

# PENERAPAN SANKSI ADMINISTRATIF TERHADAP RUMAH SAKIT PELAKU FRAUD KLAIM JKN DALAM PERSPEKTIF HUKUM KESEHATAN

Mutia Annisa <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Universitas Islam Bandung, Bandung, Indonesia

e-mail : [annisamarwoto@gmail.com](mailto:annisamarwoto@gmail.com) <sup>1)</sup>

Received: 15-12-2025

Revised: 13-01-2026

Accepted: 28-01-2026

## Info Artikel

## Abstract

**Keywords:** *JKN fraud, Hospital Liability, Administrative Sanctions, Health law*

**Kata Kunci:** *fraud JKN, Rumah Sakit, Sanksi Administratif, Hukum Kesehatan, Kepastian Hukum*

Fraudulent claims in Indonesia's National Health Insurance (JKN) pose a serious threat to financial sustainability and quality of healthcare services. Hospitals, as referral healthcare providers, are highly vulnerable to fraudulent practices such as upcoding, phantom billing, and diagnosis manipulation. This study analyzes the regulation and effectiveness of administrative sanctions imposed on hospitals committing JKN claim fraud from a health law perspective. Using a normative legal research method with statutory, conceptual, and case approaches, this study finds that although administrative sanctions are normatively regulated, their implementation remains ineffective in creating deterrence and legal certainty. Sanctions tend to be formalistic and weakly enforced due to limited supervision and inter-institutional coordination. Strengthening regulations, supervision systems, and sanction standards is therefore essential to ensure legal protection and sustainability of JKN.

### Abstrak

Fraud klaim dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan salah satu ancaman utama terhadap keberlanjutan pembiayaan dan mutu pelayanan kesehatan di Indonesia. Rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan memiliki posisi strategis sekaligus potensi besar dalam terjadinya kecurangan klaim melalui praktik seperti upcoding, phantom billing, dan manipulasi diagnosis. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaturan serta efektivitas penerapan sanksi administratif terhadap rumah sakit pelaku fraud klaim JKN dalam perspektif hukum kesehatan. Metode yang digunakan adalah penelitian hukum normatif dengan pendekatan perundang-undangan, konseptual, dan kasus. Hasil penelitian menunjukkan bahwa meskipun secara normatif pengaturan sanksi administratif telah tersedia melalui peraturan perundang-undangan dan regulasi teknis, penerapannya belum efektif dalam memberikan efek jera dan kepastian hukum. Sanksi yang cenderung bersifat administratif-formal serta lemahnya pengawasan dan koordinasi antarlembaga menyebabkan fraud masih berulang. Oleh karena itu, diperlukan penguatan regulasi, sistem pengawasan, dan standar penjatuhan sanksi agar sanksi administratif dapat berfungsi sebagai instrumen perlindungan hukum dan keberlanjutan JKN.

## PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan sejak 1 Januari 2014 merupakan salah satu kebijakan besar pemerintah Indonesia untuk menjamin akses pelayanan kesehatan yang adil, merata, dan bermutu bagi seluruh warga negara. Program ini mencakup pembayaran klaim pelayanan kesehatan melalui sistem INA-CBGs, yang menurut ketentuan bertujuan untuk menyeimbangkan efisiensi biaya sekaligus mempertahankan mutu layanan di fasilitas kesehatan. Namun, pelaksanaannya tidak lepas dari berbagai tantangan, khususnya dalam aspek ketahanan finansial dan kualitas layanan kesehatan akibat praktik fraud (kecurangan).<sup>12</sup>

Fenomena fraud dalam klaim JKN terjadi dalam berbagai bentuk, termasuk phantom billing (klaim fiktif tanpa layanan nyata), manipulasi diagnosis, klaim berlebihan atas tindakan medis, hingga penggelembungan tagihan. Temuan tim pencegahan kecurangan KPK dan Kemenkes menunjukkan bahwa di beberapa rumah sakit terdapat ribuan klaim yang diduga fiktif, misalnya dari 4.341 kasus fisioterapi yang diaudit, sekitar 3.269 di antaranya tidak didukung rekam medis yang cukup, serta manipulasi diagnosis tindakan operasi katarak di 3 rumah sakit di Sumatera Utara dan Jawa Tengah yang menyebabkan kerugian negara mencapai sekitar Rp 35 miliar.<sup>3</sup>

