

Urgensi Kriminalisasi Perbuatan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Di Indonesia

Solehuddin

Universitas Brawijaya

Abstrak

Dalam penelitian ini penulis membahas salah satu masalah tentang Urgensi Kriminalisasi Perbuatan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Di Indonesia. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui urgensi kriminalisasi perbuatan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia dan untuk mengetahui konsep ideal rumusan kriminalisasi perbuatan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia. Metode penelitian menggunakan penelitian hukum normatif, yakni suatu proses untuk menemukan aturan hukum, prinsip-prinsip hukum, maupun doktrin-doktrin hukum guna menjawab isu hukum yang dihadapi pendekatan dalam penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian yang dilakukan adalah pendekatan perundang-undangan (statute approach) dan pendekatan konsep (conceptual approach). Hasil dari penelitian ini yaitu Penanganan Kecurangan (fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan bertujuan untuk memberikan acuan bagi Peserta, BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan, penyedia obat dan alat kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya dalam menyelenggarakan upaya pencegahan dan penanganan Kecurangan (fraud) secara sistematis, terstruktur dan komprehensif agar pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dapat berjalan dengan efektif dan efisien. Selama ini Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (fraud) hanya Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Kesehatan sehingga sangat penting sekali melakukan kriminalisasi perbuatan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia.

Kata Kunci: Fraud, Program Jaminan Kesehatan, Pencegahan

Abstract

In this study, the author discusses one of the problems regarding the Urgency of Criminalization of Fraud in the Implementation of the Health Insurance Program in Indonesia. The purpose of this study is to determine the urgency of criminalization of fraud in the implementation of health insurance programs in Indonesia and to determine the ideal concept of criminalization of fraud in the implementation of health insurance programs in Indonesia. The research method uses normative legal research, which is a process for finding legal rules, legal principles, and legal doctrines in order to answer the legal issues faced by the approach in this study using a research approach carried out a statutory approach (statute approach) and a conceptual approach (conceptual approach). The results of this study are Handling Fraud in the Implementation of the Health Insurance Program aims to provide a reference for Participants, BPJS Health, Health Facilities or health care providers, drug and medical device providers, and other stakeholders in organizing efforts to prevent and handle fraud in a systematic, structured and comprehensive manner so that the implementation of the Health Insurance program can run effectively and efficiently. So far, the prevention and handling of fraud is only the imposition of administrative sanctions against fraud in the implementation of the health insurance program, so it is very important to criminalize fraud in the implementation of the health insurance program in Indonesia.

Keywords: *Fraud, Health Insurance Program, Prevention*

I. PENDAHULUAN

Kesehatan adalah hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan sesuai dengan cita-cita Bangsa Indonesia ada di dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Hal ini sesuai amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28H ayat (3) bahwa: “setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat” dan Pasal 34 ayat (2) bahwa: “negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”.¹

Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 tentang “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”. Pasal 54 UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan: “penyelenggaraan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif”. Oleh sebab itu, selain merupakan hak asasi setiap individu Bangsa Indonesia, Negara Indonesia juga tanggung jawab akan kesehatan tersebut. Negara bukan hanya bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas kesehatan saja, namun setiap fasilitas pelayanan kesehatan tersebut harus memenuhi standar nasional yang baik dan terjamin mutunya.

Bentuk perlindungan sosial Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bertujuan menjamin seluruh rakyat dapat terpenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Amanat resolusi World Health Assembly (WHA) ke-58 tahun 2005 di Jenewa setiap negara mengembangkan Universal Health Coverage (UHC) untuk masyarakatnya, karena itu pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan Jaminan Kesehatan masyarakat dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Untuk mewujudkan komitmen global. Tahun 2004 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 (UU No. 40 Tahun 2004) tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional tentang program jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk program Jaminan Kesehatan melalui suatu badan penyelenggara jaminan sosial. Badan penyelenggara jaminan sosial telah diatur dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang terdiri dari BPJS ketenagakerjaan (UU No.24 Tahun 2011). Program JKN dimulai 1 Januari 2014 oleh BPJS Kesehatan.

Pengertian fraud atau kecurangan JKN suatu tindakan dilakukan secara sengaja oleh petugas BPJS Kesehatan, peserta, pemberi pelayanan kesehatan, penyedia obat atau alat kesehatan, mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam sistem Jaminan Sosial Nasional. Fraud dalam pelayanan kesehatan sebagai bentuk tindakan yang secara sengaja dilakukan dengan keuntungan yang tidak sesuai ketentuan.

Kerugian fraud perlu Tindakan pencegahan dengan kebijakan nasional pencegahan fraud agar dalam pelaksanaannya berjalan dengan baik dan sesuai ketentuan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 Pencegahan Fraud Dalam

¹ Luciana Dewi, online: <http://repository.unika.ac.id/26880/2/18.C2.0001--Luciana%20Dewi-BAB%20I_a.pdf>.

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (Permenkes No. 16 Tahun 2019). Kecurangan dilakukan berbagai pihak oleh petugas BPJS, peserta, pemberi pelayanan kesehatan, penyedia obat atau alat kesehatan, coder rumah sakit Sistem pembayaran INA-CBG dalam pembayaran pelayanan kesehatan berdasarkan paket pelayanan atau diagnosis penyakit. Pembayaran INA-CBG tidak sama dengan biaya *real* yang dikeluarkan rumah sakit dalam merawat pasien, dapat lebih rendah atau lebih tinggi dari *real cost* yang dikeluarkan rumah sakit sehingga terdapat selisih keuntungan yang dapat dilakukan. Proses *coding diagnosis* dilakukan oleh petugas coder rumah sakit. Hasil coding yang lebih tinggi dari seharusnya (*upcoding*) dapat dilakukan petugas coder rumah sakit.

Fraud adalah kecurangan mendapatkan keuntungan, Fraud dapat terjadi dan dilakukan oleh pihak asuransi, Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dan peserta asuransi. Fraud rumah sakit disebabkan ketidakpuasan Rumah Sakit terhadap tarif Indonesia Case Base Groups (INA CBG's). Fraud dalam BPJS diatur dalam Permenkes No. 16 Tahun 2019 Upaya pencegahan fraud dalam melaksanakan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional, agar tidak menimbulkan kerugian perlu dilakukan pencegahan.

