

URGENSI PEMBENTUKAN UNDANG-UNDANG KHUSUS TENTANG TINDAK PIDANA KECURANGAN DANA BPJS KESEHATAN DALAM MENINGKATKAN EFEKTIVITAS PENEGAKAN HUKUM

Vani Anggun Triana Dewi¹, Tomy Michael²

vnvania7@gmail.com¹, tomy@untag-sby.ac.id²

Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya

ABSTRAK

Kecurangan yang menyangkut dana BPJS Kesehatan adalah persoalan serius yang meresahkan keberlangsungan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) serta hak masyarakat untuk mendapatkan layanan kesehatan. Sistem hukum yang ada saat ini, yang terdiri dari Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019, Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP), dan Undang-Undang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi, masih tersebar dan kurang memadai. Ketentuan pidana saat ini hanya menargetkan pihak-pihak yang berada dalam internal BPJS dan mengandalkan ketentuan yang bersifat umum, yang tidak sejalan dengan sifat kecurangan administratif yang berbasiskan sistem. Situasi ini menciptakan ketidakpastian dalam hukum, mengurangi efek jera, dan menghasilkan ketidakadilan dalam penegakan hukum. Penelitian ini menekankan pentingnya pembuatan undang-undang khusus mengenai tindakan pidana kecurangan dana BPJS Kesehatan sebagai lex specialis yang secara rinci mengatur tentang jenis kejahatan, subjek hukum, hukuman pidana, dan cara membuktikan kasusnya. Harapan dari pembentukan undang-undang khusus ini adalah untuk meningkatkan efektivitas penegakan hukum, memperluas tanggung jawab kepada pihak eksternal dan perusahaan, serta menjaga dana jaminan sosial demi kepentingan publik yang strategis.

Kata Kunci: BPJS Kesehatan, Tindak Pidana Kecurangan, Lex Specialis, Efektivitas Penegakan Hukum, Perlindungan Dana Jaminan Sosial, Kepastian Hukum.

ABSTRACT

Fraud involving BPJS Kesehatan funds is a serious issue that threatens the sustainability of the National Health Insurance (JKN) Program and the public's right to healthcare. The current legal system, consisting of Law Number 24 of 2011 concerning BPJS, Minister of Health Regulation Number 16 of 2019, the Criminal Code (KUHP), and the Corruption Eradication Law, remains fragmented and inadequate. Current criminal provisions only target internal parties within BPJS Kesehatan and rely on general provisions, which are inconsistent with the systemic nature of administrative fraud. This situation creates legal uncertainty, reduces the deterrent effect, and results in injustice in law enforcement. This study emphasizes the importance of establishing a specific law regarding criminal acts of fraud involving BPJS Kesehatan funds as a lex specialis that specifically regulates the types of crimes, legal subjects, criminal penalties, and methods of proving cases. The hope is that the creation of this special law will increase the effectiveness of law enforcement, expand accountability to external parties and companies, and safeguard social security funds for the strategic public interest.

Keywords: BPJS Health, Criminal Acts Of Fraud, Lex Specialis, Effectiveness Of Law Enforcement, Protection Of Social Security Funds, Legal Certainty.

PENDAHULUAN

Kesehatan adalah hak asasi yang dilindungi oleh konstitusi, seperti yang dinyatakan dalam Pasal 28H ayat (1) dan ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Pasal ini menegaskan hak setiap individu untuk mendapatkan layanan kesehatan dan perlindungan sosial guna memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Sebagai negara yang berpegang pada hukum dan kesejahteraan, Indonesia memiliki tanggung jawab konstitusional untuk memastikan adanya sistem jaminan kesehatan yang

adil, berkelanjutan, dan dapat diakses oleh semua warga negara.¹

Dalam upaya untuk menjalankan amanat dari konstitusi, pemerintah membentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang salah satu komponen utama adalah Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program ini dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. BPJS Kesehatan berperan sebagai lembaga hukum publik yang mengatur dana jaminan sosial untuk memastikan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat secara menyeluruh.²

Namun, dalam pelaksanaannya, pelaksanaan Program JKN menemui berbagai masalah serius yang berupa kecurangan terhadap dana BPJS Kesehatan. Kecurangan ini mencakup berbagai cara, seperti pengubahan klaim, pengkodean yang lebih tinggi, klaim yang tidak nyata, pemalsuan catatan medis, hingga kolusi antara penyedia layanan kesehatan dan pihak tertentu. Tindakan kecurangan ini tidak hanya mengakibatkan kerugian finansial yang besar, tetapi juga membahayakan keberlangsungan dana jaminan sosial serta merendahkan kualitas pelayanan kesehatan bagi peserta JKN.³

