya.

Berdasarkan uraian-uraian tersebut, dapat diartikan bahwa kewenangan Menteri Kesehatan untuk bertanggung jawab dalam monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan jaminan kesehatan seperti yang telah diatur dalam Peraturan Presiden tersebut, tidak memiliki dasar hukum yang memadai. Hal ini juga berarti kewenangan Menteri Kesehatan tersebut telah melampaui kewenangan badan lain (BPJS) yang telah ditetapkan Undang-Undang dalam hal kewenangan untuk monitoring dan evaluasi pelaksanaan program (JKN). Pasal-pasal dalam Peraturan Presiden tersebut sebenarnya tidak dapat dioperasionalkan dikarenakan tidak memiliki payung hukum yang kuat oleh karena tidak adanya peraturan lain di atas Peraturan Presiden tersebut yang memberikan kewenangan kepada Menteri Kesehatan untuk menegur atau “menghukum” Direksi BPJS. Jika dipandang dari perspektif lain, pasal-pasal dalam Peraturan Presiden tersebut jelas bertentangan dengan Pasal 11 sampai 13 Undang-Undang No 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundangan.

BPJS sebagai Badan Hukum Publik menjadi tidak sempurna dalam operasionalnya karena keterbatasan yang diciptakan melalui beberapa Perpres yang kontraproduktif. Hal ini berpotensi memicu terjadinya konflik kewenangan dan konflik tanggung jawab dalam pelaksanaan program JKN oleh BPJS. BPJS berpotensi menjadi tidak mandiri dalam membuat regulasi dan keputusan-keputusan operasional karena tergantung pada kementerian kesehatan sebagai regulator. Hampir semua regulasi BPJS dibuat oleh Kemenkes. Hal ini membuat kedudukan hukum BPJS menjadi tidak jelas sehingga menyebabkan pertanggungjawaban BPJS sebagai Badan Hukum Publik kepada Presiden menjadi tidak sempurna. BPJS Kesehatan tidak dapat sepenuhnya melakukan kewenangan operasional secara optimal dan mandiri sesuai perintah undang-undang karena menerima pembatasan-pembatasan yang tidak perlu yang selama ini diatur oleh peraturan perundangan di bawah undang-undang (Perpres).

Kelemahan-kelemahan BPJS dalam operasional pelayanan kesehatan maupun defisit sekitar 9 triliun dalam 3 tahun beroperasi dapat disebabkan oleh adanya benturan dan konflik kewenangan yang terjadi sebagai akibat langsung muatan Perpres yang bertentangan dengan amanah undang-undang. Akan tetapi hal ini masih harus dibuktikan dengan penelitian lanjutan lain terkait operasional BPJS dalam melaksanakan program JKN.¹⁹

Prinsip Keadilan dalam Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan

Jika dilihat dari segi prinsip keadilan sesuai dengan tiga tujuan pokok hukum, maka pengertian keadilan menurut Aristoteles menjelaskan bahwa keadilan merupakan “*distributive justice*”, yaitu memperlakukan yang sama dengan yang sama dan memperlakukan yang tidak sama dengan yang tidak sama. Keadilan yang dimaksud disini adalah dengan memperlakukan secara proporsional (*commutative justice*) dan adanya pemulihan jika digunakan pada tuntutan ganti kerugian (*remedial justice*). Keadilan yang sesuai dengan prinsip dasar hukum dapat dikatakan sepadan dengan keseimbangan (*balance*), kepatutan (*equity*) dan kewajaran (*proportionity*). Jaminan Kesehatan Nasional merupakan salah satu

¹⁹ *Ibid*

amanat konstitusi yaitu Undang-Undang Dasar 1945 yang berakar pada Hak Asasi Manusia. Program Jaminan Kesehatan Nasional yang merupakan program BPJS merupakan program besar yang berkesinambungan dan melibatkan banyak komponen.²⁰

Sejak tahun 2014 sampai dengan tahun 2018, fungsi JKN dalam menerapkan prinsip “keadilan” bagi masyarakat sudah dirasakan, khususnya oleh peserta BPJS (Penerima Bantuan Iuran) dan penderita penyakit katastropik, sehingga secara tidak langsung juga berdampak pada penurunan angka kemiskinan. Akan tetapi kemanfaatan yang dirasakan sebenarnya tidak optimal bahkan terkadang minimal. Anggaran yang ditetapkan, tidak memberikan kebebasan bagi provider (pemberi pelayanan kesehatan). Hak dan kewajiban peserta pun belum diatur dengan baik, bahkan dapat dikatakan tanggung jawab peserta masih sangat minimal.²¹ Rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit swasta merupakan salah satu provider BPJS. Akan tetapi jika merujuk pada prinsip keadilan Aristoteles seperti yang telah diuraikan sebelumnya, masing-masing provider tersebut memiliki kewajiban sama tetapi hak yang diterima berbeda. Rumah sakit pemerintah dalam operasionalnya disubsidi oleh Pemerintah, sedangkan operasional rumah sakit swasta dikelola secara mandiri tanpa subsidi pemerintah. Fasilitas dan tenaga kesehatan milik pemerintah (*fast public*) maupun milik swasta (*private*) merupakan pelaku layanan kesehatan yang telah melaksanakan kewajibannya, akan tetapi hak-hak sebagai provider BPJS tersandera oleh hak dan kebebasan dalam bekerja. Ketidakseimbangan tersebut dapat diartikan sebagai hilangnya keadilan dalam pelayanan BPJS bagi pihak provider.²²