Selain itu, data internal BPJS Kesehatan menunjukkan bahwa biaya pengendalian inefisiensi pembiayaan program JKN mencapai Rp 866,8 miliar pada tahun 2023 sebelum ditinjau kembali, salah satunya karena adanya klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan administratif atau clinical pathway yang benar. Temuan ini menandakan bahwa fraud tidak hanya berdampak pada keuangan BPJS Kesehatan tetapi juga pada ketahanan dana jaminan sosial dan potensi penurunan mutu layanan karena sumber daya difokuskan pada klaim yang tidak tepat sasaran.<sup>4</sup>

Dalam perspektif hukum kesehatan, fraud merupakan tindakan yang melanggar prinsip penyelenggaraan program sosial yang sehat dan adil. Regulasi BPJS Kesehatan dan

---

<sup>1</sup> Purnomo Purnomo, & Zainal Arifin Hosein. (2025). Effectiveness of Administrative Sanctions in Overcoming Fraud by Health Facilities on JKN Participants. *Desentralisasi : Jurnal Hukum, Kebijakan Publik, Dan Pemerintahan*, 2(1), 175–189. <https://doi.org/10.62383/desentralisasi.v2i1.426>

<sup>2</sup> Ingi Putri Galuh, Achadi Anhari. Evaluation of Fraud Prevention Policies in the National Health Insurance System in Indonesia: Narrative Literature Review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)* 7(10):2449-2457. DOI:10.56338/mppki.v7i10.6164

<sup>3</sup> Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Cegah Fraud, Kemenkes Bentuk Tim Pencegahan*. 2024. <https://kemkes.go.id/eng/cegah-fraud-kemenkes-bentuk-tim-pencegahan?utm>. Diakses tanggal 4 Januari 2026

<sup>4</sup> Untari, PH. Dewas Desak Fraud Rumah Sakit (RS) ke BPJS Kesehatan Ditangani Serius. 2024. <https://finansial.bisnis.com/read/20240726/215/1785632/dewas-desak-fraud-rumah-sakit-rs-ke-bpis-kesehatan-ditangani-serius?utm>. Diakses tanggal 4 Januari 2026.

JKN, termasuk Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 16 Tahun 2019, secara spesifik mengatur tentang pencegahan dan penanganan fraud serta pemberian sanksi administratif bagi pelaku fraud di sektor kesehatan. Permenkes ini mewajibkan mekanisme pencegahan, deteksi, dan penanganan fraud, serta menyediakan bentuk-bentuk sanksi administratif seperti peringatan lisan, peringatan tertulis, kewajiban mengembalikan biaya klaim yang tidak sah, hingga pencabutan izin operasional fasilitas kesehatan jika terbukti melakukan fraud.

Meskipun telah ada aturan tersebut, berbagai penelitian akademik mengungkap bahwa penerapan sanksi administratif masih belum optimal dan kurang memberikan efek jera yang kuat. Beberapa kajian menyatakan bahwa sanksi administratif yang bersifat ringan cenderung memungkinkan rumah sakit atau pelaku fraud mengulangi pelanggaran yang sama karena tidak adanya ancaman pidana yang tegas di dalam Permenkes 16/2019. Regulasi ini pun sering dianggap kurang memberikan ruang jelas untuk integrasi dengan penegakan pidana ketika fraud terjadi secara sistematis dan merugikan negara secara signifikan.<sup>5</sup>

Contoh kasus penerapan sanksi administratif terhadap rumah sakit pelaku fraud klaim JKN dapat dilihat pada temuan BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan terhadap sebuah rumah sakit swasta yang terbukti melakukan upcoding dan klaim layanan fiktif guna meningkatkan nilai pembayaran INA-CBGs. Dalam kasus ini, rumah sakit mengajukan klaim tindakan medis yang tidak sesuai dengan diagnosis pasien, sehingga menimbulkan kerugian keuangan negara. Berdasarkan perspektif hukum kesehatan, perbuatan tersebut melanggar prinsip kejujuran, akuntabilitas, dan tata kelola pelayanan kesehatan sebagaimana diatur dalam peraturan JKN. Sebagai tindak lanjut, pemerintah menjatuhkan sanksi administratif berupa pengembalian kerugian, teguran tertulis, penghentian sementara kerja sama dengan BPJS Kesehatan, hingga pembekuan izin layanan tertentu. Penerapan sanksi ini bertujuan untuk memberikan efek jera serta menjaga keberlanjutan pembiayaan JKN. Selain itu, sanksi administratif dipandang lebih cepat dan efektif dibandingkan sanksi pidana dalam memulihkan kerugian negara. Dengan demikian, penegakan hukum kesehatan melalui sanksi administratif menjadi instrumen penting untuk menjamin integritas sistem JKN dan perlindungan hak peserta.