Pasal 4 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 tentang Sistem Pencegahan Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan memuat tindakan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan yang diatur dalam badan ini dapat dilakukan oleh :

- a. Peserta
- b. BPJS Kesehatan
- c. Pemberi pelayanan kesehatan dan
- d. Pemangku kepentingan lainnya

Pasal 5 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 bahwa sistem pencegahan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan jaminan Kesehatan oleh BPJS Kesehatan meliputi:

- a. Tindakan pencegahan kecurangan (fraud)
- b. Pendeteksian kecurangan (fraud)
- c. Penanganan kecurangan (fraud)

Pasal 6 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 bahwa BPJS Kesehatan melaksanakan pencegahan kecurangan (fraud) yang dilakukan oleh peserta melalui:

- a. Pemberian edukasi tentang kecurangan (fraud) program jaminan Kesehatan secara langsung maupun tidak langsung kepada peserta
- b. Pengembangan mekanisme melalui sistem informasi yang dapat mendeteksi kecurangan (fraud) yang dilakukan oleh peserta
- c. Pembuatan komitmen dengan fasilitas Kesehatan untuk memastikan validasi peserta yang dilayani adalah orang yang tepat, berhak dan sesuai dengan hak manfaat yang diperoleh

- d. Pembuatan komitmen pencegahan kecurangan (fraud) kepada peserta/pemberi kerja beserta sanksi yang diperoleh, yang dicantumkan dalam daftar isian peserta, formulir registrasi badan usaha, perjanjian Kerjasama dengan pemerintah daerah dan surat eligibilitas peserta.

Pasal 11 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 bahwa BPJS Kesehatan melaksanakan pendeteksian potensi kecurangan yang dilakukan oleh peserta dengan memastikan peserta mendapatkan pelayanan melalui analisa data pemanfaatan kesehatan, pelaksanaan analisa data siklus atau pola pemanfaatan pelayanan kesehatan melalui peserta, pelaksanaan analisa data pelayanan kesehatan yang diterima peserta, pelaksanaan analisa data penyalahgunaan kartu identitas kepesertaan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan dan pemanfaatan informasi dari pelapor pelanggaran (whistleblower).

Pasal 17 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 bahwa BPJS Kesehatan melaksanakan penanganan kecurangan yang dilakukan peserta dengan cara melakukan pembatalan surat eligibilitas peserta atas jaminan pelayanan kesehatan yang sedang berjalan, pemberitahuan kepada pemberi kerja atau satuan kerja atas tindakan kecurangan yang dilakukan oleh peserta pekerja penerima upah dan meminta pemberi kerja atau satuan kerja memberikan teguran tertulis kepada peserta yang ditembuskan kepada BPJS Kesehatan dan pelaporan kepada kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial atas tindakan kecurangan yang dilakukan oleh peserta yang didaftarkan sebagai peserta bantuan iuran jaminan kesehatan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintah dibidang kesehatan.

Sejak di mulai program JKN awal 2014, Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) menilai potensi korupsi di bidang kesehatan. Korupsi bagian dari Fraud. Fraud dalam Kesehatan adalah bentuk kecurangan mencakup penyalahgunaan aset dan pemalsuan pernyataan, dapat dilakukan oleh semua pihak yang terlibat pelayanan. Beberapa jenis-jenis Kecurangan (fraud) oleh pemberi pelayanan kesehatan di rumah sakit yaitu:²

1. Memanipulasi diagnosis dan/atau tindakan; Memanipulasi diagnosis dan/atau tindakan merupakan tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan besaran klaim dengan cara memalsukan diagnosa dan/atau tindakan medis, seperti: pasien seharusnya didiagnosis apendicitis akut, setelah operasi tanpa penyulit tetapi di resume/rekam medis ditulis apendicitis akut dengan perforasi;
2. Penjiplakan klaim dari pasien lain (cloning);
 - a. Penjiplakan klaim dari pasien lain (cloning) merupakan klaim yang dibuat dengan cara menyalin dari klaim pasien lain yang sudah ada, seperti: menyalin (copy paste) seluruh atau sebagian rekam medis dan/atau data pasien lain.

² Galih Endradita, "Jenis Kecurangan (fraud) oleh Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan", online: <<https://galihendradita.wordpress.com/2019/08/12/jenis-kecurangan-fraud-oleh-fasilitas-kesehatan-atau-pemberi-pelayanan-kesehatan/>>.

- b. Klaim palsu (*phantom billing*) merupakan klaim atas layanan yang tidak pernah dilakukan/diberikan kepada pasien, seperti: penagihan tindakan medik operatif yang tidak pernah dilakukan; dan penagihan obat/alat kesehatan di luar pake INA-CBG yang tidak diberikan kepada pasien.
3. Penggelembungan tagihan obat dan/atau alat kesehatan (*Inflated bills*) merupakan klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya, seperti:
 - a. pasien patah tulang dilakukan operasi ortopedi dengan menggunakan *plate and screw* sejumlah 4 (empat) buah, namun ditagihkan lebih dari 4 (empat) buah.
 - b. obat pasien penyakit kronis pada rawat jalan yang seharusnya mendapat obat 1 (satu) bulan, tetapi obat yang diberikan untuk 2 (dua) minggu, namun ditagihkan biayanya selama 1 (satu) bulan.
 - c. pasien kemoterapi yang membutuhkan obat kemo sebanyak 2 (dua) vial diklaimkan menjadi 4 (empat) vial.
4. Pemecahan episode pelayanan sesuai dengan indikasi medis tetapi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
5. Pemecahan episode pelayanan yang tidak sesuai dengan indikasi medis (*services unbundling or fragmentation*); Pemecahan episode pelayanan yang tidak sesuai dengan indikasi medis (*services unbundling or fragmentation*) merupakan klaim atas dua atau lebih diagnosis dan/atau prosedur yang seharusnya menjadi satu paket pelayanan dalam episode yang sama, seperti:
 - a. pemberi pelayanan kesehatan mengirimkan tagihan terpisah dari diagnosis yang sama tetapi hasil pemeriksaan penunjang atau laboratorium yang sebenarnya dapat digabungkan menjadi terpisah menjadi 3 atau 4 pengajuan padahal dapat digabungkan menjadi satu grup dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan lebih;
 - b. menagihkan beberapa prosedur secara terpisah yang seharusnya dapat ditagihkan bersama dalam bentuk paket pelayanan, untuk mendapatkan nilai klaim lebih besar pada satu episode perawatan pasien; dan
 - c. tindakan operasi lebih dari satu diagnosa penyakit yang dapat dilaksanakan dalam satu tindakan namun dilakukan tindakan lebih dari satu dan diklaim terpisah dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan.
6. Rujukan semu (*self-referrals*) merupakan klaim atas biaya pelayanan akibat rujukan ke rumah sakit tertentu atau ke dokter yang sama di Fasilitas Kesehatan lain kecuali dengan alasan keterbatasan fasilitas, seperti:
 - a. pasien masuk dengan kasus rencana akan di operasi tetapi dokter tidak mau mengoperasi di rumah sakit tersebut karena jasa operasi yang didapatkan sedikit sehingga pasien dirujuk ke rumah sakit tertentu dimana dokter juga bekerja di rumah sakit tersebut.
 - b. melakukan rujukan tanpa persetujuan pasien atau keluarga pasien ke rumah sakit dimana dokter itu berdinias.