Prinsip keadilan adalah memberikan setiap orang atau subjek hukum apa yang menjadi hak nya. Pemaksaan kehendak akibat kekosongan dasar kebijakan sejak awal, berakibat pada hilangnya unsur keadilan, kepastian dan kemanfaatan yang tidak proporsional karena tidak sesuai dengan standar profesi, kebebasan dan nilai keekonomian, sehingga dapat disebut sebagai cedera hukum pada pelaksanaan JKN-BPJS. Sistem Hukum JKN dapat dikatakan belum berjalan dengan baik dikarenakan kaidah dan tujuan hukum belum bisa diimplementasikan secara konkrit. Pembiayaan dan likuiditas yang terus bermasalah memberikan ketidakpastian dalam pembayaran klaim rumah sakit sampai pada saat ini memberikan dampak negatif khususnya dengan mengorbankan rumah sakit sebagai provider BPJS secara sepihak, sehingga proses hukum harus ditegakkan. Hilangnya prinsip keadilan dan kepastian hukum pada pelayanan BPJS menimbulkan kerugian dan pembiayaan yang tidak jelas. Hal ini tentunya telah memenuhi unsur-unsur dalam pasal 1365 KUHPerdara. Selain itu kualitas layanan rumah sakit pun akhirnya dipertaruhkan dengan alasan kendali biaya. Landasan hukum JKN oleh BPJS belum dapat dinilai baik terutama jika dilihat dari perspektif “prinsip keadilan”, padahal hakikat hukum adalah terlaksananya prinsip keadilan, kepastian dan kemanfaatan bagi para pihak.

Fraud dalam Pelayanan Kesehatan BPJS

Fraud menurut *Merriam Webster Online Dictionary* adalah sebuah tindakan kriminal dengan menggunakan metode-metode yang tidak jujur untuk mengambil keuntungan dari orang lain. Dilihat dari konteks JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, *fraud* secara khusus dapat dipahami sebagai suatu tindakan yang dilakukan secara sengaja untuk mencurangi atau mendapat manfaat dari program layanan kesehatan dengan cara yang tidak sepatasnya sehingga merugikan

²⁰ Agnes Anastasia S., “Program JKN yang Berkeadilan dan Berkelanjutan”, Dibawakan pada acara Konferensi Nasional Hukum Kesehatan dan Kongres Nasional MHKI IV Medan , 6 Desember 2018

²¹ *Ibid*

²² *Ibid*

Negara sebagai penyelenggara dan penyanggah dana (peserta) sistem JKN.²³ Pendapat lain menyatakan *Fraud* dalam pelaksanaan JKN 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.²⁴

Ada beberapa teori terjadinya tindakan *Fraud*, salah satu diantaranya adalah Teori “GONE”. Teori tersebut menjelaskan bahwa tindakan *fraud* terjadi karena keserakahan (*greedy*) untuk mendapatkan keuntungan sebesar-besarnya, adanya peluang (*opportunity*) untuk melakukan tindakan *fraud*, adanya kebutuhan (*need*) untuk menghindari kerugian dan pengaruh lingkungan (*exposure*) yang juga banyak melakukan *fraud*. Pendekatan yang lain adalah *fraud* terjadi karena adanya faktor predisposisi (*predisposing factors*), yaitu alasan untuk melakukan tindakan *fraud*, faktor pemungkin (*enabling factors*), yaitu kondisi yang memungkinkan dilakukannya *fraud* dan faktor penguat (*reinforcing factors*) yang meyakinkan pelaku untuk melakukan tindakan *fraud*. *Fraud* bisa terjadi diberbagai bidang kegiatan bisnis, pelayanan, *public service*, diseluruh dunia, dan khusus bidang asuransi kesehatan, di Negara-negara maju pun dapat juga terjadi *fraud*, antara 2 – 5% dari total biaya pelayanan kesehatan. Selama periode mulai diluncurkannya JKN 1 Januari 2014, ada 10 tindakan yang diduga *fraud*, sedangkan pihak KPK sejak 2014 sudah mendeteksi ada 6 pintu masuk terjadinya *fraud* dalam JKN di fasilitas kesehatan. Tindakan-tindakan tersebut meliputi:²⁵

