

## **Tinjauan Yuridis PMK No. 16 Tahun 2019 Tentang (Kecurangan) *Fraud* dan Fenomena Pengembalian Uang**

**Fera Yulita, Efrilla, Edwin**

Sekolah Tinggi Hukum Militer

ferayulita8@gmail.com

### **ABSTRACT**

*Interpretation of the Regulation of the Minister of Health concerning the Prevention of Fraud in National Health Insurance, known by the abbreviation JKN, is a government program that aims to provide access to health services to all levels of society. replacing Permenkes 36/2015 which requires additional evaluation and research. during implementation. there is a risk of fraud In the implementation of JKN which has not yet achieved the expected results, it has also been proven that it has not been monitored by the Fraud Monitoring Group as mandated by Regulation of the Minister of Health No. 16 of 2019. Regarding this, the article further examines Government Regulation No. 16, 2019 and the search for alternative regulatory options To ensure that its implementation can run smoothly. Analyze how to utilize legal provisions, especially statutory provisions. Based on the analysis, it can be concluded that Regulation of the Minister of Health No. 16 of 2019 is still stagnant and there is an opportunity to further optimize the function of the JKN TPF. feasible to be carried out until now, because changes to the Permenkes This process will require a longer time and the necessary tools.*

**Keywords:** *Fraud; Policy Analysis; JKN; Fraud Prevention Tea.*

### **ABSTRAK**

Penafsiran Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencegahan Kecurangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional, yang dikenal dengan singkatan JKN, adalah program pemerintah yang bertujuan untuk memberikan akses layanan kesehatan kepada semua lapisan masyarakat. menggantikan Permenkes 36/2015 yang Diperlukan evaluasi dan penelitian tambahan. selama implementasi. terdapat risiko kecurangan Dalam implementasi JKN yang masih belum mencapai hasil yang diharapkan dengan terbukti juga belum terpantau oleh Kelompok Pengawasan Kecurangan sebagaimana diamanatkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 16 Tahun 2019. Perihal tersebut, artikel lebih mengkaji aturan Pemerintah No. 16, 2019 serta pencarian pilihan aturan alternatif Untuk memastikan bahwa implementasinya dapat berjalan dengan lancar. Menganalisis cara memanfaatkan ketentuan hukum, terutama ketentuan perundang-undangan. Berdasarkan analisis, dapat disimpulkan bahwa Peraturan Menteri Kesehatan No. 16 Tahun 2019 Masih berada dalam keadaan stagnan dan terdapat peluang untuk mengoptimalkan fungsi (Tim Pencari Fakta) TPF JKN lebih lanjut. layak untuk dilakukan sampai sekarang, karena perubahan Permenkes Proses ini akan memerlukan waktu yang lebih panjang serta perangkat yang diperlukan.

**Kata kunci:** Kecurangan; Analisis Kebijakan; JKN; Tim Pencegahan Kecurangan

### **PENDAHULUAN**

Sejak diluncurkan pada tahun 2014, Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah berjalan hampir tujuh tahun. Melihat usia program tersebut, Terdapat

berbagai hal yang masih harus disempurnakan, terutama Dalam konteks pengendalian anggaran. perawatan kesehatan. Dan untuk memberikan dukungan. terwujudnya keberlangsungan Dan untuk memberikan dukungan. telah ditetapkan Kebijakan Pemberantasan Tindak Kecurangan. Program Pada bulan April 2015, JKN diluncurkan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan yang tertuang dalam PMK Nomor 36 Tahun 2015. yang kemudian disempurnakan dengan PMK Nomor 16 Tahun 2019 Pencegahan kecurangan dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan langkah penting untuk memastikan integritas dan efisiensi program ini.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan, Penanganan Kecurangan, dan Penerapan Sanksi Administratif atas Kecurangan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, Kecurangan adalah:

“Perbuatan yang dilakukan secara melawan hukum” dengan maksud untuk secara sengaja memperoleh keuntungan yang tidak sah dari program jaminan kesehatan pada sistem jaminan sosial nasional dengan melakukan perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan”.