7. Tagihan atau klaim berulang (*repeat billing*); Tagihan atau klaim berulang (*repeat billing*) merupakan klaim yang diulang pada kasus yang sama, seperti: Tagihan yang sudah pernah ditagihkan dan dibayarkan tetapi ditagihkan ulang;
8. Memperpanjang lama perawatan (*prolonged length of stay*); Memperpanjang lama perawatan (*prolonged length of stay*) merupakan klaim atas biaya pelayanan kesehatan yang lebih besar akibat perubahan lama hari perawatan inap bukan karena indikasi medis;
9. Manipulasi kelas perawatan (*manipulation of room charge*); Manipulasi kelas perawatan (*manipulation of room charge*) merupakan tindakan manipulasi kelas perawatan yang menyebabkan klaim yang tidak sesuai;
10. Menagihkan tindakan yang tidak dilakukan; Menagihkan tindakan yang tidak dilakukan merupakan klaim atas diagnosis dan/atau tindakan yang tidak jadi dilaksanakan;
11. Melakukan tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis. Melakukan tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis merupakan klaim atas tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis;
12. Admisi yang berulang (*readmisi*); Admisi yang berulang (*readmisi*) merupakan klaim atas diagnosis dan/atau tindakan dari satu episode yang dirawat atau diklaim lebih dari satu kali seolah-olah lebih dari satu episode, seperti pasien rawat inap dipulangkan kemudian diminta masuk kembali dengan berbagai alasan;
13. Menarik biaya dari pesesta tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
14. Memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan Jaminan Kesehatan; dan
15. Memalsukan Surat Izin Praktek Tenaga Kerja dan Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan.

Dari beberapa permasalahan diatas urgensitas kriminalisasi terhadap kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia bahwa tindakan kecurangan tersebut merupakan perbuatan yang merugikan kepentingan masyarakat luas di bidang kesehatan. Dalam ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan hanya mengatur sanksi administratif saja tidak mengenakan sanksi pidana terhadap pelanggaran kecurangan (*fraud*). Dari latar belakang diatas peneliti akan meneliti tentang **Urgensi Kriminalisasi Perbuatan Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di Indonesia.**

II. PEMBAHASAN

A. *Urgensi Kriminalisasi Perbuatan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Di Indonesia*

Jaminan kesehatan memiliki mekanisme yang sama dengan asuransi kesehatan. Menurut Prodjodikoro, asuransi utamanya asuransi kesehatan adalah sebuah perjanjian yang melibatkan dua pihak yaitu pihak tertanggung dan pihak penanggung. Pihak penanggung berjanji untuk mengganti biaya kerugian yang disebabkan oleh sesuatu yang belum pasti dan tidak terduga. Tanggung jawab pihak tertanggung adalah membayar dana atau premi setiap bulannya.

Namun, karena asuransi kesehatan yang ada di Indonesia sebagian besar adalah milik perusahaan swasta, maka banyak peraturan asuransi kesehatan komersial yang dirasa memberatkan masyarakat. Berbeda dengan asuransi kesehatan komersial, Asuransi Kesehatan Sosial atau Jaminan Kesehatan Nasional yang dilaksanakan oleh pemerintah, cenderung memberi beberapa keuntungan. Antara lain, pertama, memberikan manfaat yang komprehensif dengan premi terjangkau. Kedua, asuransi kesehatan sosial menerapkan prinsip kendali biaya dan mutu. Itu berarti peserta bisa mendapatkan pelayanan bermutu memadai dengan biaya yang wajar dan terkendali. Ketiga, asuransi kesehatan sosial menjamin sustainability (kepastian pembiayaan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan).³

Dalam Pasal 1 angka 1 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan ditetapkan bahwa yang dimaksud dengan Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.

Berdasarkan kedua pengertian tentang jaminan kesehatan tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa Jaminan Kesehatan Nasional adalah bentuk jaminan di bidang kesehatan yang bersifat wajib, dibuat oleh pemerintah dan diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial guna memenuhi kebutuhan dasar kesehatan berbagai lapisan masyarakat di Indonesia dengan menerapkan prinsip kendali biaya dan mutu.

1. Tujuan Jaminan Kesehatan Nasional

Seperti yang sudah diketahui sebelumnya bahwa Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Berdasarkan Pasal 19 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Jaminan Kesehatan diselenggarakan dengan tujuan agar semua peserta jaminan kesehatan yang meliputi seluruh penduduk Indonesia memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

2. Manfaat Jaminan Kesehatan

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah program pelayanan kesehatan dari pemerintah yang berwujud BPJS Kesehatan dan sistemnya menggunakan sistem

³ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional* (Jakarta: Kementerian Kesehatan) 14.

asuransi. Dengan adanya JKN ini maka seluruh warga Indonesia berkesempatan besar untuk memproteksi kesehatan mereka dengan lebih baik. Dengan hanya menyisihkan sebagian kecil uangnya, maka mereka pun akan mampu menjadi peserta dan memperoleh manfaatnya. Untuk masyarakat tidak mampu mereka juga tidak perlu khawatir, karena semua rakyat miskin atau Penerima Bantuan Iuran (PBI) akan ditanggung kesehatannya oleh pemerintah. Dari sini maka tidak ada alasan lagi bagi rakyat miskin untuk tidak memeriksa penyakitnya ke fasilitas kesehatan.

Manfaat yang dijamin oleh Program JKN tertuang dalam Pasal 22 Ayat (1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional serta dalam Pasal 20 Perpres Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, yaitu berupa pelayanan kesehatan perorangan yang komprehensif, mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) termasuk obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Pemberian manfaat tersebut dengan menggunakan teknik layanan terkendali mutu dan biaya (*managed care*).

Maka, dapat disimpulkan bahwa salah satu manfaat jaminan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dijamin sesuai indikasi medis, baik di rawat jalan tingkat pertama oleh dokter umum baik di Puskesmas/dokter praktek/klinik maupun dirawat jalan tingkat lanjut dan rawat inap oleh dokter spesialis di Rumah Sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Termasuk pelayanan obat, penunjang diagnostik, dan tindakan operatif.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menyatakan bahwa prinsip pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional adalah kesetaraan (*equity*) dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan serta efektif dan efisien dalam operasionalisasinya. Prinsip kendali mutu dan biaya harus diterapkan secara utuh di setiap tingkatan pelayanan mengingat adanya karakteristik pelayanan kesehatan yang berpotensi untuk menyebabkan terjadinya inefisiensi.