1. *Up coding*: berusaha membuat kode diagnosis dan tindakan serta pelayanan yang ada lebih tinggi atau lebih kompleks dari yang sebenarnya dikerjakan di institusi faskes. Sebagai contoh yaitu seseorang penderita Diabetes Mellitus tipe 2 tanpa komplikasi, di coding dengan komplikasi neuropatik.
2. *Phantom Billing*: bagian penagihan di institusi faskes membuat suatu tagihan ke pihak penyelenggara JKN dari suatu tagihan yang tidak ada pelayanannya.
3. *Inflated Bills*: suatu tindakan membuat tagihan dari suatu pelayanan di RS menjadi lebih tinggi dari yang seharusnya.
4. *Service unbundling or fragmentation*: yaitu suatu tindakan yang sengaja melakukan pelayanan tidak langsung secara keseluruhan tetapi dibuat beberapa kali pelayanan, contohnya : pasang pen tiga buah pada tindakan operasi patah tulang, dipasang 2 pen dulu selama masa rawat inap pertama, dan pen yang lain dipasang kemudian pada periode perawatan berikutnya.
5. *Standard of Care*: suatu tindakan yang berusaha untuk memberikan pelayanan dengan menyesuaikan dari tariff INA-CBGs yang ada, sehingga dikawatirkan cenderung menurunkan kualitas dan standar pelayanan yang diberikan.
6. *Cancelled service*: melakukan penagihan atas tindakan pelayanan yang dibatalkan.
7. *No Medical Value* : melakukan pelayanan kesehatan yang tidak memberikan manfaat untuk pemeriksaan dan penataaksanaan pasien. Contoh: pemeriksaan penunjang yang tidak diperlukan.
8. *Unnecessary treatment*: melakukan suatu pengobatan atau memberikan suatu layanan kesehatan yang tidak dibutuhkan dan tidak diperlukan oleh pasien.
9. *Length of Stay*: melakukan perpanjangan masa rawat di faskes, biasanya diruangan ICU dengan ventilator kurang dari 36 jam tapi masa rawat inapnya dibuat lebih lama lebih 72 jam agar mendapatkan tariff yang lebih tinggi.

²³ Putu Eka Andayani, “Fraud pada Jaminan Kesehatan Nasional, Bagian 3, Definisi dan Jenis-Jenis Fraud”, <http://www.pdpersi.co.id/kanalpersi/hukum/content/article.php?mid=&catid=1&nid=9>

²⁴ Hasil Diskusi Komisi VIII Rakernas Wilayah Timur, “Pencegahan Fraud dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)”, Makassar 9-12 Maret 2015, <http://www.depkes.go.id/resources/download/rakerkesnas-2015/reg-timur/Komisi%208.pdf>. Diakses 29 November 2018 pukul 17.05

²⁵ Ika Nurfarida, “Pengaruh Potensi *Fraud* dalam Penerapan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Mutu Pelayanan di RSJ DR. Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang”, *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, Volume 3 Nomor 4 Desember 2014.

10. *Keystroke Mistake*: kesalahan yang dilakukan dengan sengaja dalam penginputan penagihan pasien dalam sistem tarif untuk mencapai penggantian tarif yang lebih tinggi.

Kesepuluh peluang *fraud* tersebut, memang ada yang sudah terkendali dengan adanya verifikasi yang dilakukan oleh verifikator BPJS Kesehatan, tetapi masih banyak juga modus yang tidak terjangkau oleh verifikator karena akses data yang terbatas. Peluang terjadinya *fraud* pada fasilitas-fasilitas kesehatan tentunya dilandasi oleh beberapa faktor penyebab, antara lain:²⁶

1. Tenaga medis bergaji rendah
2. Ketidakseimbangan antara sistem layanan kesehatan dan beban layanan kesehatan
3. Penyedia layanan kesehatan tidak memberi insentif yang memadai
4. Kekurangan pasokan peralatan medis
5. Inefisiensi dalam system
6. Kurangnya transparansi dalam fasilitas kesehatan
7. Faktor budaya

Lembaga konsultan *Ernst and Young* (EY) secara rutin melakukan survei terkait dengan trend terjadinya kecurangan secara global. Berdasarkan hasil survei tersebut EY menyatakan bahwa ada tiga hal yang menyebabkan dilakukannya *fraud*, yaitu:²⁷

- a. Adanya kesempatan dimana institusi keuangan mengalami penurunan yang berdampak pada kontrol internal
- b. Adanya motivasi, misalnya takut bangkrut, faktor penurunan ekonomi maupun kompetensi yang semakin ketat
- c. Adanya justifikasi dimana orang akan menciptakan rasionalisasi untuk membenarkan tindakan salah mereka

Fraud dapat terjadi pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) maupun pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL). *Fraud* kemungkinan terjadi lebih besar pada pelayanan kesehatan di tingkat primer dikarenakan umumnya klinisi sendiri yang langsung mengendalikan pelayanan yang diberikan. Akan tetapi kejadian ini juga dapat terjadi pada pelayanan kesehatan tingkat lanjut jika pihak rumah sakit masih menerapkan perhitungan honor atau jasa medik dokter berdasarkan kasus (*fee for service*). Kejadian *fraud* pada FKTP dapat berasal dari beberapa pihak, antara lain:²⁸

1. Peserta BPJS Kesehatan
 - a. Menggunakan kartu BPJS Kesehatan orang lain
 - b. Memalsukan kartu BPJS Kesehatan
2. BPJS Kesehatan
 - a. Tidak membayar besaran nilai kapitasi sebagaimana harusnya
 - b. Terlambat pembayaran kapitasi dan klaim
 - c. Tidak membayar kapitasi dan klaim
 - d. Penunjukan FKTP yang tidak layak
3. FKTP
 - a. Memalsukan data fasilitas dan SDM FKTP
 - b. Mengurangi jam kerja
 - c. Rujukan yang tidak seharusnya
 - d. Pelayanan sub standar
 - e. Memperpanjang hari rawat pada FKTP rawat inap

²⁶*Ibid.*

²⁷ Hasil Diskusi Komisi VIII Rakernas Wilayah Timur, "Pencegahan Fraud dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)", Makassar 9-12 Maret 2015, <http://www.depkes.go.id/resources/download/rakerkesnas-2015/reg-timur/Komisi%208.pdf>. Diakses 29 November 2018 pukul 17.05