Secara normatif, upaya pencegahan dan pengelolaan kecurangan dalam implementasi JKN diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan No. 16 Tahun 2019 mengenai Upaya Pencegahan dan Penanganan Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Peraturan ini menjelaskan bahwa kecurangan adalah tindakan yang dilakukan dengan sadar untuk mendapatkan keuntungan finansial dari sistem JKN dengan cara yang tidak sesuai dengan aturan yang berlaku.⁴ Meskipun peraturan ini mencerminkan kepedulian pemerintah terhadap risiko penipuan, aturannya masih lebih menitikberatkan pada langkah-langkah pencegahan dan penerapan sanksi administratif, seperti pengembalian kerugian, denda, dan penghentian kerjasama, tanpa menyertakan definisi tindak pidana yang jelas dan menyeluruh.⁵

Dalam ranah hukum pidana, tindakan penegakan hukum terhadap penipuan dana BPJS Kesehatan hingga saat ini masih bergantung pada aturan pidana umum yang ada di Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP), terutama Pasal 378 yang mengatur tentang penipuan. Namun, dalam hal ini, struktur dari tindak pidana penipuan memerlukan adanya teknik curang dan juga kesediaan dari korban untuk menyerahkan sesuatu. Dalam sistem BPJS Kesehatan, proses pembayaran klaim dilakukan lewat sebuah sistem administratif, sehingga komponen-komponen yang diperlukan dalam tindak pidana penipuan sering kali tidak terpenuhi sepenuhnya. Sehingga, penerapan peraturan dari KUHP menjadi kurang efisien dan menimbulkan kebingungan dalam hukum.⁶

¹ Desti Fajarwati and others, ‘ANALISIS YURIDIS PENEGAKAN HUKUM ATAS KECURANGAN (FRAUD) FASILITAS KESEHATAN TERHADAP PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DALAM PELAYANAN MEDIS’, pp. 899–912.

² Solehuddin, ‘Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Di Indonesia’, *University of Jember*, 4.1 (2023), pp. 55–75, doi:10.19184/ijd.v4i1.39490.

³ Maya Febriyanti Purwandari and others, ‘Analisis Yuridis Sistem Pencegahan Kecurangan (Fraud) Di Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional Di Indonesia’, 2023, pp. 706–17.

⁴ Fajarwati and others, ‘ANALISIS YURIDIS PENEGAKAN HUKUM ATAS KECURANGAN (FRAUD) FASILITAS KESEHATAN TERHADAP PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DALAM PELAYANAN MEDIS’.

⁵ Boedi Prasetyo Viona Priscilia, I Made Kantikha, ‘Analisis Yuridis Penerapan Sanksi Peserta JKN Fraud Dalam Pelaksanaan Program JKN Di Indonesia’, *JSIM: Jurnal Ilmu Sosial Dan Pendidikan*, 5.5 (2024).

⁶ Sonya Arini Batubara Emir Syarif Fatahillah Pakpahan, Thela Valentine, Arixson, ‘ANALISIS HUKUM TERHADAP TINDAKAN PIDANA PENIPUAN YANG MENYALAHGUNAKAN BPJS KESEHATAN BERDASARKAN KUHP’, *Jurnal Ilmiah Indonesia p-ISSN: 2541-0849 e-ISSN: 2548-1398*, 6.10 (2021).

Selain itu, penerapan Undang-Undang Nomor 31 Tahun 1999 mengenai Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi juga memiliki hambatan. Tidak semua bentuk penipuan terkait dana BPJS Kesehatan bisa dikategorikan sebagai tindak pidana korupsi karena masih ada perbincangan tentang kedudukan dana BPJS dalam konteks keuangan negara. Dana BPJS Kesehatan merupakan kombinasi dari iuran peserta, majikan, dan sumbangan pemerintah, sehingga unsur kerugian terhadap keuangan negara tidak selalu terjadi secara otomatis.⁷

Lebih jauh, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 mengenai BPJS, terutama pada Pasal 55, hanya mengatur tanggung jawab pidana untuk pihak internal BPJS. Namun, dalam kenyataan, penipuan terhadap dana BPJS Kesehatan lebih banyak dilakukan oleh pihak luar, seperti lembaga layanan kesehatan, tenaga medis, maupun perusahaan yang bekerja sama dengan BPJS. Pembatasan pada subjek hukum ini menciptakan celah hukum yang menghalangi penegakan hukum yang efektif dan berisiko melanggar prinsip kesetaraan di depan hukum.⁸