Salah satu upaya yang telah disepakati seluruh pemangku kepentingan untuk dijalankan oleh BPJS Kesehatan adalah melakukan penerapan model pembayaran prospektif. Amanah ini secara eksplisit tertera dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 yang mengamanatkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial khususnya BPJS Kesehatan untuk membayar manfaat pelayanan kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan secara efektif dan efisien.

Untuk menjamin agar pelayanan kesehatan diselenggarakan secara *cost-effective*, rasional, dan sesuai dengan kebutuhan Peserta, serta untuk menjamin kesinambungan program Jaminan Kesehatan, maka perlu diselenggarakan upaya kendali mutu dan kendali biaya. Salah satu upaya kendali mutu dan kendali biaya yang dapat dilakukan adalah meminimalisasi terjadinya potensi Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan. Berdasarkan laporan *Report to the Nations Acfe (RTTN) Association of Certified Fraud Examiners (ACFE) 2018* kerugian akibat Kecurangan (*fraud*) pada pelayanan kesehatan mencapai 5% dari total biaya pelayanan kesehatan.

Jenis Kecurangan (fraud) diuraikan berdasarkan pelaku yaitu Peserta, BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan, Penyedia obat dan alat kesehatan; dan Pemangku kepentingan lainnya.

a. Jenis Kecurangan (fraud) oleh Peserta, yaitu:

- 1) memalsukan data dan/atau Identitas Peserta untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
- 2) meminjamkan/menyewakan/memperjualbelikan Identitas Peserta milik Peserta lain atau dirinya sendiri.
- 3) memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu (*unnecessary services*) antara lain meliputi meminta rujukan ke FKRTL bukan karena alasan medis, bekerja sama dengan Fasilitas Kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis, memaksa meminta tambahan pemeriksaan diagnostik, obat-obatan di luar indikasi medis, memberikan informasi yang tidak benar dalam penegakan diagnosis.
- 4) memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan dalam rangka memperoleh pelayanan kesehatan, antara lain memberikan suap dan/atau imbalan kepada pemberi pelayanan kesehatan dan Fasilitas Kesehatan, memberikan suap dan/atau imbalan kepada pegawai BPJS Kesehatan, memberikan suap dan/atau imbalan kepada pihak lain yang berwenang dalam penetapan Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI).
- 5) memperoleh obat dan/atau alat kesehatan dengan cara yang tidak sesuai ketentuan untuk dijual kembali dengan maksud mendapatkan keuntungan.

b. Jenis Kecurangan (fraud) oleh BPJS Kesehatan, yaitu:

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

Peserta/calon Peserta, menunda proses pendaftaran kepesertaan yang telah memenuhi persyaratan, membiarkan dan/atau tidak melaporkan adanya indikasi kecurangan yang diketahuinya kepada atasannya, mengurangi manfaat yang seharusnya menjadi hak Peserta, mengarahkan dan/atau bekerjasama dengan koder rumah sakit untuk merubah kodifikasi yang tidak sesuai dengan diagnosa yang ditulis oleh dokter, melaksanakan credentialing/recredentialing Fasilitas Kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, memanipulasi hasil credentialing/recredentialing Fasilitas Kesehatan, memindahkan atau menentukan Peserta untuk didaftarkan pada FKTP tertentu di luar ketentuan yang berlaku; dan pembayaran kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- 5) menggunakan dana Jaminan Kesehatan untuk kepentingan pribadi
 - 6) menarik besaran iuran tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - 7) menerima titipan pembayaran iuran dari Peserta dan tidak disetorkan ke rekening BPJS Kesehatan.
- c. Jenis Kecurangan (fraud) oleh Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan. Kecurangan (fraud) oleh Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan dapat dilakukan oleh dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, tenaga kesehatan lain, dan tenaga administrasi.
- d. Jenis Kecurangan (fraud) oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKTP yaitu:
- 1) penyalahgunaan dana kapitasi dan/atau nonkapitasi FKTP milik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah;
 - 2) menarik biaya dari Peserta yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - 3) memanipulasi klaim nonkapitasi, seperti klaim palsu (phantom billing) atau klaim fiktif, merupakan klaim atas layanan yang tidak pernah diberikan; memperpanjang lama perawatan (prolonged length of stay); penjiplakan klaim dari pasien lain (cloning); dan tagihan atau klaim berulang (repeat billing) pada kasus yang sudah ditagihkan sebelumnya.
 - 4) melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - 5) memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan; dan
 - 6) memalsukan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan dan Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan.
- e. Jenis Kecurangan (fraud) oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKRTL yaitu:
- 1) Memanipulasi diagnosis dan/atau tindakan
Memanipulasi diagnosis dan/atau tindakan merupakan tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan besaran klaim dengan cara memalsukan diagnosa dan/atau tindakan medis, seperti pasien seharusnya didiagnosis apendicitis akut, setelah operasi tanpa penyulit tetapi di resume/rekam medis ditulis apendicitis akut

dengan perforasi; dan pasien dengan pterigium grade I tetapi dalam resume/rekam medis ditulis squamous cell ca conjungtiva dan dilakukan tindakan biopsi eksisi tanpa bukti dilakukan pemeriksaan patologi anatomi.

