



DOI: <https://doi.org/10.38035/jihhp.v5i6>  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

## Penegakan Hukum Terhadap Tuduhan (Kecurangan) FRAUD oleh BPJS Kesehatan Kepada Rumah Sakit dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional yang tidak Berdasarkan Bukti Hukum

Debi Intan Suri<sup>1</sup>, Diah Arimbi<sup>2</sup>, Ahmad Jaeni<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hukum Kesehatan, Sekolah Tinggi Hukum Militer, Jakarta, Indonesia, [newdebi2025@gmail.com](mailto:newdebi2025@gmail.com).

<sup>2</sup> Hukum Kesehatan, Sekolah Tinggi Hukum Militer, Jakarta, Indonesia, [arimbi2510@gmail.com](mailto:arimbi2510@gmail.com).

<sup>3</sup> Hukum Kesehatan, Sekolah Tinggi Hukum Militer, Jakarta, Indonesia, [jaeni2199@gmail.com](mailto:jaeni2199@gmail.com).

Corresponding Author: [newdebi2025@gmail.com](mailto:newdebi2025@gmail.com)<sup>1</sup>

**Abstract:** *The National Health Insurance (Jaminan Kesehatan Nasional/JKN) program administered by BPJS Kesehatan represents the realization of the constitutional right to health services in Indonesia. However, its implementation has raised significant legal concerns, particularly regarding allegations of fraud directed at partner hospitals. These allegations are often made without clear legal procedures or sufficient evidence, resulting in legal uncertainty and an imbalance in the relationship between BPJS and healthcare providers. This research aims to analyze the legal framework governing the burden of proof in fraud allegations within the JKN system, evaluate the legal accountability of unfounded accusations, and assess the application of justice principles in administrative legal enforcement by BPJS. Using a normative legal research method with statutory and conceptual approaches, the study finds a regulatory gap in the evidentiary procedures for fraud allegations. This gap enables potential abuse of power and violations of the presumption of innocence and substantive justice. Therefore, the study calls for stronger and more accountable legal regulations to ensure the protection of partner hospitals' rights and support a fair national health service system.*

**Keyword:** *National Health Insurance, BPJS Kesehatan, fraud allegation, legal evidence, hospital protection, justice principles, regulatory gap.*

**Abstrak:** Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan merupakan wujud pelaksanaan hak konstitusional atas pelayanan kesehatan. Namun, dalam implementasinya, muncul berbagai persoalan hukum, khususnya terkait tuduhan fraud (kecurangan) yang dialamatkan kepada rumah sakit mitra. Tuduhan ini seringkali disampaikan tanpa prosedur pembuktian yang jelas, serta tidak diiringi dengan perlindungan hukum yang memadai, sehingga menimbulkan ketidakpastian hukum dan ketimpangan relasi antara BPJS dan rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaturan hukum mengenai pembuktian fraud dalam program JKN, mengevaluasi tanggung jawab hukum atas tuduhan yang tidak berbasis fakta, serta menilai penerapan prinsip keadilan dalam proses penegakan hukum administratif oleh BPJS. Metode penelitian yang digunakan

adalah yuridis normatif dengan pendekatan perundang-undangan dan konseptual. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat kekosongan hukum (legal vacuum) dalam mekanisme pembuktian tuduhan fraud oleh BPJS, yang membuka ruang bagi penyalahgunaan kewenangan dan potensi pelanggaran asas praduga tak bersalah serta keadilan substantif. Oleh karena itu, diperlukan penguatan regulasi yang lebih akuntabel dan berkeadilan untuk menjamin perlindungan hukum bagi rumah sakit sebagai mitra strategis dalam pelayanan kesehatan nasional.

**Kata Kunci:** JKN, BPJS Kesehatan, tuduhan fraud, pembuktian hukum, perlindungan rumah sakit, keadilan hukum, kekosongan hukum.

## PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak asasi setiap warga negara dan bagian dari kesejahteraan umum yang harus dijamin oleh negara. Hal ini ditegaskan dalam Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang menyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak. Amanat konstitusional ini menjadi landasan dalam penyelenggaraan sistem kesehatan nasional yang berkeadilan dan merata.