Selain itu, penelitian lain menunjukkan bahwa efektivitas pencegahan fraud di fasilitas kesehatan masih menghadapi hambatan seperti lemahnya koordinasi antar lembaga terkait,

---

<sup>5</sup> Fani VS, Suparno. Urgency of Regulatory Updates in Law Enforcement Against Fraudulent Acts by Health Facilities in the National Health Insurance Program. *International Journal of Social Service and Research*. Vol. 5, No. 7, July 2025. Page 724-731

kurangnya pemanfaatan teknologi informasi untuk deteksi dini, serta kesadaran hukum yang rendah di kalangan penyelenggara layanan kesehatan. Hal ini semakin menguatkan kebutuhan untuk mengevaluasi dan memperkuat penerapan sanksi administratif dalam rangka menutup celah fraud dan memperkuat sistem hukum kesehatan Indonesia secara keseluruhan. Dengan demikian, masalah utama yang melandasi penelitian ini adalah bagaimana efektivitas penerapan sanksi administratif terhadap rumah sakit pelaku fraud klaim JKN, serta sejauh mana ketentuan hukum yang berlaku mampu memberikan perlindungan hukum, efek jera, dan kepastian hukum dalam perspektif hukum kesehatan. Penelitian ini menjadi penting untuk memberikan rekomendasi kebijakan hukum yang lebih efektif dalam menanggulangi fraud di sektor pelayanan kesehatan, khususnya dalam konteks JKN yang diharapkan dapat berkelanjutan dan adil bagi seluruh peserta.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian hukum normatif (*normative legal research*), yaitu penelitian yang mengkaji hukum sebagai norma atau kaidah yang berlaku dalam masyarakat. Penelitian hukum normatif difokuskan pada analisis terhadap peraturan perundang-undangan, asas hukum, dan doktrin hukum yang berkaitan dengan penerapan sanksi administratif terhadap rumah sakit pelaku fraud klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini meliputi:

- a. Pendekatan Perundang-undangan (statute approach)  
Pendekatan ini digunakan untuk mengkaji dan menganalisis berbagai peraturan perundang-undangan yang mengatur penyelenggaraan pelayanan kesehatan, sistem JKN, serta pencegahan dan penanganan fraud, termasuk pengaturan mengenai sanksi administratif terhadap rumah sakit.
- b. Pendekatan Konseptual (conceptual approach)  
Pendekatan konseptual dilakukan dengan menelaah konsep-konsep dan doktrin hukum yang berkembang dalam ilmu hukum, khususnya konsep sanksi administratif, kepastian hukum, dan perlindungan hukum dalam hukum kesehatan, guna membangun landasan teoritis dalam menganalisis permasalahan penelitian.
- c. Pendekatan Kasus (case approach)  
Pendekatan kasus digunakan untuk mengkaji putusan, temuan audit, atau laporan resmi terkait praktik fraud klaim JKN oleh rumah sakit, baik yang ditangani oleh BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, maupun lembaga pengawas lainnya, sebagai bahan analisis penerapan sanksi administratif dalam praktik.

Teknik pengumpulan bahan hukum dilakukan melalui studi kepustakaan (library research), dengan cara menelusuri dan menginventarisasi peraturan perundang-undangan, literatur hukum, buku teks, jurnal ilmiah, serta dokumen resmi yang berkaitan dengan penerapan sanksi administratif terhadap rumah sakit pelaku fraud klaim JKN.

Analisis bahan hukum dilakukan secara kualitatif, dengan menggunakan metode analisis preskriptif-analitis. Bahan hukum yang telah dikumpulkan dianalisis dengan cara:

- a. Menginterpretasikan norma hukum yang mengatur sanksi administratif terhadap rumah sakit pelaku fraud klaim JKN;
- b. Membandingkan ketentuan normatif dengan praktik penerapan sanksi administratif di lapangan;
- c. Menilai efektivitas penerapan sanksi administratif berdasarkan prinsip kepastian hukum, keadilan, dan perlindungan hukum dalam hukum kesehatan.