- 2) Penjiplakan klaim dari pasien lain (cloning);
Penjiplakan klaim dari pasien lain (cloning) merupakan klaim yang dibuat dengan cara menyalin dari klaim pasien lain yang sudah ada, seperti: menyalin (copy paste) seluruh atau sebagian rekam medis dan/atau data pasien lain.
- 3) Klaim palsu (Phantom billing)
Klaim palsu (Phantom billing) merupakan klaim atas layanan yang tidak pernah dilakukan/diberikan kepada pasien, seperti Penagihan tindakan medik operatif yang tidak pernah dilakukan; dan Penagihan obat/alat kesehatan di luar paket INA-CBG yang tidak diberikan kepada pasien.
- 4) Penggelembungan tagihan obat dan/atau alat kesehatan (Inflated bills)
Penggelembungan tagihan obat dan/atau alat kesehatan (Inflated bills) merupakan klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya, seperti pasien patah tulang dilakukan operasi ortopedi dengan menggunakan plate and screw 4 (empat) buah, namun ditagihkan lebih dari 4 (empat) buah. Obat pasien penyakit kronis pada rawat jalan yang seharusnya mendapat obat 1 (satu) bulan, tetapi obat yang diberikan untuk 2 minggu, namun ditagihkan biayanya selama 1 (satu) bulan. Pasien kemoterapi yang membutuhkan obat kemo sebanyak 2 (dua) vial diklaimkan menjadi 4 (empat) vial.
- 5) Pemecahan episode pelayanan sesuai dengan indikasi medis tetapi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 6) Pemecahan episode pelayanan yang tidak sesuai dengan indikasi medis (services unbundling or fragmentation).
Pemecahan episode pelayanan yang tidak sesuai dengan indikasi medis (services unbundling or fragmentation) merupakan klaim atas dua atau lebih diagnosis dan/atau prosedur yang seharusnya menjadi satu paket pelayanan dalam episode yang sama, seperti pemberi pelayanan kesehatan mengirimkan tagihan terpisah dari diagnosis yang sama tetapi hasil pemeriksaan penunjang atau laboratorium yang sebenarnya dapat digabungkan menjadi terpisah menjadi 3 atau 4 pengajuan padahal dapat digabungkan menjadi satu grup dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan lebih, menagihkan beberapa prosedur secara terpisah yang seharusnya dapat ditagihkan bersama dalam bentuk paket pelayanan, untuk mendapatkan nilai klaim lebih besar pada satu episode perawatan pasien; dan tindakan operasi lebih dari satu diagnosa penyakit yang dapat dilaksanakan dalam satu tindakan namun dilakukan tindakan lebih dari satu dan diklaim terpisah dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan.
- 7) Rujukan semu (self-referrals)
Rujukan semu (self-referrals) merupakan klaim atas biaya pelayanan akibat rujukan ke rumah sakit tertentu atau ke dokter yang sama di Fasilitas Kesehatan lain kecuali dengan alasan keterbatasan fasilitas, seperti pasien masuk dengan kasus

rencana akan di operasi tetapi dokter tidak mau mengoperasi di rumah sakit tersebut karena jasa operasi yang didapatkan sedikit sehingga pasien dirujuk ke rumah sakit tertentu dimana dokter juga bekerja di rumah sakit tersebut. Melakukan rujukan tanpa persetujuan pasien atau keluarga pasien ke rumah sakit dimana dokter itu berdinias.

- 8) Tagihan atau klaim berulang (repeat billing)
Tagihan atau klaim berulang (repeat billing) merupakan klaim yang diulang pada kasus yang sama, seperti Tagihan yang sudah pernah ditagihkan dan dibayarkan tetapi ditagihkan ulang.
- 9) Memperpanjang lama perawatan (prolonged length of stay)
Memperpanjang lama perawatan (prolonged length of stay) merupakan klaim atas biaya pelayanan kesehatan yang lebih besar akibat perubahan lama hari perawatan inap bukan karena indikasi medis, seperti penggunaan ventilator yang diperpanjang waktunya tanpa indikasi medis; dan Case Main Group (CMG) khusus untuk penyakit jiwa dan penyakit kusta;
- 10) Memanipulasi kelas perawatan (manipulation of room charge)
Memanipulasi kelas perawatan (manipulation of room charge) merupakan tindakan manipulasi kelas perawatan yang menyebabkan klaim yang tidak sesuai.
- 11) Menagihkan tindakan yang tidak dilakukan
Menagihkan tindakan yang tidak dilakukan merupakan klaim atas diagnosis dan/atau tindakan yang tidak jadi dilaksanakan, seperti pada pasien Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) dengan rencana tindakan biopsi, tidak jadi dilakukan tindakan karena alasan tertentu namun tindakan biopsi tetap ditagihkan ke BPJS Kesehatan; dan pasien dengan indikasi rawat inap, tetapi pasien menolak dan pulang, sehingga pasien hanya ingin rawat jalan, namun di klaimkan sebagai rawat inap.
- 12) Melakukan tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis
Melakukan tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis merupakan klaim atas tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis.
- 13) Admisi yang berulang (readmisi).
Admisi yang berulang (readmisi) merupakan klaim atas diagnosis dan/atau tindakan dari satu episode yang dirawat atau diklaim lebih dari satu kali seolah-olah lebih dari satu episode, seperti pasien rawat inap dipulangkan kemudian diminta masuk kembali dengan berbagai alasan.
- 14) Menarik biaya dari Peserta tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- 15) Memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan Jaminan Kesehatan; dan
- 16) Memalsukan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan dan Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan.

- f. Jenis tindakan kecurangan oleh Fasilitas Kesehatan lainnya (apotek, optik, laboratorium, dan jejaring lainnya), yaitu:
- 1) klaim fiktif atau klaim obat, alat kesehatan dan/atau tindakan yang ditagihkan kepada BPJS Kesehatan namun tidak diberikan kepada pasien.
 - 2) mengurangi jumlah obat yang diserahkan kepada pasien namun yang ditagihkan adalah yang tertulis dalam resep.
 - 3) klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya (Inflated bills).
 - 4) memanipulasi hasil pemeriksaan untuk memenuhi persyaratan penagihan, seperti mengubah hasil pemeriksaan refraksi mata; dan
 - 5) memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.
- g. Jenis Kecurangan (fraud) oleh Penyedia Obat dan Alat Kesehatan.
- 1) Jenis Kecurangan (fraud) oleh Penyedia Obat, yaitu penyedia obat yang terdaftar pada katalog elektronik menolak pesanan obat tanpa alasan yang jelas, penyedia obat memperlambat waktu pengiriman obat tanpa alasan yang jelas; dan memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.
 - 2) Jenis Kecurangan (fraud) oleh Penyedia Alat Kesehatan, yaitu penyedia alat kesehatan yang terdaftar pada katalog elektronik menolak pesanan alat kesehatan tanpa alasan yang jelas, penyedia alat kesehatan memperlambat waktu pengiriman alat kesehatan tanpa alasan yang jelas, penyedia menganjurkan kepada Fasilitas Kesehatan untuk membeli alat kesehatan yang tidak sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan atau tingkat keterampilan/keahlian tenaga kesehatan atau tenaga medis profesional yang akan menggunakan alat kesehatan tersebut dengan maksud untuk mendapatkan keuntungan finansial; dan memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.
- h. Jenis Kecurangan (fraud) oleh Pemangku Kepentingan Lainnya.
- Kecurangan (fraud) oleh pemangku kepentingan lainnya yaitu oleh Pemberi Kerja yang bukan termasuk penyelenggara negara. Jenis Kecurangan (fraud) oleh Pemberi Kerja yang bukan termasuk penyelenggara negara, yaitu perbuatan memanipulasi data kepegawaian, seperti pemberi kerja memanipulasi data penghasilan yang diberikan kepada BPJS Kesehatan sehingga jumlah iuran yang dibayarkan tidak terlalu besar, tidak mendaftarkan pegawainya menjadi Peserta BPJS Kesehatan; dan memanipulasi data pegawai yang tidak termasuk ke dalam data kepegawaian Pemberi Kerja, jumlah dan upah pegawai tidak disampaikan secara riil; dan perbuatan memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan yang terkait dengan program Jaminan Kesehatan.
- Penanganan Kecurangan (fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan bertujuan untuk memberikan acuan bagi Peserta, BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan, penyedia obat dan alat kesehatan, dan

pemangku kepentingan lainnya dalam menyelenggarakan upaya pencegahan dan penanganan Kecurangan (fraud) secara sistematis, terstruktur dan komprehensif agar pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dapat berjalan dengan efektif dan efisien. Selama ini Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (fraud) hanya Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan sehingga sangat penting sekali melakukan kriminalisasi perbuatan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia.