Sebagai bentuk pelaksanaan amanat konstitusi tersebut, negara mengatur sistem jaminan kesehatan sosial nasional yang bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Hal ini diatur melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) yang menjadi dasar hukum terbentuknya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dalam konteks ini, BPJS Kesehatan dibentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, dengan tugas menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Tujuan utama dari Program JKN adalah memberikan perlindungan kesehatan yang menyeluruh dan berkesinambungan kepada seluruh penduduk Indonesia melalui mekanisme asuransi sosial. Sistem ini mengharuskan peserta membayar iuran yang dikelola oleh BPJS Kesehatan, sementara fasilitas Kesehatan baik milik pemerintah maupun swasta menjadi mitra dalam pelayanan kepada peserta JKN.

Namun dalam pelaksanaannya, program JKN tidak terlepas dari berbagai persoalan hukum dan administratif, salah satunya terkait dengan tuduhan praktik kecurangan (fraud) yang ditujukan oleh BPJS Kesehatan kepada rumah sakit. Tuduhan ini seringkali disampaikan tanpa prosedur pembuktian yang kuat dan tidak dilandasi oleh mekanisme hukum yang jelas. Praktik tersebut dapat merugikan rumah sakit dari sisi reputasi maupun finansial, serta menimbulkan ketidakpastian hukum dalam hubungan antara penyedia layanan kesehatan dan penyelenggara jaminan sosial.

Permasalahan menjadi semakin kompleks karena hingga saat ini belum terdapat ketentuan hukum yang secara tegas mengatur tentang mekanisme pembuktian dalam kasus fraud JKN. Instrumen hukum yang digunakan umumnya hanya berupa pedoman internal BPJS atau regulasi teknis yang belum memiliki kekuatan hukum setara dengan peraturan perundang-undangan. Hal ini menimbulkan kekosongan hukum (legal vacuum) yang berpotensi disalahgunakan dan berdampak pada pelanggaran prinsip-prinsip hukum seperti asas keadilan, asas praduga tak bersalah, dan asas legalitas dalam administrasi negara.

Sebagai akibatnya, rumah sakit yang dituduh melakukan fraud tidak memiliki mekanisme perlindungan hukum yang memadai dan tidak dapat memperoleh kepastian hukum dalam menghadapi tuduhan tersebut. Tuduhan yang tidak berbasis bukti hukum yang kuat juga bertentangan dengan prinsip keadilan substantif yang seharusnya menjadi pedoman dalam setiap proses hukum dan administrasi.

Namun, dalam beberapa tahun terakhir, muncul berbagai kasus di mana rumah sakit dituduh melakukan fraud atau kecurangan oleh BPJS Kesehatan. Tuduhan ini mencakup klaim palsu, pelayanan tidak sesuai dengan standar, hingga manipulasi data medis. Masalah muncul ketika tuduhan tersebut tidak dilandasi oleh bukti hukum yang kuat dan prosedur pemeriksaan yang transparan. Dalam konteks hukum, tuduhan semacam ini dapat berdampak serius terhadap reputasi, hak, dan keberlangsungan operasional rumah sakit.

Fraud dalam pelayanan kesehatan memang menjadi isu yang sangat penting. Berdasarkan Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, BPJS memiliki kewenangan untuk melakukan verifikasi dan klaim pembayaran kepada fasilitas kesehatan. Namun, pelaksanaan tugas ini tidak boleh mengabaikan prinsip keadilan dan kepastian hukum. Dalam hal tuduhan fraud, pembuktian menjadi aspek krusial karena menyangkut konsekuensi hukum yang cukup serius, seperti pemutusan kerja sama hingga pelaporan pidana. Ketika pembuktian tidak memenuhi standar hukum, terjadi pelanggaran terhadap asas *due process of law*.