Hasil analisis tersebut kemudian disusun secara sistematis untuk menarik kesimpulan dan memberikan rekomendasi normatif guna memperkuat penegakan hukum terhadap fraud klaim JKN.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **Pengaturan Sanksi Administratif terhadap Rumah Sakit Pelaku Fraud Klaim JKN dalam Perspektif Hukum Kesehatan**

Dalam perspektif hukum kesehatan, pengaturan sanksi administratif terhadap rumah sakit pelaku fraud klaim JKN merupakan bagian dari upaya negara untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang adil, bermutu, dan berkelanjutan. Rumah sakit sebagai subjek hukum tidak hanya dibebani kewajiban memberikan pelayanan medis, tetapi juga kewajiban administratif untuk memastikan bahwa seluruh klaim yang diajukan kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan standar medis, standar pelayanan, dan ketentuan pembiayaan yang berlaku.

Secara normatif, pengaturan sanksi administratif terhadap fraud klaim JKN telah memiliki dasar hukum yang cukup kuat, baik dalam undang-undang maupun peraturan pelaksana. Ketentuan mengenai pencegahan dan penanganan fraud dalam program JKN menegaskan bahwa setiap bentuk kecurangan yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan, termasuk rumah sakit, merupakan pelanggaran administratif yang dapat dikenai sanksi. Bentuk sanksi tersebut meliputi peringatan, kewajiban pengembalian kerugian keuangan, pembekuan kerja sama dengan BPJS Kesehatan, hingga pencabutan izin operasional.

Dalam kerangka hukum kesehatan, sanksi administratif tidak semata-mata dimaksudkan sebagai alat penghukuman, melainkan sebagai instrumen pengendalian (control mechanism) untuk menjaga integritas sistem pelayanan kesehatan. Sanksi administratif berfungsi untuk memastikan bahwa penyelenggara pelayanan kesehatan bertindak sesuai prinsip akuntabilitas, transparansi, dan kepatuhan hukum. Dengan demikian, pengaturan sanksi administratif terhadap rumah sakit pelaku fraud klaim JKN merupakan manifestasi dari tanggung jawab negara dalam melindungi hak peserta JKN dan menjaga keberlanjutan pembiayaan kesehatan nasional.<sup>6</sup>

Namun demikian, secara normatif masih terdapat ruang penafsiran yang luas terkait batasan fraud, mekanisme pembuktian, serta parameter penjatuhan sanksi administratif. Kondisi ini berpotensi menimbulkan perbedaan penerapan sanksi di lapangan dan berdampak pada lemahnya kepastian hukum bagi rumah sakit maupun bagi penyelenggara JKN.

### **Efektivitas Penerapan Sanksi Administratif terhadap Rumah Sakit Pelaku Fraud Klaim JKN**

Efektivitas penerapan sanksi administratif dapat diukur melalui kemampuannya dalam memberikan efek jera, mencegah pengulangan pelanggaran, serta menjamin kepastian dan perlindungan hukum. Dalam praktik penyelenggaraan JKN, berbagai temuan audit dan laporan pengawasan menunjukkan bahwa fraud klaim masih terus terjadi, meskipun regulasi sanksi administratif telah diberlakukan.

Dari perspektif teori efek jera (deterrence theory), sanksi administratif akan efektif apabila memiliki tingkat keparahan dan konsistensi penerapan yang cukup untuk memengaruhi perilaku subjek hukum. Namun, dalam praktik, sanksi administratif terhadap rumah sakit pelaku fraud sering kali terbatas pada kewajiban pengembalian klaim dan peringatan administratif, yang secara ekonomis belum tentu menimbulkan kerugian signifikan bagi rumah sakit berskala besar. Akibatnya, sanksi tersebut belum sepenuhnya mampu mencegah terjadinya fraud secara berulang.

Selain itu, efektivitas sanksi administratif juga dipengaruhi oleh aspek penegakan dan pengawasan. Keterbatasan sumber daya pengawasan, kurang optimalnya koordinasi antar lembaga, serta kompleksitas pembuktian fraud berbasis data medis dan administrasi

---

<sup>6</sup> Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Cegah Fraud, Kemenkes Bentuk Tim Pencegahan*. 2024. <https://kemkes.go.id/eng/cegah-fraud-kemenkes-bentuk-tim-pencegahan?utm>. Diakses tanggal 4 Januari 2026

klaim menjadi kendala utama dalam penerapan sanksi. Dalam banyak kasus, proses penanganan fraud membutuhkan waktu yang panjang, sehingga mengurangi daya tekan sanksi administratif itu sendiri.