²⁸ Putu Eka Andayani, *Ibid*

- f. Menerima imbalan atas rujukan
4. Dinas Kesehatan
 - a. Memberikan rekomendasi tidak sesuai dengan kenyataan FKTP *Fraud* pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut dapat berasal dari beberapa pihak, antara lain:²⁹
 1. Peserta
 - a. Menggunakan kartu orang lain
 - b. Tidak membayar urun biaya naik kelas perawatan
 2. BPJS Kesehatan
 - a. Memperlambat proses verifikasi
 - b. Terlambat pembayaran klaim
 - c. Tidak membayar klaim
 - d. Membayar tidak sesuai tarif INA-CBG (*Indonesia Case Base Groups*)
 - e. Membayar klaim tidak sesuai hak kartu peserta
 - f. Mengganti kode diagnosis yang sudah benar
 - g. Penunjukan FKTL yang tidak layak
 - h. Merubah harga tidak sesuai e-katalog
 3. FKTL
 - a. Penulisan kode diagnosis yang berlebihan (*upcoding*)
 - b. Penjiplakan klaim (*cloning*)
 - c. Klaim palsu (*phantom billing*)
 - d. Penggelembungan tagihan obat dan alkes (*phantom billing*)
 - e. Pemecahan episode pelayanan (*service unbundling*)
 - f. Rujukan semu (*self referral*)
 - g. Tagihan berulang (*repeat billing*)
 - h. Memanipulasi lama perawatan (*length of stay*)
 - i. Memanipulasi kelas perawatan (*type of room charge*)
 - j. Membatalkan tindakan yang wajib dilakukan (*cancelled service*)
 - k. Melakukan tindakan yang tidak perlu (*no medical value*). - Penyimpangan terhadap standar pelayanan (*standard of care*)
 - l. Melakukan tindakan yang tidak perlu (*unnecessary treatment*)
 - m. Perpanjangan penggunaan ventilator
 - n. Tidak melakukan visit (*phantom visite*)
 - o. Admisi berulang (*readmission*)
 - p. Melakukan rujukan yang tidak seharusnya
 - q. Memanipulasi tanggal pelayanan.
 4. Supplier Farmasi dan Alkes:
 - a. Tidak mengirimkan pesanan obat sesuai kebutuhan pasien JKN
 - b. Merubah harga tidak sesuai e-katalog

Fraud yang terjadi *by-system*, yaitu ketika seorang klinisi terpaksa melakukan *fraud* dikarenakan sistem yang ada. maka tentunya sistem yang harus diperbaiki. Dalam hal ini Divisi Pencegahan di KPK bisa menjadi partner. Namun sebagian *fraud* memang dalam bentuk kriminal sehingga perlu penindakan. Dalam hal ini, Divisi Penindakan di KPK yang dapat menjadi partner.³⁰ Setelah Sistem JKN berjalan, laporan penelitian yang tersedia baru sebatas mengidentifikasi jenis-jenis *fraud* yang terjadi, itupun baru sebatas di fasilitas kesehatan. Belum ada laporan atau hasil penelitian mengenai *fraud* di masyarakat, BPJS dan rekanan (obat, alkes). Jadi angka kejadian *fraud by-sytem* masih tinggi, ada kekhawatiran bahwa ini nantinya akan tercampur dengan kasus *fraud*

²⁹ *Ibid*

³⁰ *Ibid*

yang murni kriminal. Contoh di Indonesia adalah sistem penetapan kegawatdaruratan. Belum ada sistem untuk membangun kejelasan pengertian yang sama antara pasien, RS, BPJS, sehingga saat ini banyak RS yang terpaksa “menggawatdaruratkan” pasien di IGD. Namun jika ada pasien kecelakaan lalu lintas yang kemudian dibawa ke RS, ternyata sulit dapat laporan polisi karena keluarga tidak mau mengurus, mengingat korban tidak punya SIM, lalu akhirnya RS terpaksa menggugurkan hak pertanggungjawabannya sebagai peserta JKN, ini bukan termasuk *fraud by-system* sebagaimana yang terjadi di Amerika. Pada kasus ini justru RS telah mengikuti prosedur.³¹

Rekonstruksi Hukum BPJS Sebagai Pencegahan Terjadinya *Fraud* dalam Pelayanan Kesehatan

Sejak beroperasi 1 Januari 2014 sampai sekarang BPJS Kesehatan mengalami banyak tantangan dalam melaksanakan program jaminan kesehatan nasional (JKN)/ Kartu Indonesia Sehat (KIS). Diantaranya mencegah terjadinya tindak kecurangan (*fraud*). Tindak kecurangan disinyalir bisa terjadi dalam pelaksanaan JKN. *Fraud* dapat dikatakan sebagai tindakan yang dilakukan untuk mencari keuntungan secara tidak wajar. Untuk itu diperlukan langkah kongkrit membuat sistem pencegahan, deteksi, dan penindakan kecurangan (*fraud*). Inilah yang mendasari pembahasan atau penyusunan Permenkes No.36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Jaminan Kesehatan Nasional.³² Pencegahan *fraud* dalam JKN secara umum memiliki tujuan untuk menghindari terjadinya penyimpangan dalam pelaksanaan Program JKN. Tujuan khusus pencegahan *fraud* dalam JKN antara lain:³³