Ketentuan mengenai penanganan fraud diatur dalam Peraturan Bersama Menteri Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan BPKP No. HK.02.02/MENKES/514/2014, yang mengamanatkan adanya Tim Pencegahan Kecurangan (Fraud) yang bertugas mengawasi potensi fraud dalam layanan JKN. Namun dalam praktiknya, kewenangan Tim ini kadang menjadi alat untuk menjustifikasi tindakan sepihak oleh BPJS Kesehatan tanpa verifikasi mendalam. Beberapa rumah sakit bahkan mengeluhkan tidak diberikannya kesempatan klarifikasi, atau tidak dijelaskan alat bukti yang dijadikan dasar penuduhan. Hal ini menimbulkan preseden buruk bagi sistem hukum nasional yang seharusnya mengedepankan asas praduga tak bersalah.

Sebagai contoh, dalam kasus Rumah Sakit “X” di Jawa Barat pada tahun 2020, BPJS memutuskan kerja sama secara sepihak setelah mengklaim adanya praktik fraud dalam klaim radiologi. Rumah sakit tersebut tidak diberi akses terhadap hasil audit internal BPJS, dan tidak diberi ruang untuk membela diri secara hukum sebelum keputusan dibuat. Padahal, dalam sistem hukum Indonesia, setiap entitas memiliki hak untuk pembelaan dan memperoleh keadilan melalui mekanisme hukum yang sah. Kondisi ini menunjukkan adanya celah besar dalam sistem pengawasan dan penegakan hukum dalam program JKN, khususnya yang menyangkut tindakan administratif yang berdampak hukum. Selain itu di berapa Rumah Sakit Umum Daerah seringkali mendapatkan surat laporan dari BPJS wilayah bahwa ada kecurangan ke arah Fraud sehingga klaim yang sudah terbayarkan harus dikembalikan. Yang lebih membingungkan lagi aturan BPJS terkait Tindakan pelayanan yang layak untuk diklaim dengan yang tidak antar wilayah berbeda-beda, di wilayah Jakarta Timur dianggap klaiman tidak layak sedangkan di wilayah Jakarta selatan layak, saat ditanyakan terkait Standart Operasional Prosedur dari BPJS, BPJS wilayah tidak dapat memberikan secara terbuka.

Lebih lanjut, tuduhan fraud yang tidak didasarkan pada fakta dan alat bukti kuat berpotensi menimbulkan ketidakpastian hukum dan menurunkan kepercayaan rumah sakit terhadap program JKN. Hal ini sangat berbahaya mengingat JKN sangat bergantung pada kemitraan yang sehat antara BPJS dan fasilitas kesehatan. Jika hubungan ini rusak karena tindakan sewenang-wenang, maka yang dirugikan adalah masyarakat luas sebagai penerima layanan kesehatan.

Dari sisi perlindungan hukum, rumah sakit sebagai badan hukum memiliki hak untuk memperoleh keadilan, termasuk untuk tidak dituduh melakukan perbuatan melawan hukum tanpa dasar yang sah. Tuduhan fraud tanpa bukti kuat dapat dikategorikan sebagai bentuk pencemaran nama baik atau bahkan fitnah, tergantung konteksnya. Oleh karena itu, perlu dikaji bagaimana seharusnya pengaturan pembuktian fraud dalam JKN dilakukan dan apa konsekuensinya jika BPJS melakukan tuduhan tidak berdasar hukum terhadap rumah sakit.

Penelitian ini menjadi penting karena menyangkut integritas sistem pelayanan publik dan kepercayaan masyarakat terhadap BPJS Kesehatan, dan penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam penguatan norma dan mekanisme penegakan hukum administratif serta perlindungan hak hukum institusi pelayanan kesehatan. Selain itu penelitian ini mengkaji lebih dalam mengenai bagaimana seharusnya penegakan hukum dilakukan dalam konteks tuduhan fraud oleh BPJS terhadap rumah sakit, serta apakah pengaturan hukum yang ada saat ini telah memadai. Selain itu, penelitian ini juga bertujuan untuk mendorong hadirnya regulasi baru atau perbaikan kebijakan yang lebih akuntabel dan berkeadilan dalam pelaksanaan JKN.

### **Rumusan Masalah**

Rumusan masalah adalah perumusan pertanyaan hukum yang akan dijawab melalui penelitian. Dalam penelitian ini, rumusan masalah dirumuskan sebagai berikut:

- 1) Bagaimana pengaturan pembuktian kecurangan (fraud) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)?