B. *Konsep Ideal Rumusan Kriminalisasi Perbuatan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Di Indonesia*

Kriminalisasi merupakan kebijakan kriminal atau Criminal Policy, yang berupaya untuk melakukan pencegahan dan penanggulangan kejahatan, kebijakan kriminal ini tidak lepas dari kebijakan sosial yang merupakan suatu upaya untuk menciptakan kesejahteraan sosial dan perlindungan masyarakat.⁴

Dengan demikian, agar tercapainya kesejahteraan sosial dan perlindungan masyarakat sebagai tujuan kebijakan sosial, maka diperlukan perhatian khusus dalam melakukan upaya kriminalisasi yang merupakan wewenang lembaga legislatif.

Pengertian kriminalisasi sendiri adalah adanya perubahan nilai yang menjadi penyebab suatu perbuatan yang sebelumnya bukan perbuatan tercela dan tidak dituntut pidana, berubah menjadi perbuatan yang dipandang tercela dan perlu dipidana.⁵

Menurut Soedarto, pengertian kriminalisasi yaitu proses penetapan suatu perbuatan yang awalnya bukan tindak pidana menjadi tindak pidana dan diancam dengan sanksi pidana.⁶

Proses penetapan suatu perbuatan seseorang sebagai perbuatan yang dapat dipidana, yang diakhiri dengan terbentuknya peraturan perundang-undangan dengan memuat suatu sanksi pidana terhadap suatu perbuatan tersebut, dapat dimaknai juga sebagai kriminalisasi.⁷

Sedangkan menurut Soerjono Soekanto, pengertian kriminalisasi adalah perbuatan-perbuatan tertentu yang menurut masyarakat atau golongan masyarakat dianggap sebagai perbuatan yang dapat dipidana, yang kemudian ditetapkan oleh pemerintah menjadi suatu perbuatan pidana atau perbuatan kriminal yang dapat dipidana oleh pemerintah dengan kerja atas namanya.⁸

⁴ Moh Hatta, *Kebijakan Politik Kriminal Penegakan Hukum dalam Rangka Penanggulangan Kejahatan* (Yogyakarta: Pustaka Belajar, 2010) 37.

⁵ Rusli Effendi, *Masalah Kriminalisasi dan Dekriminalisasi dalam Rangka Pembaruan Hukum Nasional* (Jakarta: Binacipta, 1986) 64-65.

⁶ Soedarto, *Hukum dan Hukum Pidana* (Bandung: Alumni, 2007) 32, 151.

⁷ Soedarto, *Kapita Selektta Hukum Pidana* (Bandung: Alumni, 1986) 31.

⁸ Soerjono Soekanto, *Kriminologi: Suatu Pengantar*, 1st ed (Jakarta: Ghalia Indonesia, 1981) 62.

Soetandyo Wignosoebroto, mendefinisikan kriminalisasi sebagai suatu perbuatan tertentu harus dinilai sebagai perbuatan pidana yang merupakan hasil dari suatu penimbangan penimbangan normatif yang wujud akhirnya suatu keputusan.⁹

Muladi mengingatkan mengenai beberapa ukuran yang secara doctrinal harus diperhatikan sebagai pedoman dalam kriminalisasi, yaitu:

- a. Kriminalisasi tidak boleh terkesan menimbulkan overkriminalisasi yang masuk kategori the misuse of criminal sanction;
- b. Kriminalisasi tidak boleh bersifat ad hoc;
- c. Kriminalisasi harus mengandung unsur korban victimizing baik aktual maupun potensial;
- d. Kriminalisasi harus memperhitungkan analisa biaya, hasil, dan prinsip ultimum remedium;
- e. Kriminalisasi harus menghasilkan peraturan yang enforceable;
- f. Kriminalisasi harus mampu memperoleh dukungan publik;
- g. Kriminalisasi harus mengandung unsur subsosialitet mengakibatkan bahaya bagi masyarakat, sekalipun kecil sekali;
- h. Kriminalisasi harus memperhatikan peringatan bahwa setiap peraturan pidana membatasi kebebasan rakyat dan memberikan kemungkinan kepada aparat penegak hukum untuk mengekang kebebasan itu.¹⁰

Berdasarkan berbagai definisi diatas, Hullsman mengemukakan perlunya memperhatikan beberapa kriteria absolut dalam proses kriminalisasi, diantaranya:

- a. Kriminalisasi seharusnya tidak ditetapkan semata-mata atas keinginan untuk melaksanakan suatu sikap moral tertentu terhadap suatu bentuk perilaku tertentu;
- b. Alasan utama untuk menetapkan satu perbuatan sebagai tindak pidana seharusnya tidak pernah didirikan suatu kerangka untuk perlindungan atau perlakuan terhadap seorang pelaku kejahatan potensial dalam kepentingannya sendiri;
- c. Kriminalisasi tidak boleh berakibat melebihi kemampuan perlengkapan peradilan pidana;
- d. Kriminalisasi seharusnya tidak boleh dipergunakan sebagai suatu tabir sekedar pemecahan yang nyata terhadap suatu masalah.¹¹

Tidak jauh berbeda dari Hullsman, Soedarto juga berpandangan bahwa perlu memperhatikan hal-hal dalam menghadapi masalah kriminalisasi, diantaranya:

- a. Penggunaan hukum pidana harus memperhatikan tujuan pembangunan nasional, yaitu mewujudkan masyarakat adil dan makmur yang merata materiil dan spiritual berdasarkan Pancasila;

⁹ Soetandyo Wignosoebroto, *Kriminalisasi dan Dekriminalisasi: Apa yang Dibicarakan Sosiologi Hukum tentang Hal Ini, disampaikan dalam Seminar Kriminalisasi dan Dekriminalisasi dalam Pembaruan Hukum Pidana Indonesia* (Yogyakarta: Fakultas Hukum UII, 1993) 1.