1. Mencegah terjadinya *fraud*
2. Menangkal pelaku potensial
3. Mempersulit gerak langkah pelaku *fraud*
4. Mengidentifikasi kegiatan berisiko tinggi dan kelemahan pengendalian internal
5. Tuntutan kepada pelaku

Salah satu titik paling rawan potensi *fraud* dalam program JKN/KIS itu ada di tingkat fasilitas kesehatan (faskes) sebagaimana telah dibahas sebelumnya. BPJS Kesehatan dapat dikatakan relatif baik pengawasannya karena yang mengawasi itu internal dan eksternal (DJSN, OJK). Faskes seperti fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) paling rawan melakukan rujukan yang tidak perlu. Sementara di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) paling rawan melakukan penulisan kode diagnosis yang berlebihan (*upcoding*). Potensi rawan *fraud* juga terjadi dalam hal klaim yang dibayar BPJS Kesehatan ke RS. Sebab klaim yang dibayar BPJS Kesehatan mengacu paket tarif INA-CBGs tanpa batas atas, sementara pihak Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), khususnya rumah sakit, dapat merasa tidak puas terhadap tarif INA-CBGs tersebut. Motivasi untuk mencari “keuntungan ekonomi” akhirnya mendorong terjadinya *fraud* pada PPK. Hal ini terjadi karena regulasi yang belum jelas, sementara JKN/KIS merupakan program besar.³⁴

Fraud pada BPJS Kesehatan dapat terjadi karena beberapa hal, terutama pada regulasi yang belum dapat menegakkan ketiga unsur utama hukum secara jelas. Beberapa alasan tepat maraknya kecurangan pada BPJS Kesehatan antara lain karena adanya kelemahan atau kekosongan hukum yang mengatur *fraud* pada BPJS dan peraturan perundangan yang mengatur tentang *fraud* dalam bentuk Permenkes maupun peraturan BPJS selama ini hanyalah mengatur isu pencegahan dan tidak memiliki daya penegakan hukum. Selain itu, tidak adanya sanksi atau penegakan hukum yang

³¹ *Ibid*

³² InfoBPJS Kesehatan, Edisi XXIX, “Tindak Kecurangan (Fraud) Merugikan Program JKN (Negara)”, <http://www.pdpersi.co.id/kanalpersi/data/elibrary/fraud/majalahbpjs.pdf>. 2015. Diakses tanggal 2 Desember 2018 pukul 20.00

³³ *Ibid*

³⁴ M. Nasser, dr., Sp.KK., D.Law., “Fraud in Healthcare”, Dibawakan pada acara Konferensi Nasional Hukum Kesehatan dan Kongres Nasional MHKI ke IV, Medan, 6 Desember 2018

memadai terkait dengan BPJS Kesehatan, kurangnya sosialisasi aturan dan moral dalam *fraud* pada hampir seluruh pemangku kepentingan BPJS Kesehatan, lemahnya sistem pengawasan JKN, serta rendahnya kualitas kesadaran sosial masyarakat maupun Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) memicu terjadinya tindakan *fraud* dalam pelayanan kesehatan.³⁵

Mencegah kecurangan (*fraud*) jadi salah satu tantangan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional/Kartu Indonesia Sehat (JKN/KIS) yang diselenggarakan BPJS Kesehatan. Salah satu dampak tindak kecurangan itu berdampak mengganggu kesehatan keuangan BPJS Kesehatan karena dana yang dibayar untuk memberikan manfaat kepada peserta menjadi sangat besar. Jika hal ini terus terjadi, maka keuangan Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan akan terganggu, bahkan sustainability program JKN/KIS menjadi terancam.³⁶ Secara umum *fraud* terjadi karena sistem kesehatan yang berjalan menggunakan jaminan dalam bentuk klaim. Dalam program JKN/KIS, BPJS Kesehatan membayar pelayanan yang telah diberikan fasilitas kesehatan seperti RS ke peserta dengan berbasis klaim. Klaim yang disusun itu berdasarkan berbagai kode tindakan. Kode tindakan itu dapat dimanipulasi sehingga menguntungkan oknum di RS. Akibat *fraud* itu BPJS Kesehatan membayar klaim lebih besar dari yang seharusnya. Perilaku *fraud* itu merupakan tindakan yang bisa menular. Jika ada pelaku *fraud* yang tidak terdeteksi dan tidak ditindak, itu akan menjadi contoh bagi pihak lain untuk melakukan *fraud*. Tanpa pencegahan dan penindakan maka kerugian yang timbul akibat *fraud* akan terus menumpuk dan membesar.³⁷

Ada yang beranggapan tindakan itu sebagai bentuk kompensasi karena persepsi pemberi layanan terhadap besaran tarif yang ada di INA-CBGs di nilai rendah. Sehingga kecurangan dilakukan untuk menutupi kekurangan besaran tarif INA-CBGs itu. Motivasi mencari 'keuntungan ekonomi' merupakan naluri dasar manusia. Selain itu belum berjalannya penindakan juga berpotensi memunculkan *fraud* dalam JKN.³⁸ Peraturan Menteri Kementerian Kesehatan No.36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional mendefinisikan *fraud* dalam program JKN disebut sebagai tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan serta penyedia obat dan alat kesehatan untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam SJSN melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan. Atas dasar itu bisa dipastikan *fraud* dalam program JKN/ KIS sangat merugikan semua pihak mulai dari BPJS Kesehatan sampai seluruh masyarakat Indonesia, bahkan Negara. Oleh karenanya perlu upaya serius dan komitmen semua pihak untuk mencegah terjadinya *fraud* dalam program JKN/KIS. Pencegahan *fraud* seharusnya dapat dilakukan melalui intervensi di sistem mikro pelayanan kesehatan, yaitu dengan penerapan empat pilar *Clinical Governance* (fokus kepada pasien, manajemen kinerja klinis, manajemen risiko serta manajemen dan pengembangan para profesional).³⁹