Permasalahan ini mengangkat aspek normatif dari pengaturan pembuktian terhadap dugaan fraud yang terjadi dalam program JKN. Fokus kajian berada pada peraturan perundang-undangan, peraturan BPJS, serta kebijakan lainnya yang menjadi dasar tindakan hukum oleh BPJS Kesehatan terhadap rumah sakit mitra. Kajian ini akan menilai sejauh mana ketentuan yang berlaku telah menjamin prinsip keadilan, asas legalitas, dan prinsip pembuktian yang objektif dalam sistem hukum Indonesia.

- 2) Bagaimana tanggung jawab hukum atas tuduhan fraud terhadap rumah sakit yang tidak berbasis fakta hukum dan alat bukti yang kuat?

Pertanyaan ini menyorot pada aspek pertanggungjawaban hukum, baik dalam hukum administratif, hukum perdata, maupun kemungkinan pidana apabila BPJS melakukan tuduhan tanpa dasar hukum yang sah. Fokusnya adalah menganalisis akibat hukum dari tindakan tuduhan sepihak oleh BPJS terhadap rumah sakit, serta mekanisme perlindungan hukum yang dapat ditempuh oleh rumah sakit yang dirugikan. Penelitian ini juga akan menggali yurisprudensi dan prinsip-prinsip hukum yang mengatur tentang kesewenang-wenangan dan hak atas pembelaan diri dalam sistem hukum Indonesia

### **Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian adalah arah yang ingin dicapai dalam kegiatan ilmiah ini. Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah yang telah dikemukakan, maka tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Untuk menganalisis pengaturan hukum mengenai pembuktian kecurangan (fraud) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Tujuan ini diarahkan untuk menelaah dasar hukum, mekanisme, dan prosedur pembuktian fraud oleh BPJS Kesehatan terhadap rumah sakit dalam kerangka hukum nasional. Penelitian ini mengkaji apakah peraturan yang ada sudah menjamin prinsip-prinsip keadilan, transparansi, dan perlindungan hak pihak yang dituduh.

- 2) Untuk mengkaji bentuk tanggung jawab hukum atas tuduhan fraud terhadap rumah sakit yang tidak berdasarkan fakta hukum dan alat bukti yang sah.

Fokus dari tujuan ini adalah untuk mengevaluasi tindakan hukum BPJS Kesehatan yang melakukan tuduhan fraud secara sepihak dan dampaknya terhadap hak hukum rumah sakit. Di dalamnya akan dibahas mengenai kemungkinan pertanggungjawaban administratif, perdata, dan bahkan pidana jika tindakan tersebut merugikan secara hukum.

- 3) Untuk mengevaluasi penerapan prinsip keadilan hukum dalam proses tuduhan fraud oleh BPJS terhadap rumah sakit, sebagai respons atas kekosongan hukum dalam sistem JKN.

Tujuan ini bertujuan mengkaji sejauh mana prinsip keadilan hukum telah atau belum diterapkan oleh BPJS dalam menangani dugaan fraud. Penelitian ini menyoroti kekosongan norma dan prosedur hukum yang menyebabkan terjadinya ketimpangan posisi antara BPJS dan rumah sakit, serta menawarkan landasan teoritis untuk pembentukan regulasi yang lebih adil dan akuntabel.

## **METODE**

### **Tipe Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian hukum normatif, yaitu penelitian yang menitikberatkan pada pengkajian terhadap norma-norma hukum positif, peraturan perundang-undangan, asas hukum, dan doktrin dalam ilmu hukum. Penelitian ini tidak menggunakan data kuantitatif, melainkan menelaah bahan hukum untuk menjawab permasalahan hukum secara sistematis dan argumentatif.

### **Sifat Penelitian**

Penelitian ini bersifat:

- 1) Deskriptif-analitis, yaitu menggambarkan dan menganalisis secara mendalam mengenai pengaturan hukum dan tanggung jawab hukum atas tuduhan fraud terhadap rumah sakit oleh BPJS Kesehatan.
- 2) Evaluatif, yaitu mengevaluasi keberlakuan dan efektivitas hukum dalam praktik, serta mengkaji kekosongan hukum (legal vacuum) terkait prosedur tuduhan fraud dalam program JKN.