Dari sudut pandang kepastian hukum, penerapan sanksi administratif terhadap rumah sakit pelaku fraud klaim JKN juga masih menghadapi tantangan berupa ketidakseragaman prosedur dan standar penilaian. Perbedaan interpretasi terhadap unsur fraud dan derajat kesalahan administrasi berpotensi menimbulkan ketidakadilan dalam penjatuhan sanksi. Hal ini bertentangan dengan prinsip kepastian hukum yang menghendaki kejelasan norma dan konsistensi penerapan hukum. Fraud klaim adalah tindakan kecurangan yang dilakukan oleh pihak tertentu dengan cara mengajukan klaim palsu, dilebih-lebihkan, atau dimanipulasi untuk memperoleh keuntungan yang tidak sah. Praktik ini sering terjadi dalam bidang asuransi, keuangan, dan layanan kesehatan, misalnya dengan memberikan informasi yang tidak benar atau merekayasa dokumen pendukung klaim. Fraud klaim dapat dilakukan oleh individu maupun kelompok yang sengaja memanfaatkan celah sistem pengawasan. Dampak dari fraud klaim sangat merugikan, baik bagi perusahaan, negara, maupun masyarakat luas karena menimbulkan kerugian finansial. Selain itu, tindakan ini juga merusak kepercayaan publik terhadap institusi yang terkait. Dalam perspektif hukum, fraud klaim termasuk perbuatan melawan hukum dan dapat dikenai sanksi pidana maupun perdata. Oleh karena itu, diperlukan sistem pengendalian internal dan kesadaran etika untuk mencegah terjadinya fraud klaim.

### **Penerapan Sanksi Administratif sebagai Instrumen Perlindungan Hukum dan Keberlanjutan JKN**

Dalam konteks hukum kesehatan, penerapan sanksi administratif terhadap rumah sakit pelaku fraud klaim JKN harus dipahami sebagai bagian dari perlindungan hukum bagi peserta JKN dan kepentingan publik. Fraud klaim yang tidak ditangani secara tegas berpotensi menggerus keuangan JKN dan pada akhirnya berdampak pada menurunnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Sanksi administratif yang efektif dapat berfungsi sebagai mekanisme koreksi terhadap perilaku rumah sakit sekaligus sebagai sarana edukasi hukum agar penyelenggara layanan kesehatan meningkatkan kepatuhan administratif dan etika pelayanan. Dengan demikian, sanksi administratif tidak hanya bersifat represif, tetapi juga preventif dan rehabilitatif. Namun, agar sanksi administratif benar-benar mampu melindungi keberlanjutan JKN, diperlukan penguatan kebijakan hukum, antara lain melalui:

1. Penegasan kriteria fraud dan tingkat kesalahan administratif secara lebih rinci;
2. Peningkatan integrasi sistem pengawasan dan audit klaim berbasis teknologi informasi;
3. Penyesuaian bentuk dan bobot sanksi administratif agar lebih proporsional dan berkeadilan.

Penguatan tersebut penting agar sanksi administratif tidak dipersepsikan sebagai sekadar kewajiban administratif, tetapi sebagai instrumen hukum yang memiliki daya paksa nyata dalam sistem hukum kesehatan.

### **Analisis Kritis terhadap Penerapan Sanksi Administratif**

Berdasarkan analisis normatif dan temuan empiris, dapat dikemukakan bahwa penerapan sanksi administratif terhadap rumah sakit pelaku fraud klaim JKN masih cenderung formalistik dan belum sepenuhnya mencerminkan prinsip efektivitas hukum. Sanksi administratif belum secara optimal dijadikan sebagai instrumen utama untuk membangun kepatuhan hukum rumah sakit dalam sistem JKN.<sup>7</sup>

Dalam perspektif hukum kesehatan, kondisi ini menunjukkan perlunya rekonstruksi pendekatan penegakan hukum administratif, dengan menempatkan sanksi administratif sebagai bagian dari sistem pengendalian mutu dan akuntabilitas pelayanan kesehatan. Tanpa penguatan tersebut, sanksi administratif berisiko kehilangan legitimasi dan daya guna dalam menanggulangi fraud klaim JKN.