Undang-Undang SJSN dan Undang-Undang BPJS tidak mengatur secara jelas dan rinci tentang penipuan atau *fraud*. Kedua regulasi tersebut hanya menekankan pada kendali mutu dan biaya. Padahal dalam setiap skema asuransi potensi *fraud* itu pasti ada. Apalagi asuransi kesehatan yang pelaksanaannya sangat rumit. Bahkan sekalipun regulasi yang ada untuk mencegah dan menindak *fraud* sangat kuat, seperti yang ada di Amerika Serikat (AS), tetap saja tidak bisa 100

³⁵ *Ibid*

³⁶ Laksono Trisnantoro, InfoBPJS Kesehatan, Edisi XXIX Bulan November 2015, "Kesadaran Semua Pihak Dibutuhkan untuk Mencegah Fraud", http://www.pdpersi.co.id/kanalpersi/data/elibrary/fraud_majalahbps.pdf. Diakses tanggal 3 Desember 2018 pukul 21.10

³⁷ *Ibid*,

³⁸ *Ibid*

³⁹Hanevi Djasri, Puti Aulia Rahma & Eva Tirtabayu Hasri, "Korupsi dalam Pelayanan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional: Kajian Besarnya Potensi dan Sistem Pengendalian Fraud" *Jurnal Integritas*, Volume 2 Nomor 1 – Agustus 2016.

persen mencegah *fraud*. Oleh karena itu dibutuhkan regulasi yang ketat mengatur guna meminimalisir terjadinya *fraud* dalam program JKN/KIS. Permenkes No.36 Tahun 2015 hanya menjatuhkan sanksi administratif saja bagi pelaku *fraud*, sehingga masih perlu disempurnakan dengan adanya sanksi yang lebih tegas lagi untuk mencegah agar orang tidak berani melakukan *fraud* dalam program JKN/KIS. Permenkes No 36 Tahun 2015 tersebut menunjuk Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan sebagai pihak ketiga ketika terjadi perbedaan pendapat antara BPJS Kesehatan dan faskes ketika terjadi indikasi *fraud*. Praktikanya nanti pihak ketiga itu dituntut untuk sanggup mendeteksi indikasi *fraud*. Dibutuhkan kemampuan yang baik agar hal itu bisa dilakukan karena tehnik-tehnik *fraud* itu tergolong canggih dan masuk di ranah kejahatan “kerah putih”. Di negara lain seperti AS, investigasi terhadap indikasi *fraud* dilakukan oleh institusi profesional dibidang investigasi yaitu FBI. Untuk itu guna mengusut *fraud* yang terjadi dalam JKN/KIS perlu dibentuk tim investigasi independen yang ada di setiap provinsi. Hasil kerja tim independen itu pasti lebih diterima oleh pihak yang berselisih dalam perkara dugaan terjadinya *fraud*.⁴⁰

Di AS kerugian akibat *fraud* ditaksir sekitar 5-10 persen. Jumlah itu sangat besar. Padahal regulasi pencegahan dan penindakan *fraud* di AS relatif ketat, tapi tetap saja belum ampuh menangkal *fraud*. Dikhawatirkan jumlah kerugian akibat *fraud* di Indonesia lebih tinggi mengingat indeks korupsi di Indonesia masih tinggi. Hal yang paling penting sebagai cara efektif untuk mencegah *fraud* adalah kesadaran semua pihak terhadap *fraud*. Jangan sampai para pihak terkait tidak menyadari adanya potensi *fraud*, apalagi menyangkalnya. Jika kesadaran itu tidak ada maka merugikan kita semua karena *fraud* terus terjadi. Akibatnya klaim yang dibayar BPJS Kesehatan sangat besar sehingga membuat kesehatan keuangan BPJS Kesehatan menjadi buruk. Selain itu, harus ada regulasi yang memberi batasan atau standar yang jelas untuk membedakan mana tindakan yang dikategorikan *fraud* atau tidak. Jika itu tidak dilakukan maka tindak kecurangan yang terjadi akan terus menumpuk dan bisa saja suatu saat aparat penegak hukum mengusutnya. Permenkes No.36 Tahun 2015 juga mengatur sanksi administratif bagi pelaku *fraud*. Akan tetapi sanksi tersebut masih dianggap meragukan karena regulasi di bidang kesehatan tidak ketat, terutama terkait pengawasan. Namun demikian, sanksi administratif tersebut tetap harus ditegakkan sebagaimana aturan yang telah ditetapkan. Penerapan sanksi administratif juga harus sinergis dengan pidana, sehingga perlu dilakukan penegakan hukum yang dapat memberikan efek jera.