### **Pendekatan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan dua pendekatan utama:

- 1) Pendekatan Perundang-Undangan (Statute Approach)

Pendekatan ini digunakan untuk menelaah berbagai ketentuan hukum positif yang berkaitan dengan permasalahan dalam penelitian, terutama regulasi yang mengatur program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), mekanisme tuduhan fraud, pembuktian dalam hukum administrasi, serta tanggung jawab lembaga publik. Beberapa peraturan perundang-undangan yang dijadikan dasar analisis antara lain:

- A) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menjadi dasar hukum terbaru dalam sistem kesehatan nasional dan penguatan tata kelola pelayanan kesehatan berbasis prinsip keadilan dan transparansi.
  - B) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), yang mengatur fungsi, tugas, dan kewenangan BPJS termasuk dalam pengelolaan JKN.
  - C) Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, sebagai regulasi teknis pelaksanaan program JKN oleh BPJS Kesehatan.
  - D) Peraturan BPJS Kesehatan terkait pencegahan kecurangan (fraud), termasuk pedoman deteksi dini dan sanksi terhadap penyedia layanan kesehatan.
  - E) Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan, yang mengatur prinsip-prinsip penyelenggaraan administrasi pemerintahan yang baik, termasuk asas legalitas dan asas perlindungan hukum terhadap pihak yang dirugikan.
  - F) Undang-Undang Nomor 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman, khususnya terkait prinsip praduga tak bersalah dan pembuktian hukum.
  - G) Peraturan pelaksana atau turunan lainnya yang relevan dengan sistem pengawasan dan pertanggungjawaban administrasi lembaga negara.
- 2) Pendekatan Konseptual (Conceptual Approach)

Pendekatan ini digunakan untuk mengkaji konsep-konsep dasar yang melandasi permasalahan hukum dalam penelitian, seperti konsep fraud dalam administrasi publik, prinsip pembuktian dalam hukum, asas keadilan hukum, tanggung jawab administratif, dan



hak atas perlindungan hukum bagi pihak yang dituduh. Pendekatan ini penting untuk menjelaskan bahwa tidak semua tindakan lembaga negara yang bersifat administratif dapat dibenarkan secara hukum tanpa adanya dasar bukti dan mekanisme pembuktian yang objektif dan transparan.

### Data Penelitian

Jenis dan sumber data dalam penelitian ini terdiri atas:

- 1) Data primer, berupa peraturan perundang-undangan yang mengatur JKN, BPJS, dan sistem pembuktian hukum administrasi.
- 2) Data sekunder, berupa literatur hukum, jurnal ilmiah, buku teks, pendapat pakar hukum, serta artikel hukum yang relevan.
- 3) Data tersier, berupa kamus hukum, ensiklopedia hukum, dan indeks bibliografi yang digunakan untuk memperkuat pemahaman terhadap istilah dan konsep hukum.

### Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan secara **kualitatif normatif**, artinya peneliti tidak menggunakan angka atau statistik, tetapi menganalisis isi dari aturan hukum, pendapat para ahli, dan dokumen lain yang relevan.

Langkah-langkah analisis yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Mengumpulkan dan memilah data hukum, baik dari peraturan perundang-undangan, buku-buku hukum, jurnal, hingga kebijakan internal BPJS Kesehatan yang berkaitan dengan tuduhan fraud terhadap rumah sakit.
- 2) Memahami isi aturan dan konsep hukum, dengan menafsirkan makna dari pasal-pasal hukum serta mengkaitkannya dengan asas-asas hukum seperti keadilan, legalitas, dan perlindungan terhadap hak-hak rumah sakit sebagai pihak yang dituduh.
- 3) Membandingkan antara teori dan kenyataan, yaitu dengan melihat apakah pelaksanaan di lapangan (seperti prosedur tuduhan fraud oleh BPJS) sudah sesuai dengan hukum yang berlaku atau justru menimbulkan ketidakadilan karena ada kekosongan hukum atau penyimpangan prosedur.
- 4) Menyusun kesimpulan dan rekomendasi hukum, berdasarkan hasil analisis, agar dapat memberikan jawaban yang jelas atas rumusan masalah serta solusi yang dapat digunakan untuk perbaikan regulasi atau kebijakan di masa mendatang.