Pasal 2 Ayat 2 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 juga menyebutkan pihak-pihak yang berpotensi melakukan kecurangan, yaitu:

a) Peserta; b) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pelayanan Kesehatan (BPJS-K); (c) Fasilitas Kesehatan (Faskes); (d) pemasok obat-obatan dan alat kesehatan; dan (e) pihak-pihak terkait lainnya. Pihak terkait lainnya sebagaimana dimaksud oleh Menteri Kesehatan Semua individu atau entitas yang terlibat dan/atau berkontribusi dalam telah terjadi tindakan pidana penipuan.

Kecurangan (Fraud) menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang *Pencegahan*, Penanganan, dan Sanksi Administratif atas Tindakan Penipuan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan didefinisikan sebagai tindakan yang dilakukan dengan niat untuk memperoleh keuntungan finansial dari Program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional, melalui cara-cara yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Tindak pidana penipuan dalam program jaminan kesehatan dapat dilakukan oleh berbagai pihak, termasuk peserta, BPJS Kesehatan, fasilitas atau penyedia layanan kesehatan, penyedia obat dan alat kesehatan, serta pemangku kepentingan lainnya.

Sebagai penerima manfaat pelayanan kesehatan atau penerima hak BPJS, keluarga peserta kerap kali mengeluhkan rasa tidak puas terhadap pelayanan kesehatan yang diterimanya. Mereka percaya bahwa pemegang kartu BPJS akan menerima layanan yang berbeda dari pasien lain di banyak rumah sakit. Baik yang sedang dirawat maupun yang dirawat sebagai pasien rawat jalan. Sebagai pemegang kartu BPJS, masih banyak pasien yang mengeluhkan pelayanan rumah sakit terkait hak pasien sebagai pengguna kartu BPJS. Keluhan umum dari masyarakat meliputi pelayanan yang tidak ramah, waktu konsultasi yang singkat, dan kegagalan dalam menangani keluhan medis (Fajarwati, 2024).

Jenis-jenis kecurangan yang dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan di FKRTL yaitu:

(1) manipulasi diagnosis dan atau tindakan, (2) duplikasi tagihan pasien lain (menjiplak), (3) klaim palsu (false billing), (4) manipulasi biaya pengobatan, (5) manipulasi biaya pengobatan, (6) duplikasi biaya pengobatan, (7) duplikasi biaya pengobatan, (8) duplikasi biaya pengobatan, (9) duplikasi biaya pengobatan, (10) duplikasi biaya pengobatan, (11) duplikasi biaya pengobatan, (12) duplikasi biaya pengobatan, (13) duplikasi biaya pengobatan, (14) duplikasi biaya pengobatan, (15) duplikasi biaya pengobatan, (16) duplikasi biaya pengobatan, (17) duplikasi biaya pengobatan, (18) duplikasi biaya pengobatan, (19), (4) pernyataan palsu (tagihan semu), (5) tagihan obat dan/atau peralatan medis yang dilegebungkan (tagihan yang dilegebungkan), (5) pembagian episode layanan berdasarkan indikasi medis namun tidak sesuai dengan yang diwajibkan oleh undang-undang, (6) pembagian dari episode layanan yang tidak berdasarkan indikasi medis ((7) rujukan palsu (self-referrals), (8) penagihan atau keluhan berulang (repeat billing), (9) perpanjangan masa tinggal, (10)) manipulasi kelas perawatan (harga kamar manipulasi), (11) penagihan atas tindakan (12) melakukan tindakan medis yang tidak sesuai dengan indikasi medis, (13) melakukan rawat inap ulang (re-admisi), (14) memungut biaya kepada peserta didik yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, (15) menawarkan dan/atau menerima suap dan/atau tipu daya; atau imbalan yang berkaitan dengan asuransi kesehatan dan (16) memalsukan lisensi dan surat praktik tenaga kesehatan. Lisensi untuk mengoperasikan fasilitas perawatan kesehatan (Mastianto).

Penyebab penipuan perawatan kesehatan Segitiga penipuan: Penipuan dapat disebabkan oleh 3 faktor, yaitu: 1) Tekanan; 2) kesempatan; dan 3) rasionalisasi.