¹⁰ Muladi, *Kapita Selekta Hukum Pidana* (Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro, 1995) 256.

¹¹ Hullsman, dikutip dari Roeslan Saleh, *Dari Lembaran Kepustakaan Hukum Pidana* (Jakarta: Sinar Grafika, 1988) 87.

- b. Perbuatan yang diusahakan untuk dicegah atau ditanggulangi dengan hukum pidana harus merupakan perbuatan yang tidak dikehendaki, yaitu perbuatan yang mendatangkan kerugian (materiil atau spiritual) atas warga masyarakat;
- c. Penggunaan hukum pidana harus pula memperhatikan prinsip biaya dan hasil (*cost benefit principle*);
- d. Penggunaan hukum pidana harus pula memperhatikan kapasitas atau kemampuan daya kerja dari badan-badan penegak hukum, yaitu jangan sampai ada kelampauan beban tugas (*overbelasting*).¹²

Bassiouni mengemukakan, bahwa dalam mengambil keputusan untuk melakukan kriminalisasi harus didasarkan pada berbagai faktor, dengan mempertimbangkan faktor-faktor, antara lain:

- a. Keseimbangan sarana yang digunakan dalam hubungannya dengan hasil-hasil yang ingin dicapai;
- b. Analisis biaya terhadap hasil-hasil yang diperoleh dalam hubungannya dengan tujuan-tujuan yang ingin dicari;
- c. Penilaian atau penaksiran tujuan-tujuan yang dicari, yang berkaitan dengan prioritas-prioritas lainnya dalam mengalokasikan sumber-sumber tenaga manusia;
- d. Pengaruh sosial kriminalisasi dan dekriminalisasi yang berkenaan dengan atau dipandang dari pengaruh-pengaruhnya yang sekunder.¹³

Melalui Simposium Pembaharuan Hukum Pidana, telah disimpulkan beberapa kriteria umum dalam melakukan kriminalisasi, antara lain:

- a. Mempertimbangkan suatu perbuatan dibenci atau tidak disukai oleh masyarakat karena merugikan atau dapat merugikan, mendatangkan korban atau dapat mendatangkan korban;
- b. Mempertimbangkan biaya kriminalisasi seimbang dengan hasil yang akan dicapai, mulai dari proses pembuatan undang-undang, pengawasan hukum, dan pengakan hukum, serta beban yang dipikul oleh korban maupun pelaku kejahatan yang harus seimbang dengan kondisi tertib hukum yang akan dicapai;
- c. Mempertimbangkan keseimbangan sesuai kemampuan aparat penegak hukum sehingga tidak membebani tugasnya;
- d. Mempertimbangkan perbuatan-perbuatan yang dapat berpotensi bahaya bagi seluruh masyarakat sehingga dapat menghambat atau menghalangi cita-cita Bangsa Indonesia.¹⁴

Berbagai urgensi kriminalisasi perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia telah dibahas di atas, bahwa kriminalisasi perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di

¹² Soedarto, *Kapita Selekta Hukum Pidana*, *supra* note 44-48.

¹³ M Cherif Bassiouni, *Substantive Criminal Law*, dikutip dari Barda Nawawi, *Bunga Rampai Kebijakan Hukum Pidana* (Bandung: Citra Aditya Bhakti, 1996) 82.

¹⁴ *Ibid*, 38-40.

Indonesia urgen untuk dilakukan, maka pembahasan selanjutnya adalah membahas mengenai konsep ideal rumusan kriminalisasi perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia yang memuat bentuk tindak pidana yang konkrit; jelas; dan tidak multi tafsir serta sesuai dengan kebutuhan masyarakat Indonesia, sehingga dapat diterapkan secara efektif terhadap kasus aktual perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia.

Pembahasan dalam menentukan konsep kriminalisasi perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia ini akan diawali dengan menjelaskan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (FRAUD) Serta Pengenaan Sangksi Administratif Terhadap Kecurangan (FRAUD) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan ini dilakukan untuk mengetahui kelemahan atau kekurangan atas peraturan tersebut, sehingga kelemahan atau kekurangan tersebut dapat dilengkapi melalui penyusunan konsep kriminalisasi perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia.

Substansi peraturan tersebut mengatur mengenai sanksi administrasi saja tidak mengatur sanksi pidana. Sampai saat ini, penegakan hukum terhadap perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia tidak jarang dilakukan dengan mendasarkan pada peraturan tersebut tersebut, hal ini menjadi preseden para penegak hukum dalam menangani perkara perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia.

Pembahasan konsep ideal rumusan kriminalisasi ini juga dilakukan dalam rangka menemukan istilah yang tepat dan ciri atau sifat yang khas dari upaya kriminalisasi perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia, sehingga dapat membantu atau mempermudah kinerja para penegak hukum dalam menangani praktik-praktik perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia, berikut penjelasan rumusan larangan perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia yang diatur dalam peraturan tersebut, yaitu:

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (FRAUD) Serta Pengenaan Sangksi Administratif Terhadap Kecurangan (FRAUD) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.

C. Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*)

1. Pasal 2

- (1) Kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dapat dilakukan oleh:
 - a. Peserta;
 - b. BPJS Kesehatan;
 - c. Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan;

- d. penyedia obat dan alat kesehatan; dan
 - e. pemangku kepentingan lainnya.
- (2) Pemangku kepentingan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e merupakan semua pihak yang melakukan dan/atau berkontribusi terjadinya Kecurangan (*fraud*).

Dalam ketentuan tersebut tidak mencantumkan sanksi pidana ketika pelanggaran tersebut tetap dilakukan oleh para pelaku Kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan sehingga dalam pelaksanaannya pelanggaran tersebut tetap dilakukan. Sehingga dengan kondisi dan peraturan tersebut diatas penting untuk merumuskan kriminalisasi terhadap kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan.

Sebelum membahas atau membentuk rumusan ideal kriminalisasi kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan, terlebih dahulu akan penulis sampaikan maksud penyusunan rumusan ideal kriminalisasi kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan ini, bahwa pembahasan rumusan ideal dalam penelitian ini tidak bermaksud untuk mengganti atau menghapus rumusan sanksi administrasi dalam Permenkes No 16 Tahun 2019, tetapi bermaksud untuk mengisi kelemahan atau kekurangan atau kekosongan hukum terhadap praktik-praktik kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan yang dilakukan di Indonesia melalui pembaharuan revisi Permenkes No 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (FRAUD) Serta Pengenaan Sanksi Administratif Terhadap Kecurangan (FRAUD) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan yang dirasa urgen untuk dilakukan dengan mendasarkan penjelasan dikemukakan pada pembahasan sebelumnya. Pembahasan konsep ideal rumusan kriminalisasi kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan yang dilakukan di Indonesia ini akan dilakukan dengan mengemukakan beberapa hal, yang meliputi subjeknya; perbuatannya; pertanggungjawabannya; ancaman hukumannya; mekanisme pelaporan dan pembuktiannya; serta eksekusi pidananya, berikut penjelasannya.