Ketiadaan sistem dan aturan hukum yang khusus untuk menangani penipuan dalam dana BPJS Kesehatan menunjukkan bahwa undang-undang yang ada saat ini tidak dapat memberikan kepastian dan keadilan hukum dengan sebaik-baiknya. Keberadaan sanksi administratif dianggap belum cukup untuk memberikan efek jera, sehingga kemungkinan praktik penipuan dapat terus terjadi dan menjadi masalah yang berulang. Oleh karena itu, sangat penting untuk menyusun undang-undang khusus mengenai kejahatan penipuan dana BPJS Kesehatan yang berfungsi sebagai lex specialis, yang dengan jelas mengatur definisi tindak pidana, subjek hukum, hukuman pidana, dan prosedur pembuktian yang sesuai dengan karakteristik sistem JKN.⁹

Oleh karena itu, penelitian tentang kebutuhan pembuatan undang-undang yang khusus terkait dengan kejahatan penipuan dana BPJS Kesehatan menjadi sangat krusial untuk memastikan kepastian hukum, keadilan, dan efisiensi dalam penegakan hukum, serta untuk melindungi keberlangsungan dana jaminan sosial yang merupakan kepentingan publik yang penting.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini mengaplikasikan metode hukum yang bersifat normatif dengan pendekatan konstruktif, yang menitikberatkan pada evaluasi sumber hukum utama yaitu Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2011 mengenai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Undang-Undang Nomor 31 Tahun 1999 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi, Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, serta Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 terkait Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) dan Pengenaan Sanksi Administratif atas Kecurangan (Fraud) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, serta sumber hukum sekunder (buku, jurnal, artikel), dan sumber tersier (kamus hukum, ensiklopedia). Proses analisis dilakukan untuk menemukan kekosongan dalam hukum, mengevaluasi sejauh mana hukum itu efektif dan adil, serta merumuskan saran untuk penyusunan undang-undang khusus sebagai lex specialis terkait penipuan dana BPJS

⁷ M. Ruhly Kesuma Dinata Herlizon Said, ‘PERAN HUKUM DALAM MENGATASI KORUPSI DI SEKTOR KESEHATAN: TINJAUAN PRAKTIK DAN KEBIJAKAN’, *Journal of Innovation Research and Knowledge*, 4.9 (2025), pp. 6269–76.

⁸ Almira Novia Zulaikha, ‘PENEGAKAN SANKSI PIDANA DALAM UU NO . 24 TAHUN 2011 TENTANG BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL ”’, 2011, pp. 192–209.

⁹ Emir Syarif Fatahillah Pakpahan, Thela Valentine, Arixson, ‘ANALISIS HUKUM TERHADAP TINDAKAN PIDANA PENIPUAN YANG MENYALAHGUNAKAN BPJS KESEHATAN BERDASARKAN KUHP’.

Kesehatan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Kecukupan Kerangka Hukum yang Berlaku dalam Menjamin Kepastian dan Keadilan Penanganan Dana BPJS Kesehatan Terkait Sanksi Pidana

Kerangka hukum yang ada untuk menangani kecurangan dana BPJS Kesehatan saat ini masih kurang memadai dalam memberikan kepastian dan keadilan hukum berkaitan dengan penerapan hukuman pidana. Aturannya masih tersebar di berbagai dokumen hukum, seperti Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019, Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP), dan Undang-Undang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi, tanpa adanya ketentuan pidana yang khusus dan terintegrasi.

Undang-Undang BPJS hanya menetapkan hukuman pidana yang terbatas bagi anggota internal BPJS, sementara Peraturan Menteri Kesehatan lebih fokus pada sanksi administratif. Keterbatasan dalam pengaturan hukum pidana khusus ini memicu penggunaan KUHP dan Undang-Undang Tindak Pidana Korupsi, yang dalam pelaksanaannya seringkali tidak sesuai dengan sifat kecurangan dana BPJS Kesehatan yang bersifat administratif dan sistemik. Hal ini mengakibatkan penegakan hukum pidana menjadi tidak konsisten dan menciptakan kebingungan hukum.

Dari perspektif keadilan hukum, dominasi sanksi administratif dan lemahnya penegakan pidana tidak memberikan efek jera yang proporsional terhadap pelaku kecurangan dana BPJS Kesehatan. Kondisi ini menunjukkan bahwa kerangka hukum yang berlaku saat ini belum cukup menjamin kepastian dan keadilan hukum, sehingga diperlukan pembaruan hukum melalui pengaturan pidana yang lebih komprehensif dan khusus.