Penipuan secara umum didefinisikan sebagai perilaku yang direncanakan dengan tujuan tertentu untuk memperoleh pendapatan keuangan. Penyelewengan dapat terjadi dalam bentuk penyelewengan kekuasaan atau penyelewengan sumber daya. Penipuan memiliki konsekuensi keseriusan bagi industri pelayanan kesehatan dalam sejumlah hal. Potensi terjadinya kecurangan ini dapat menyebabkan pemotongan anggaran layanan kesehatan, buruknya kualitas layanan kesehatan, dan buruknya akses terhadap layanan kesehatan, terutama di daerah terpencil dan terisolasi.

Menurut Profesor. Dr. Laksono Trisnantoro, Di Indonesia, risiko penipuan menyebabkan distribusi layanan kesehatan tidak merata di seluruh wilayah. Masyarakat Indonesia, terutama di daerah terpencil, mungkin telah berpartisipasi dalam JKN tetapi masih kekurangan akses ke layanan perawatan kesehatan.

Penipuan perawatan kesehatan di daerah dengan perawatan kesehatan yang lebih maju dapat memperburuk situasi. Penipuan dapat mengakibatkan pengalihan anggaran JKN ke daerah dengan akses lebih baik terhadap layanan kesehatan, sehingga semakin sulit bagi masyarakat di daerah terpencil untuk mengakses layanan kesehatan yang baik. Kebijakan anti kecurangan ini tidak terlepas dari kelebihan serta kekurangan pihak-pihak yang memiliki kontribusi utama dalam penerapan kebijakan tersebut. Perlu dilakukan kajian dan analisis terhadap implementasi yang telah dilakukan selama ini untuk mencari solusi dalam mengatasi permasalahan terkait penerapan kebijakan *antifraud* JKN (Wardana & Zaenudin, 2023).

Berdasarkan hasil analisa penulis, diperoleh gambaran kecil Alasan mengapa pencegahan kecurangan dalam program JKN dianggap masih kurang efektif. Harapan dari PMK No. 16 Tahun 2019 adalah untuk mencapai tujuan tertentu, sehingga diperlukan pelaksanaan yang tepat. penjelasan lebih lanjut studi rinci akan dilakukan. diwajibkan dalam Peraturan ini, yaitu PMK Nomor 16 Tahun 2019, mencakup pasal yang secara rinci membahas tugas dan fungsi dari setiap individu atau entitas yang terlibat.

Terlihat bahwa setiap pemangku kepentingan mempunyai kepentingan tersendiri dalam melaksanakan kebijakan program *anti-fraud* JKN. Di sisi netral, sebagian besar pemangku kepentingan Memiliki kecenderungan untuk tidak bersuara dan kurang terlibat memberikan perhatian mengenai fenomena yang dimaksud. penyelewengan layanan kesehatan JKN. Banyaknya tanggung jawab yang harus dilaksanakan Dalam rangka melaksanakan program *anti-fraud* JKN, Kementerian Kesehatan dan Departemen Kesehatan perlu meningkatkan upaya mereka. Keduanya berfungsi sebagai koordinator JKN yang memiliki peranan penting dalam menjamin bahwa JKN berjalan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Sehingga dalam praktiknya, semua permasalahan JKN sering kali tampak BPJS Kesehatan bertindak sebagai lembaga yang sepenuhnya bertanggung jawab atas program JKN.

Ini merupakan masalah Hal-hal yang perlu diteliti lebih lanjut atau terinci karena merupakan akar masalah dalam penerapan program antipenipuan JKN. Di sisi positifnya, ditemukan bahwa pendukung terkuat penerapan program *antifraud* Ini adalah lembaga BPJS Kesehatan, KPK, serta organisasi profesi. BPJS Kesehatan. bukanlah lembaga yang tidak mungkin melakukan kecurangan, namun tingkat kecurangannya lebih rendah dibandingkan kecurangan yang dilakukan oleh fasilitas medis atau peserta. Sebab, BPJS Kesehatan merupakan lembaga yang diberi tanggung jawab mengelola penyelenggaraan JKN. Setiap rupiah yang dikeluarkan BPJS Kesehatan akan diaudit oleh Lembaga pengawasan keuangan negara dan Departemen Akuntansi Publik.