### **KESIMPULAN/CONCLUSION**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai penerapan sanksi administratif terhadap rumah sakit pelaku fraud klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam perspektif hukum kesehatan, dapat ditarik simpulan sebagai berikut: Pengaturan dan penerapan sanksi administratif terhadap rumah sakit pelaku fraud klaim JKN secara normatif telah tersedia dan memiliki dasar hukum yang cukup, baik dalam peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan, rumah sakit, maupun regulasi teknis penyelenggaraan JKN. Sanksi administratif tersebut mencakup peringatan, kewajiban pengembalian kerugian, pembekuan kerja sama, hingga pencabutan izin operasional rumah sakit. Namun demikian, pengaturan tersebut masih menyisakan kelemahan, khususnya terkait kejelasan kriteria fraud, mekanisme pembuktian,

---

<sup>7</sup> Andi Ashar. (2023). Aspek Yuridis Penerapan Sanksi Administratif Bagi Pelaku Kecurangan (FRAUD) Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional. *JURNAL HUKUM, POLITIK DAN ILMU SOSIAL*, 1(1), 156–161. <https://doi.org/10.55606/jhpi.v1i1.1738>

serta standar penjatuhan sanksi, sehingga belum sepenuhnya menjamin kepastian hukum dalam praktik penerapannya. Penerapan sanksi administratif terhadap rumah sakit pelaku fraud klaim JKN belum sepenuhnya efektif dalam memberikan efek jera dan menjaga keberlanjutan penyelenggaraan JKN. Sanksi yang cenderung bersifat administratif-formal dan kurang proporsional dengan tingkat kerugian yang ditimbulkan menyebabkan fraud masih berpotensi berulang. Selain itu, lemahnya pengawasan, keterbatasan koordinasi antar lembaga, serta ketidakseragaman penerapan sanksi turut mengurangi efektivitas sanksi administratif sebagai instrumen penegakan hukum kesehatan.

## **REFERENCES (DAFTAR PUSTAKA)**

- Guntoro, AS et al. Fraud pada Penagihan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional. Uwais Inspirasi Indonesia. 2025. Hlm 1-20
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. 2019.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Surat Edaran Nomor HK.02.01/Menkes/1567/2024 Tentang Pelaksanaan Pencegahan, Penanganan, Dan Penerapan Sanksi Administratif Kecurangan (Fraud) Sebagai Upaya Kendali Mutu Dan Kendali Biaya Dalam Program Jaminan Kesehatan Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 2024
- Purnomo Purnomo, & Zainal Arifin Hosein. (2025). *Effectiveness of Administrative Sanctions in Overcoming Fraud by Health Facilities on JKN Participants*. Desentralisasi : Jurnal Hukum, Kebijakan Publik, Dan Pemerintahan, 2(1), 175–189. <https://doi.org/10.62383/desentralisasi.v2i1.426>
- Inggi Putri Galuh, Achadi Anhari. Evaluation of Fraud Prevention Policies in the National Health Insurance System in Indonesia: Narrative Literature Review. Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI) 7(10):2449-2457. DOI:10.56338/mppki.v7i10.6164
- Fani VS, Suparno. Urgency of Regulatory Updates in Law Enforcement Against Fraudulent Acts by Health Facilities in the National Health Insurance Program. International Journal of Social Service and Research. Vol. 5, No. 7, July 2025. Page 724-731

- Villegas-Ortega J., Bellido-Boza L., Mauricio D. Fourteen years of manifestations and factors of health insurance fraud, 2006–2020: a scoping review. National Library of Medicine. Health Justice. 2021 Sep 30;9:26. doi: [10.1186/s40352-021-00149-3](https://doi.org/10.1186/s40352-021-00149-3)
- Andi Ashar. (2023). Aspek Yuridis Penerapan Sanksi Administratif Bagi Pelaku Kecurangan (FRAUD) Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional. *JURNAL HUKUM, POLITIK DAN ILMU SOSIAL*, 1(1), 156–161. <https://doi.org/10.55606/jhpis.v1i1.1738>
- Dimas Wicaksono dan Nur Khasanah, “Penegakan Hukum terhadap Fraud Klaim Jaminan Kesehatan Nasional oleh Rumah Sakit,” *Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan* 3, no. 2 (2022): 145–160, <https://jhek.hangtuah.ac.id/index.php/jurnal/article/view/243>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Cegah Fraud, Kemenkes Bentuk Tim Pencegahan*. 2024. <https://kemkes.go.id/eng/cegah-fraud-kemenkes-bentuk-tim-pencegahan?utm>. Diakses tanggal 4 Januari 2026
- Untari, PH. Dewas Desak Fraud Rumah Sakit (RS) ke BPJS Kesehatan Ditangani Serius. 2024. <https://finansial.bisnis.com/read/20240726/215/1785632/dewas-desak-fraud-rumah-sakit-rs-ke-bpjs-kesahatan-ditangani-serius?utm>. Diakses tanggal 4 Januari 2026.