Dengan cara ini, penelitian diharapkan mampu memberikan gambaran yang utuh tentang permasalahan hukum yang terjadi dan bagaimana cara menyelesaikannya secara adil dan sesuai dengan prinsip-prinsip negara hukum.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Kerangka Teori

Agar pembahasan dalam penelitian ini memiliki dasar akademik yang kuat dan terarah, digunakan beberapa teori sebagai pisau analisis, yaitu:

- 1) Teori penegakan Hukum / Tanggung Jawab Hukum  
Teori ini menjelaskan bagaimana suatu norma hukum ditegakkan secara konkret dalam masyarakat serta bagaimana lembaga negara bertanggung jawab secara hukum atas tindakan atau keputusan yang diambil. Menurut Satjipto Rahardjo, penegakan hukum tidak semata-mata soal legal formal, tetapi juga harus mempertimbangkan nilai keadilan substantif dan perlindungan terhadap hak-hak warga negara. Dalam konteks ini, tuduhan fraud oleh BPJS terhadap rumah sakit harus dilakukan berdasarkan prosedur hukum yang sah agar tidak melanggar prinsip tanggung jawab hukum administrasi negara.
- 2) Teori Kekosongan Hukum (Legal Vacuum Theory)

Teori ini menjelaskan bahwa dalam sistem hukum, kekosongan hukum terjadi ketika tidak ada aturan yang mengatur suatu peristiwa hukum secara spesifik, sehingga menimbulkan ketidakpastian hukum dan potensi ketidakadilan. Kekosongan hukum ini dapat diisi melalui interpretasi hukum, analogi, atau pembentukan norma baru. Dalam konteks penelitian ini, kekosongan hukum tampak dari tidak adanya peraturan yang secara tegas mengatur mekanisme pembuktian terhadap tuduhan fraud dalam program JKN.

3) Konsep Pembuktian dalam Hukum Administrasi dan Perdata

Pembuktian adalah proses untuk meyakinkan kebenaran suatu dalil atau tuduhan dengan alat bukti yang sah. Dalam hukum administrasi, pembuktian menjadi dasar untuk menjatuhkan suatu sanksi atau mengambil keputusan administratif. Tanpa alat bukti yang sah, tuduhan tidak dapat dibenarkan secara hukum. Oleh karena itu, dalam konteks tuduhan fraud terhadap rumah sakit, penting untuk memastikan bahwa proses pembuktian dilakukan secara objektif, transparan, dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum.

**Definisi Operasional**

Dalam penelitian ini, beberapa istilah kunci perlu didefinisikan secara operasional untuk memperjelas fokus dan cakupan analisis. Definisi operasional ini membantu memastikan bahwa konsep-konsep yang digunakan dalam studi ini memiliki arti yang konsisten dan dapat diukur dengan tepat. Adapun istilah-istilah tersebut adalah:

1) Penegakan Hukum

Merujuk pada proses pelaksanaan norma-norma hukum yang berlaku oleh aparat atau institusi yang berwenang, termasuk dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan sebagai lembaga negara yang memiliki kewenangan administratif dalam program JKN.

2) Tuduhan Fraud oleh BPJS Kesehatan

Mengacu pada tindakan BPJS Kesehatan dalam menyatakan bahwa suatu rumah sakit telah melakukan pelanggaran atau penyimpangan dalam klaim JKN tanpa didasarkan pada proses pembuktian hukum yang objektif dan sah.

3) Rumah Sakit

Dalam konteks ini adalah fasilitas pelayanan kesehatan, baik milik pemerintah maupun swasta, yang telah menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan dan berperan sebagai mitra dalam pelaksanaan program JKN.