Namun, BPJS Kesehatan sering kali untuk hanya berkonsentrasi pada penipuan yang dilaksanakan oleh organisasi dan peserta layanan kesehatan, sehingga kurang menyadari penipuan yang dilakukan oleh organisasinya Seiring dengan perkembangan program JKN, BPJS Kesehatan kini telah menyadari pentingnya melihat *fraud* dari berbagai perspektif.

Mereka mulai melakukan perbaikan dan berperan aktif dalam pengendalian *fraud* di dalam organisasi. KPK, sebagai lembaga yang berfokus pada pemberantasan korupsi di Indonesia, memiliki kepentingan besar dalam pelaksanaan program anti *fraud* JKN. Namun, KPK belum melaksanakan upaya yang maksimal dalam penyelidikan dan penindakan terhadap pelaku *fraud*.

Berdasarkan analisis penulis, diperoleh gambaran kecil mengapa upaya *antifraud* dalam Program JKN dianggap belum mencapai efektivitas yang diharapkan sesuai dengan PMK No. 16 Tahun 2019. Oleh karena itu, diperlukan penelitian yang lebih mendalam mengenai hal-hal yang perlu mendapat perhatian dalam upaya pencegahan kecurangan program JKN. studi rinci akan dilakukan. sebagaimana yang

dipersyaratkan dalam PMK No. 16 Tahun 2019. Pasal ini merupakan pasal khusus yang mengatur tentang tugas dan fungsi masing-masing pemangku kepentingan JKN.

Dapat dilihat bahwa setiap pemangku kepentingan memiliki kepentingan masing-masing dalam penerapan kebijakan program antipenipuan JKN Di sisi netral, sebagian besar pemangku kepentingan cenderung diam dan kurang memperhatikan fenomena kecurangan dalam layanan JKN kesehatan. Banyaknya tugas yang diemban oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes) dan Departemen Kesehatan (Dinkes) membuat organisasi-organisasi tersebut perlu berupaya lebih keras dalam melaksanakan program antipenipuan JKN. Secara kelembagaan, Kementerian Kesehatan dan Departemen Kesehatan sejatinya merupakan koordinator JKN, yang memiliki peran penting dalam memastikan JKN terselenggara sesuai ketentuannya. Namun dalam praktiknya, segala urusan JKN sering kali tampak menjadi tanggung jawab BPJS Kesehatan semata, lembaga yang berfungsi sebagai organisasi pengelola program JKN.

Penting untuk melakukan penelusuran lebih lanjut mengenai hal ini karena faktor yang mendasarinya permasalahannya terletak pada penerapan program anti curang JKN. Dari sisi keahlian, ditemukan pihak Pihak yang paling berperan dalam mendukung pelaksanaan program anti penipuan ini adalah BPJS Kesehatan, KPK dan organisasi profesi. BPJS Kesehatan tidak luput dari kemungkinan menjadi pelaku penipuan, namun kemungkinan tersebut kecil jika dibandingkan dengan tindakan penipuan yang dilakukan oleh institusi medis atau peserta. Sebab, BPJS Kesehatan merupakan lembaga yang diberi tanggung jawab mengelola penyelenggaraan JKN. Setiap rupiah yang dikeluarkan BPJS Kesehatan akan diaudit oleh lembaga audit pemerintah dan Departemen Akuntansi Publik. Namun, BPJS Kesehatan sering kali hanya fokus pada penipuan yang dilakukan oleh organisasi dan peserta layanan kesehatan, sehingga kurang menyadari penipuan yang dilakukan oleh organisasinya sendiri.