Regulasi khusus yang mengatur tentang *fraud* harus segera dibuat, bentuknya bisa berupa Undang-Undang Anti *Fraud* dalam Pelayanan Kesehatan. Regulasi khusus tersebut dianggap penting karena ketentuan KUHP yang bisa dikenakan kepada pelaku *fraud* sifatnya “lembek” karena ketentuan itu sesungguhnya hanya ditujukan untuk penipuan yang sifatnya umum, tidak khusus pada kasus *fraud*.⁴¹ Praktik sistem anti *fraud* di AS dan Australia dapat dipelajari dan diadopsi dengan penyesuaian untuk dapat digunakan di Indonesia dalam penerapan sistem anti *fraud*. Sejumlah aturan pencegahan *fraud* yang diatur dalam regulasi tersebut diantaranya bagaimana peran institusi terkait seperti departemen kesehatan dan kejaksaan dalam rangka mencegah *fraud*. Masyarakat Hukum Kesehatan Indonesia pada tanggal 30 Januari 2017 juga telah mengusulkan kepada Komisi III dan Tim Pemerintah untuk disetujui pasal baru tentang *fraud* dalam RUU KUHP yang berbunyi, “...Setiap orang yang melakukan klaim palsu untuk memperoleh keuntungan secara curang atau melawan hukum yang merugikan program Jaminan Sosial Nasional diancam hukuman penjara 3 tahun atau denda kategori...”.⁴²

⁴⁰ *Ibid*

⁴¹ *Ibid*

⁴²Bulletin of the World Health Organization, 2011, Prevention not cure in tackling health-care *Fraud*, Volume 89, Number 12, 853 –928.

Bedasarkan pembahasan tersebut, dibutuhkan peran serta pemerintah maupun masyarakat dalam mengatasi permasalahan pembiayaan kesehatan guna menghindari terjadinya *fraud* dalam pelayanan kesehatan. Peran serta pemerintah dalam menanggulangi permasalahan tersebut antara lain dengan melakukan upaya desentralisasi pelayanan kesehatan yang adil dan merata dalam pelaksanaan promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif di seluruh daerah. Selain itu juga dengan meningkatkan pelayanan di Unit Kesehatan Masyarakat dalam bentuk promotif maupun preventif, melaksanakan rujukan berjenjang dengan regulasi yang jelas, menciptakan tenaga kesehatan lokal yang bermutu tinggi (*pooling mechanism*), meningkatkan pendapatan daerah melalui potensi daerah (*revenue collection*) dan menciptakan petugas yang amanah sehingga dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat. Peningkatan kepercayaan masyarakat kepada petugas kesehatan maka dapat memotivasi masyarakat untuk patuh membayar iuran BPJS (*purchasing mechanism*). Peran serta masyarakat juga tidak kalah penting dalam mengatasi permasalahan JKN, yaitu dengan ikut serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi, mewujudkan kesadaran diri dalam pengembangan potensi daerahnya, aktif sebagai peserta BPJS dengan membayar iuran secara rutin, serta turut melakukan monitoring dan evaluasi dalam kebijakan pemerintah.⁴³

PENUTUP

Bedasarkan penjelasan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa prinsip keadilan, kepastian dan kemanfaatan dalam pelayanan BPJS belum dapat dirasakan oleh seluruh pihak, terutama pihak Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) sebagai provider BPJS dan juga pihak BPJS yang menjadi tidak jelas kedudukan serta kewenangannya dikarenakan Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang berbenturan dengan Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan. Meskipun kemanfaatan pelayanan BPJS sudah dapat dirasakan terutama oleh pihak peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) BPJS, adanya ketidakadilan dan ketidakpastian hukum serta besarnya peluang memicu terjadinya *fraud* di berbagai pihak, terutama pihak PPK dengan adanya system INA-CBGs pada pelayanan kesehatan program JKN oleh BPJS

REFERENCES

- Abdul Kadir Jaelani, "Fungsi-fungsi Aparat Pemerintah Daerah dalam Mewujudkan Tujuan Negara Bidang Kesehatan di Pemerintah Kabupaten Lombok Timur Nusa Tenggara Barat", *Jurnal Supremasi Hukum UIN Sunan Kalijaga*, Vol.6 No. 1, Juni 2017.
- Agnes Anastasia S., "Program JKN yang Berkeadilan dan Berkelanjutan", Dibawakan pada acara Konferensi Nasional Hukum Kesehatan dan Kongres Nasional MHKI IV Medan , 6 Desember 2018
- Anonim, Evaluasi JKN Tahun 2018, <https://kebijakankesehatanindonesia.net/23-agenda/3419-evaluasi-jkn-tahun-2018>, diakses 10 Desember 2018 pukul 21.00
- Arif Suprianto dan Dyah Mutiarin, "Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (Studi Tentang Hubungan Stakeholder, Model Pembiayaan dan Outcome JKN di Kabupaten Bantul Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta)", *Journal of Governance and Public Policy*, Vol.4, No.1, Februari 2017.
- BPJS Kesehatan, Sejarah Perjalanan Jaminan Sosial di Indonesia, <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/pages/detail/2013/4>. Diakses 30 Oktober 2018 pukul 20.05

⁴³ Rezky Ami C., "Peran Pemerintah dan Masyarakat dalam Permasalahan Pembiayaan Kesehatan di Indonesia", Dibawakan pada acara Konferensi Nasional Hukum Kesehatan dan Kongres Nasional MHKI ke IV, Medan, 6 Desember 2018