- a. Subjek-subjek yang akan diatur dalam kriminalisasi kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan ini adalah setiap orang, yaitu setiap subjek hukum perorangan, baik seseorang yang telah berusia dewasa (berusia diatas 18 tahun) maupun seseorang yang belum dewasa (belum berusia 18 tahun) yang mampu bertanggung jawab dan mengerti makna serta akibat perbuatan yang telah dilakukannya. Salah satu pertimbangan perumusan subjek seseorang yang belum berusia dewasa dalam konsep kriminalisasi ini karena tidak menutup kemungkinan kriminalisasi kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan dilakukan oleh seseorang yang belum berusia dewasa.
- b. Perbuatan yang akan dilarang dalam kriminalisasi ini adalah perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan. Penjelasan dari istilah perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan ini

- adalah perbuatan tindakan yang dilakukan dengan sengaja untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- c. Bentuk pertanggungjawaban dalam kriminalisasi ini adalah setiap orang, baik yang belum dewasa (belum berusia 18 tahun) maupun yang telah dewasa (berusia diatas 18 tahun) yang memiliki kemampuan bertanggungjawab, dan ketika melakukan perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan, dan tidak adanya alasan pemaaf pada diri seseorang tersebut. Dalam konsep ini, yaitu adanya kehendak atau pengetahuan terhadap perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan yang merupakan suatu perbuatan yang dilarang. Pengecualian dalam pertanggungjawaban ini adalah terhadap seseorang yang melakukan perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan karena adanya alasan pemaaf.
 - d. Ancaman hukuman dalam kriminalisasi ini adalah pidana penjara, bahwa penyusunan konsep ancaman pidana penjara ini merupakan bentuk keprihatinan penulis atas maraknya perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia, sehingga ancaman pidana penjara ini diharapkan menjadi upaya preventif yang efektif untuk mengurangi atau bahkan menghilangkan praktik perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia. Penggunaan ancaman hukuman pidana penjara dalam konsep kriminalisasi juga didasarkan pada RUU KUHP yang menggunakan pidana penjara sebagai salah satu cara untuk mencapai tujuan dari hukum pidana. Mengenai penentuan lamanya pidana penjara dalam konsep ini akan diserahkan pada kebijakan pembentuk undang-undang.
 - e. Mekanisme pelaporan dan pembuktiannya. Pada konsep kriminalisasi perbuatan homoseks ini, mekanisme pelaporannya adalah delik biasa, bahwa setiap orang yang melihat; mendengar; dan mengalami secara langsung perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan dapat melaporkan kepada aparat kepolisian, dengan syarat bahwa perbuatan homoseks benar-benar dilakukan.
 - f. Eksekusi pidana dalam kriminalisasi perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan ini adalah dilakukan oleh jaksa terhadap vonis pidana penjara jika pelaku telah diputus dan telah memperoleh kekuatan hukum tetap.

III. KESIMPULAN

Penanganan Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan bertujuan untuk memberikan acuan bagi Peserta, BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan, penyedia obat dan alat kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya dalam menyelenggarakan upaya pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) secara sistematis, terstruktur dan komprehensif agar pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dapat berjalan dengan efektif dan efisien. Selama ini

Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) hanya Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Kesehatan sehingga sangat penting sekali melakukan kriminalisasi perbuatan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia.

Rumusan ideal dalam penelitian ini tidak bermaksud untuk mengganti atau menghapus rumusan sanksi administrasi dalam Permenkes No 16 Tahun 2019, tetapi bermaksud untuk mengisi kelemahan atau kekurangan atau kekosongan hukum terhadap praktik-praktik kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan yang dilakukan di Indonesia melalui pembaharuan revisi Permenkes No 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (FRAUD) Serta Pengenaan Sangksi Administratif Terhadap Kecurangan (FRAUD) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan yang dirasa urgen untuk dilakukan dengan mendasarkan penjelasan dikemukakan pada pembahasan sebelumnya. Pembahasan konsep ideal rumusan kriminalisasi kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan yang dilakukan di Indonesia ini akan dilakukan dengan mengemukakan beberapa hal, yang meliputi subjeknya; perbuatannya; pertanggungjawabannya; ancaman hukumannya; mekanisme pelaporan dan pembuktiannya; serta eksekusi pidananya.

IV. DAFTAR PUSTAKA

Buku:

- Bassiouni, M Cherif, *Substantive Criminal Law* (Bandung: Citra Aditya Bhakti, 1996).
- Effendi, Rusli, *Masalah Kriminalisasi dan Dekriminalisasi dalam Rangka Pembaruan Hukum Nasional* (Jakarta: Binacipta, 1986).
- Hatta, Moh, *Kebijakan Politik Kriminal Penegakan Hukum dalam Rangka Penanggulangan Kejahatan* (Yogyakarta: Pustaka Belajar, 2010).
- Hullsmann, *Dari Lembaran Kepustakaan Hukum Pidana* (Jakarta: Sinar Grafika, 1988).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional* (Jakarta: Kementerian Kesehatan).
- Muladi, *Kapita Selekta Hukum Pidana* (Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro, 1995).
- Soedarto, *Hukum dan Hukum Pidana* (Bandung: Alumni, 2007).
- , *Kapita Selekta Hukum Pidana* (Bandung: Alumni, 1986).
- Soekanto, Soerjono, *Kriminologi: Suatu Pengantar*, 1st ed (Jakarta: Ghalia Indonesia, 1981).
- Wignjosoebroto, Soetandyo, *Kriminalisasi dan Dekriminalisasi: Apa yang Dibicarakan Sosiologi Hukum tentang Hal Ini, disampaikan dalam Seminar Kriminalisasi dan Dekriminalisasi dalam Pembaruan Hukum Pidana Indonesia* (Yogyakarta: Fakultas Hukum UII, 1993).

Internet:

- Dewi, Luciana, , online: <http://repository.unika.ac.id/26880/2/18.C2.0001--Luciana%20Dewi-BAB%20I_a.pdf>.

Endradita, Galih, “Jenis Kecurangan (fraud) oleh Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan”, online: <https://galihendradita.wordpress.com/2019/08/12/jenis-kecurangan-fraud-oleh-fasilitas-kesehatan-atau-pemberi-pelayanan-kesehatan/>.