## **METODE PENELITIAN**

Dalam penelitian ini, diterapkan metode yang berlandaskan pada model analisis Yuridis Normatif. Tujuan dari penelitian ini adalah memahami bagaimana terkait Kebijakan pemerintah Dalam Upaya Pencegahan Terjadinya *Fraud* serta penerapan konsekuensi yuridis dan sanksi fenomena pengembalian uang pada kejadian *fraud* Sumber primer dari penelitian ini adalah Peraturan Menteri Keuangan yang diatur dalam PMK Nomor 16 Tahun 2019 berfokus pada pencegahan *fraud* dalam Program JKN, sementara undang-undang lain digunakan sebagai landasan untuk analisis hukum yang lebih mendalam. Dalam penelitian ini menggunakan bahan hukum primer yaitu Undang-Undang dan Peraturan Terkait Pencegahan terjadinya *Fraud*, Sedangkan bahan hukum sekunder bersumber dari penelitian, jurnal ilmiah, buku-buku teks dan berita *online* yang berkaitan. Sifat dari penelitian ini adalah *preskriptif* yang mana memberi argumentasi untuk memberikan penilaian terkait aturan hukum kebijakan pemerintah dalam upaya pencegahan *Fraud* dan fenomena pengembalian uang pada kejadian *fraud* Pendekatan penelitian ini menggunakan pendekatan perundangundangan (*statute approach*).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### **Kebijakan Pemerintah Dalam Upaya Pencegahan Terjadinya Fraud Peran Kemenkes dan Dinas kesehatan**

Dalam PMK No. 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan Kecurangan dalam Program JKN yang dijelaskan dalam ketentuan Pasal 3 ayat 1 BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan FKRTL berkoordinasi dengan BPJS Kesehatan sebagai organisasi koordinator. Untuk dari tingkat pusat hingga daerah, JKN harus diterapkan dengan baik. Kementerian Kesehatan dan Departemen Kesehatan perlu meningkatkan kewaspadaan terhadap penipuan yang mungkin terjadi dalam program JKN melalui strategi yang tepat.

- a. Mengembangkan kebijakan dan pedoman pencegahan penipuan melalui;
- b. Mengembangkan budaya pencegahan penipuan;
- c. Berkembang menuju pengendalian mutu dan pengendalian biaya; dan d. membentuk tim antipenipuan.

Tim *antifraud* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. mensosialisasikan peraturan dan budaya ke arah pengendalian mutu dan pengendalian biaya;
- b. memperkuat budaya pencegahan penipuan;
- c. mempromosikan praktik tata kelola klinis dan/atau organisasi yang baik;
- d. melakukan upaya deteksi dan penyelesaian penipuan;
- e. pemantauan dan evaluasi; dan
- f. laporan.

#### Pasal 4

- (1) Untuk memperkuat pencegahan dan penanganan tindak pidana penipuan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan, dibentuk Tim Pencegahan dan Penanganan Tindak Pidana Kecurangan di tingkat pusat dan daerah.
- (2) Dalam ayat (1), disebutkan bahwa tim pencegahan dan penanganan penipuan di tingkat pusat ditetapkan oleh Menteri. Sedangkan untuk tingkat provinsi, tim tersebut ditentukan oleh Gubernur sesuai dengan ketentuan dalam ayat (1).

Kelompok yang bertanggung jawab untuk pencegahan dan penanggulangan penipuan sebagaimana diatur dalam ayat (1) terdiri dari: a. pasukan pertahanan; dan b. subgrup manajemen.

- (3) Tim yang ditugaskan untuk pencegahan dan penanggulangan penipuan sesuai dengan ketentuan ayat (1) mencakup: a. pasukan pertahanan; dan b. subgrup manajemen.
  - a. mempromosikan regulasi dan budaya menuju pengendalian mutu dan pengendalian biaya;
  - b. meningkatkan budaya anti penipuan;
  - c. mempromosikan praktik tata kelola klinis dan organisasi yang baik;
  - d. melakukan kegiatan penanganan penipuan; musim panas. pemantauan dan evaluasi;

Tingginya tingkat kecurangan akan berdampak buruk pada pemerintah dalam menerapkan GCG dan berdampak pada mutu pelayanan kesehatan. Semua organisasi profesi kesehatan diharuskan untuk mendukung implementasi kebijakan Program Anti Penipuan JKN. Dalam penyediaan layanan kesehatan, prinsip etika, keselamatan pasien, dan transparansi publik harus menjadi prioritas utama.