- Bulletin of the World Health Organization, 2011, Prevention not cure in tackling health-care *Fraud*, Volume 89, Number 12, 853 –928.
- Endang Wahyati Yustina, “Hak atas Kesehatan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dan *Corporate Social Responsibility (CSR)*”, *Jurnal Kisi Hukum Program Magister Hukum Kesehatan Universitas Katoik Soegijapranata Semarang*, Vol. 14 No. 1 Juni 2015.
- Endang Wahyati Yustina, “Hak atas Kesehatan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dan *Corporate Social Responsibility (CSR)*”, *Jurnal Kisi Hukum Program Magister Hukum Kesehatan Universitas Katoik Soegijapranata Semarang*, Vol. 14 No. 1 Juni 2015
- Hanevi Djasri, Puti Aulia Rahma & Eva Tirtabayu Hasri, “Korupsi dalam Pelayanan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional: Kajian Besarnya Potensi dan Sistem Pengendalian Fraud” *Jurnal Integritas*, Volume 2 Nomor 1 – Agustus 2016.
- Hasil Diskusi Komisi VIII Rakernas Wilayah Timur, “Pencegahan Fraud dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)”, Makassar 9-12 Maret 2015, <http://www.depkes.go.id/resources/download/rakerkesnas-2015/reg-timur/Komisi%208.pdf>. Diakses 29 November 2018 pukul 17.05
- Hasil Diskusi Komisi VIII Rakernas Wilayah Timur, “Pencegahan Fraud dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)”, Makassar 9-12 Maret 2015, <http://www.depkes.go.id/resources/download/rakerkesnas-2015/reg-timur/Komisi%208.pdf>. Diakses 29 November 2018 pukul 17.05
- Ika Nurfarida, “Pengaruh Potensi *Fraud* dalam Penerapan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Mutu Pelayanan di RSJ DR. Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang”, *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, Volume 3 Nomor 4 Desember 2014.
- InfoBPJS Kesehatan, Edisi XXIX, “Tindak Kecurangan (Fraud) Merugikan Program JKN (Negara)”, <http://www.pdpersi.co.id/kanalpersi/data/elibrary/fraud/majalahbpjs.pdf>. 2015. Diakses tanggal 2 Desember 2018 pukul 20.00
- Jansje Grace Makisurat, Y. Budi Sarwo, Daniel Budi Wibowo, “Pelaksanaan Pelayanan Gawat Darurat Bagi Peserta Bpjs Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Ratu Aji Putri Botung Ditinjau Dari Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/Menkes/Sk/Ix/2009 Tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit”, *Jurnal Hukum Kesehatan*, Volume 4, Nomor 1 Tahun 2018.
- Kementerian Kesehatan, “Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019”, *Makalah Rapat Konsultasi Nasional Program Kefarmasian dan Alkes*, Palu, 31 Maret 2015.
- Laksono Trisnantoro, InfoBPJS Kesehatan, Edisi XXIX Bulan November 2015, “Kesadaran Semua Pihak Dibutuhkan untuk Mencegah Fraud”, <http://www.pdpersi.co.id/kanalpersi/data/elibrary/fraud/majalahbpjs.pdf>. Diakses tanggal 3 Desember 2018 pukul 21.10
- M. Nasser, dr., Sp.KK., D.Law., “Fraud in Healthcare”, Dibawakan pada acara Konferensi Nasional Hukum Kesehatan dan Kongres Nasional MHKI ke IV, Medan, 6 Desember 2018
- M. Nasser, dr., Sp.KK., D.Law., Rekonstruksi Hukum BPJS Kesehatan, Dibawakan pada acara Konferensi Nasional Hukum Kesehatan dan Kongres Nasional MHKI ke IV, Medan, 6 Desember 2018
- Menkes RI, Sistem Kesehatan Nasional, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 131/MENKES/SK/II/2004 tanggal 10 Februari 2004, https://peraturan.bkpm.go.id/jdih/userfiles/batang/KEPMENKES_131_2004.pdf. Diakses 2 November 2018 pukul 14.50
- Muchsan, 2007, *Sistem Pengawasan Terhadap Perbuatan Aparat Pemerintah dan Peradilan Tata Usaha Negara di Indonesia*, Liberty, Yogyakarta.

- Nunung Aryanti, et al., Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, <http://perawatpskepb.blogspot.com/2016/05/makalah-badan-penyelenggara-jaminan.html>.
Diakses 2 Desember 2018 pukul 10.00
- Putu Eka Andayani, "Fraud pada Jaminan Kesehatan Nasional, Bagian 3, Definisi dan Jenis-Jenis Fraud",
<http://www.pdpersi.co.id/kanalpersi/hukum/content/article.php?mid=&catid=1&nid=9>
- Rezky Ami C., "Peran Pemerintah dan Masyarakat dalam Permasalahan Pembiayaan Kesehatan di Indonesia", Dibawakan pada acara Konferensi Nasional Hukum Kesehatan dan Kongres Nasional MHKI ke IV, Medan, 6 Desember 2018
- Setyo Trisnadi, "Perlindungan Hukum Profesi Dokter dalam Penyelesaian Sengketa Medis", *Jurnal Pembaharuan Hukum*, Volume IV No. 1 Januari - April 2017.
- Yohanes Budi Sarwo, "Tinjauan Yuridis terhadap Kecurangan (*Frauds*) dalam Industri Asuransi Kesehatan di Indonesia", *Jurnal Kisi Hukum Program Magister Hukum Kesehatan Universitas Katoik Soegijapranata Semarang*, Vol. 14 No. 1 Juni 2015.