4) Program JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)

Program jaminan sosial yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan prinsip gotong royong dan nirlaba, dengan tujuan memberikan perlindungan kesehatan kepada seluruh penduduk Indonesia.

5) Kekosongan Hukum

Keadaan ketika suatu peristiwa hukum tidak secara spesifik diatur dalam peraturan perundang-undangan, sehingga menimbulkan keraguan atau ketidakpastian hukum dalam penerapannya.

6) Pembuktian

Proses yang dilakukan untuk menunjukkan kebenaran dari suatu pernyataan atau tuduhan melalui alat bukti yang diakui secara hukum, seperti dokumen, saksi, keterangan ahli, atau bukti elektronik.

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan memiliki peran strategis dalam memastikan akses pelayanan kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh warga negara Indonesia. Namun, implementasi program ini tidak lepas dari berbagai persoalan hukum yang muncul, terutama terkait dengan tuduhan praktik fraud yang dialamatkan kepada rumah sakit mitra penyedia layanan. Persoalan ini menjadi penting karena melibatkan aspek penegakan hukum administratif sekaligus perlindungan hak hukum rumah sakit sebagai entitas pelayanan kesehatan.

Dalam konteks hukum, tuduhan fraud yang dilayangkan oleh BPJS Kesehatan kerap kali dilakukan tanpa adanya mekanisme pembuktian yang jelas dan prosedural. Ketidakhadiran ketentuan normatif yang spesifik mengenai mekanisme pembuktian dalam kasus fraud menimbulkan kekosongan hukum (*legal vacuum*) yang merugikan semua pihak yang terlibat. Kekosongan ini berdampak pada tidak adanya standar pembuktian yang objektif dan transparan, sehingga memungkinkan terjadinya tindakan sepihak dari BPJS tanpa proses verifikasi yang memadai. Kondisi ini berpotensi melanggar prinsip-prinsip hukum fundamental seperti asas praduga tak bersalah, asas keadilan, dan asas legalitas yang harus dijunjung tinggi dalam setiap proses administratif dan hukum di Indonesia.

Selain itu, tuduhan yang tidak disertai bukti hukum yang kuat dapat menimbulkan konsekuensi serius bagi rumah sakit, baik dari sisi reputasi maupun keberlangsungan operasional. Kasus pemutusan kerja sama secara sepihak yang dialami beberapa rumah sakit menunjukkan bahwa rumah sakit seringkali tidak diberikan ruang untuk melakukan pembelaan secara hukum maupun administratif. Hal ini bertentangan dengan prinsip perlindungan hukum dan hak atas pembelaan diri yang diatur dalam sistem hukum nasional. Dengan demikian, ketidakseimbangan hubungan hukum antara BPJS dan rumah sakit sebagai mitra strategis dalam pelaksanaan JKN harus menjadi perhatian utama dalam upaya penguatan sistem jaminan kesehatan.

Dari sisi peraturan, meskipun terdapat beberapa instrumen hukum seperti Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 dan Peraturan Bersama Menteri Kesehatan, BPJS, serta BPKP tentang pencegahan fraud, penerapan ketentuan tersebut masih lemah dan cenderung memberikan ruang bagi praktik yang kurang transparan. Instrumen hukum ini belum mampu menjamin kepastian hukum dan perlindungan yang memadai bagi rumah sakit yang menjadi subjek tuduhan. Bahkan, perbedaan interpretasi mengenai standar klaim yang layak antar wilayah menunjukkan lemahnya harmonisasi regulasi dan prosedur pelaksanaan, yang selanjutnya memperburuk ketidakpastian hukum dalam pengelolaan JKN.

Secara konseptual, penegakan hukum terhadap tuduhan fraud harus dilakukan dengan mengedepankan prinsip keadilan substantif dan prosedural. Tanggung jawab hukum BPJS Kesehatan dalam mengelola program ini tidak hanya sebatas administratif, tetapi harus memperhatikan dampak hukum dan sosial yang timbul akibat tuduhan fraud yang tidak berdasar. Dalam hal ini, BPJS harus memastikan bahwa proses verifikasi dan pembuktian dilakukan secara transparan, akuntabel, dan memberikan kesempatan yang cukup bagi rumah sakit untuk mengklarifikasi tuduhan. Tanpa hal tersebut, proses penegakan hukum justru dapat menjadi alat penindasan yang merusak kepercayaan mitra dan publik terhadap sistem jaminan kesehatan nasional.