### **Penerapan Konsekuensi Yuridis dan Sanksi Fenomena Pengembalian Uang Pada Kejadian *Fraud***

Ketentuan administratif yang diatur dalam Peraturan Menteri Keuangan Nomor 16 Tahun 2019 mengenai upaya pencegahan kecurangan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional yaitu :

Sesuai dengan ketentuan yang tercantum dalam Pasal 6 ayat (1), dalam konteks pengawasan, Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berwenang untuk memberikan sanksi administratif kepada individu atau badan usaha yang terlibat dalam tindak pidana penipuan sebagaimana diatur dalam Pasal 2. (2) Sanksi administratif yang dimaksud dalam ayat (1) meliputi: a. peringatan secara lisan; b. peringatan secara tertulis; dan/atau c. kewajiban bagi pihak yang dirugikan untuk mendapatkan ganti rugi akibat penipuan tersebut. (3) Jika terdapat tindak pidana penipuan yang dilakukan oleh agen BPJS Kesehatan, penyelenggara layanan kesehatan, dan penyedia obat serta alat kesehatan, maka sanksi administratif yang tercantum dalam ayat (2) dapat diikuti oleh sanksi tambahan berupa denda. (4) Pihak yang dirugikan akan dikenakan sanksi tambahan berupa denda sesuai dengan ketentuan yang terdapat dalam ayat (3). (5) Apabila terjadi tindakan penipuan yang dilakukan oleh tenaga medis, penyedia layanan medis, serta penyedia obat dan alat kesehatan, sanksi administratif yang dimaksud dalam ayat (2) dapat berupa pencabutan izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. (6) Dalam menerapkan sanksi tambahan berupa denda atau pencabutan izin sesuai dengan ayat (3) dan ayat (4), perlu diperhatikan kelangsungan pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi peserta. (7) Tindakan hukum administrasi yang disebutkan dalam ayat (2) tidak mengesampingkan tindakan hukum pidana yang diatur oleh undang-undang.

Pada paragraf 8(1), peringatan lisan dapat diberikan untuk pelanggaran ringan. (2) Pelanggaran ringan dan sedang dapat dikenakan peringatan tertulis. (3) Sanksi berupa perintah mengganti kerugian pihak yang dirugikan akibat perbuatan curang dapat dijatuhkan terhadap pelanggaran ringan, sedang, atau berat. Untuk pelanggaran yang bersifat sedang atau berat, sanksi tambahan berupa denda dapat dikenakan. Apabila pelanggaran dilakukan dengan tingkat keseriusan yang tinggi, pencabutan izin dapat dijadikan sanksi tambahan.

Dalam ketentuan Pasal 9, jika Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang dirujuk dalam Pasal 6 ayat (1) tidak memiliki kewenangan, maka penanganan administratif bagi pelaku kecurangan, pimpinan organisasi, dan/atau pejabat unit bisnis terkait harus dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Dalam

Dalam Pasal 10, dinyatakan bahwa ketentuan mengenai sanksi administratif, termasuk peringatan tertulis dan denda yang diatur dalam Pasal 8, tidak diterapkan

pada tindakan curang yang dilakukan oleh pemberi kerja. Pemberi kerja tersebut tidak termasuk dalam kategori instansi penyelenggara negara yang diwajibkan untuk mendaftarkan pegawainya sebagai peserta sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

**Prosedur pengajuan sanksi administratif adalah sebagai berikut:**

- a. Dalam hal penerapan sanksi administratif berupa perintah untuk mengganti kerugian akibat penipuan dan/atau denda kepada pihak yang dirugikan, maka ganti rugi dan/atau pembayaran denda tersebut harus diumumkan paling lambat 3 (tiga) hari setelah keputusan sanksi administratif diterima.
- b. Apabila terdapat keberatan atau ketidakpatuhan terhadap sanksi berupa perintah ganti rugi sebagaimana diatur pada huruf e, pelaku penipuan wajib dapat membuktikan dan menjelaskan keberatannya.
- c. Mengenai sanksi administratif berupa denda:
- d. 25% dari jumlah ganti rugi untuk setiap jenis pelanggaran penipuan yang termasuk dalam kategori pelanggaran sedang;
- e. 50% dari jumlah ganti rugi sesuai dengan jenis penipuan untuk pelanggaran serius;
- f. Sanksi denda maksimum yang dapat dikenakan terhadap setiap jenis penipuan adalah Rp250.000.000,00 (dua ratus lima puluh juta rupiah).
- g. Jika pihak yang dikenakan sanksi administratif tidak melaksanakan sanksi, Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, atau Kepala Dinas Kesehatan yang ditunjuk dapat mengalihkan sanksi tersebut untuk kepentingan.