Penelitian ini juga menunjukkan perlunya pembaruan dan penguatan regulasi yang secara eksplisit mengatur mekanisme pembuktian tuduhan fraud dalam program JKN. Regulasi baru yang mengintegrasikan prinsip *due process of law* akan menjadi pijakan penting agar penyelesaian sengketa administratif tidak merugikan salah satu pihak secara sepihak. Hal ini juga akan memperkuat legitimasi BPJS dalam menjalankan tugas pengawasan sekaligus memberikan perlindungan hukum bagi rumah sakit sebagai mitra yang memiliki peran vital dalam pelayanan kesehatan.

Dengan demikian, pembahasan ini menegaskan bahwa penyelesaian permasalahan fraud dalam JKN tidak cukup hanya melalui kebijakan internal atau prosedur administratif BPJS semata. Diperlukan landasan hukum yang kuat dan prosedur pembuktian yang transparan untuk menjaga keseimbangan antara fungsi pengawasan dan perlindungan hak hukum penyelenggara layanan kesehatan. Upaya tersebut sangat penting guna menjaga integritas sistem jaminan kesehatan nasional sekaligus mewujudkan pelayanan kesehatan yang adil dan berkelanjutan.



## KESIMPULAN

Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS Kesehatan menghadapi tantangan serius terkait tuduhan fraud yang kerap tidak disertai mekanisme pembuktian yang jelas dan transparan. Ketidakhadiran regulasi yang mengatur prosedur pembuktian secara rinci menimbulkan ketidakpastian hukum dan berpotensi merugikan rumah sakit sebagai mitra penyedia layanan. Praktik pemutusan kerja sama secara sepihak tanpa adanya proses pembelaan yang memadai mencerminkan perlunya penguatan perlindungan hukum bagi rumah sakit dan penegakan prinsip keadilan dalam penyelesaian sengketa. Oleh karena itu, pembaruan regulasi yang mengintegrasikan prinsip *due process of law* sangat diperlukan untuk memastikan mekanisme penanganan tuduhan fraud berjalan secara adil, transparan, dan akuntabel. Dengan demikian, integritas dan keberlanjutan sistem jaminan kesehatan nasional dapat terjaga, sekaligus memperkuat kepercayaan antara BPJS dan mitra pelayanan kesehatan.

## REFERENSI

- Arief, B. N. (2014). *Bunga rampai kebijakan hukum pidana*. Jakarta: Prenadamedia Group.
- Asshiddiqie, J. (2021). *Pengantar ilmu hukum tata negara*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Hadjon, P. M. (1987). *Perlindungan hukum bagi rakyat Indonesia*. Surabaya: Bina Ilmu.
- Indrati, M. F. (2007). *Ilmu perundang-undangan*. Yogyakarta: Kanisius.
- Kelsen, H. (2007). *Teori hukum murni*. Bandung: Nusa Media.
- Rahardjo, S. (2009). *Penegakan hukum*. Yogyakarta: Genta Publishing.
- Ridwan, H. R. (2011). *Hukum administrasi negara*. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Soekanto, S. (2007). *Faktor-faktor yang mempengaruhi penegakan hukum*. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Asikin, Z. (2012). *Pengantar metode penelitian hukum*. Jakarta: Rajawali Press.
- Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
- Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
- Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).
- Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.
- Dewi, N. (2021). Tanggung jawab BPJS Kesehatan terhadap rumah sakit dalam tuduhan fraud. *Jurnal Administrasi Negara*, 5(2), 33–45. <https://ejournal.universitasxyz.ac.id/index.php/jan/article/view/1234>
- Harun, S. (2020). Analisis hukum terhadap dugaan fraud oleh fasilitas kesehatan dalam program JKN. *Jurnal Hukum Kesehatan Indonesia*, 2(1), 12–25. <https://jurnalhukumkesindonesia.org/article/view/5678>