**KESIMPULAN DAN SARAN**

Dalam PMK No. 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan Kecurangan dalam Program JKN yang dijelaskan dalam ketentuan Pasal 3 ayat 1 BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan FKRTL berkoordinasi dengan BPJS Kesehatan sebagai organisasi koordinator. Untuk dari tingkat pusat hingga daerah, JKN harus diterapkan dengan baik. Kementerian Kesehatan dan Departemen Kesehatan perlu meningkatkan kewaspadaan terhadap penipuan yang mungkin terjadi dalam program JKN melalui strategi yang tepat. PMK no. 16 Tahun 2019 merupakan kebijakan yang menegaskan komitmen pemerintah dalam upaya pencegahan dan penanganan (*Fraud*) dalam pengelolaan keuangan negara. Melalui ketentuan ini, pemerintah menetapkan mekanisme sistematis untuk mendeteksi, melaporkan, dan menindak lanjuti dugaan *fraud*, baik yang dilakukan oleh pegawai negeri, pihak ketiga, maupun penerima dana lainnya. Dalam konteks pencegahan, PMK No. 16 Tahun 2019 menekankan pentingnya penguatan sistem pengendalian internal, pelaporan secara transparan, dan peran aktif aparat pengawasan internal pemerintah (APIP).

Secara Yuridis, PMK No. 16 tahun 2019 memberikan dasar hukum atas penerapan sanksi pengembalian kerugian negara akibat *fraud*. Namun dalam implementasinya sanksi pengembalian uang sebelum adanya putusan pengendalian

yang berkekuatan hukum tetap menimbulkan persoalan terkait asas praduga tak bersalah dan jaminan perlindungan hak hukum individu. Berdasarkan hasil analisis terhadap PMK No. 16 tahun 2019 tentang penanganan kecurangan (*Fraud*) dalam pengelolaan keuangan negara, dapat disimpulkan bahwa kebijakan pemerintah dalam mencegah *fraud* telah di arahkan melalui pendekatan preventif dan represif. Pendekatan preventif dilakukan dengan penguatan sistem pengendalian internal dan pelibatan aktif aparat pengawasan intern pemerintah (APIP) dalam mendeteksi dan menindaklanjuti indikasi *fraud*. Sedangkan pendekatan represif dilakukan melalui penerapan sanksi administratif dan/ atau pidana terhadap pelaku kecurangan. Oleh karena itu, di perlukan kehati hatian dalam penerapan sanksi agar tetap sejalan dengan prinsip keadilan dan kepastian hukum. Secara keseluruhan PMK No. 16 tahun 2019 merupakan instrumen penting dalam membangun sistem integrasi keuangan negara, namun penerapannya memerlukan koordinasi antar lembaga dan kepastian hukum yang kuat untuk menghindari potensi pelanggaran hak dan penyalahgunaan kewenangan.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Fadliana, F., Wardana, A. W., & Zaenudin, C. (2023). Implementasi sistem pencegahan kecurangan pelayanan kesehatan di rumah sakit wilayah Kota Prabumulih pada masa COVID-19. *Volume 3*(1), Juni 2023.
- Fajarwati, D. (2024). *Analisis yuridis penegakan hukum atas kecurangan (fraud) fasilitas pelayanan kesehatan terhadap peserta jaminan kesehatan*.
- Mastianto, A. (t.t.). *Buku 10 tahun BPJS Kesehatan: Tabir fraud di faskes*. Kompasiana. [https://www.kompasiana.com/rakyatjelata/6648044114709359306c2d15/buku-10-tahun-bpjs-kesehatan-membuka-tabir-fraud-di-faskes?page=all#goog\\_rewarded](https://www.kompasiana.com/rakyatjelata/6648044114709359306c2d15/buku-10-tahun-bpjs-kesehatan-membuka-tabir-fraud-di-faskes?page=all#goog_rewarded)
- Sustain.ID. (t.t.). *Fraud dalam pelayanan kesehatan di Indonesia dan strategi pencegahannya*. <https://sustain.id/2024/10/04/fraud-dalam-pelayanan-kesehatan-di-indonesia-dan-strategi-pencegahannya/>