Kerangka Hukum Positif yang Berlaku

Berdasarkan hasil studi normatif pada peraturan perundang-undangan yang ada, terlihat bahwa pengaturan mengenai kecurangan dana BPJS Kesehatan masih terfragmentasi dalam beberapa perangkat hukum dan belum membentuk sistem hukum pidana yang komprehensif. Struktur hukum tersebut mencakup Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019, Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP), serta Undang-Undang Nomor 31 Tahun 1999 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi.

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 mengenai BPJS pada intinya mengatur mengenai struktur, peran, dan manajemen BPJS sebagai institusi publik yang menyelenggarakan program jaminan sosial. Ketentuan pidana dalam undang-undang ini sangat terbatas dan hanya ditujukan untuk pelanggaran yang dilakukan oleh pihak internal BPJS. Pasal 55 UU BPJS menetapkan hukuman pidana bagi anggota Direksi dan Dewan Pengawas yang melakukan pelanggaran tertentu, namun tidak menjelaskan secara rinci tindakan penipuan yang berkaitan dengan dana BPJS Kesehatan dan tidak mencakup pelaku dari luar organisasi.

Di sisi lain, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 telah secara signifikan mengidentifikasi berbagai jenis kecurangan yang terjadi dalam pelaksanaan Program JKN, seperti penipuan klaim, pemalsuan data layanan kesehatan, dan penyalahgunaan wewenang. Namun, posisi peraturan menteri sebagai peraturan yang bersifat pelaksana membuat sanksi yang ditetapkan hanya sebatas sanksi administratif. Aturan ini tidak dapat dijadikan acuan langsung untuk penegakan hukum pidana karena tidak memiliki kekuasaan untuk merumuskan tindak pidana dan ancaman hukuman.

Oleh karena itu, analisis menunjukkan bahwa struktur hukum yang berlaku saat ini belum berhasil membangun sistem hukum pidana yang khusus dan efektif dalam menangani kecurangan dana BPJS Kesehatan secara menyeluruh dan terencana.

Ketidaktepatan Penerapan Ketentuan KUHP terhadap Kecurangan Dana BPJS Kesehatan

Dalam aplikasi penegakan hukum, pihak berwajib sering kali merujuk pada Pasal 378 KUHP mengenai penipuan sebagai landasan untuk menghukum pelaku kecurangan terkait dana BPJS Kesehatan. Namun, pemakaian pasal ini tidak selalu sesuai jika dihubungkan dengan sifat penipuan dalam sistem JKN.

Pasal 378 KUHP mengharuskan adanya elemen penipuan, serangkaian kebohongan, dan penyerahan barang atau pemberian keuntungan yang dilakukan secara sukarela oleh korban. Dalam hal BPJS Kesehatan, proses pembayaran klaim tidak berlangsung melalui interaksi langsung antara pelaku dan korban, tetapi melalui sistem administrasi serta teknologi informasi yang telah diatur. Pembayaran klaim dilakukan berdasarkan pemeriksaan dokumen dan data layanan kesehatan, bukan karena adanya pengaruh atau penipuan yang dilakukan secara langsung.

Kecurangan pada dana BPJS Kesehatan lebih sering terjadi melalui pengelolaan administratif yang salah, pemalsuan informasi klaim, atau penyalahgunaan prosedur teknis. Tindakan tersebut tidak selalu memenuhi kriteria subjektif dan objektif dari tindak pidana penipuan seperti yang dijelaskan dalam KUHP. Oleh karena itu, penerapan Pasal 378 KUHP sering kali menghadapi tantangan dalam pembuktian dan dapat melanggar prinsip legalitas karena memaksakan suatu tindakan ke dalam definisi tindak pidana yang tidak tepat.

Sebagai hasilnya, penerapan KUHP sebagai landasan utama dalam mengatasi tindak pidana terkait penipuan dana BPJS Kesehatan sering kali tidak efisien dan menyebabkan ketidakjelasan dalam hukum.

Keterbatasan Penerapan Undang-Undang Pemberantasan Tindak Pidana Korups

Pilihan lain yang biasa diterapkan dalam mengatasi penipuan dana BPJS Kesehatan adalah penggunaan Undang-Undang Nomor 31 Tahun 1999 mengenai Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi. Namun, penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa pelaksanaan undang-undang ini juga menemui sejumlah batasan baik dari segi konsep maupun hukum.

Salah satu isu penting berada pada perdebatan mengenai kedudukan dana BPJS Kesehatan dalam konteks keuangan negara. Dana BPJS Kesehatan diperoleh dari iuran peserta, kontribusi pemberi kerja, dan sumbangan pemerintah, sehingga memiliki sifat sebagai dana publik yang khusus. Tidak semua bentuk penyalahgunaan dana BPJS Kesehatan dapat langsung dianggap sebagai kerugian dalam keuangan negara sesuai dengan yang diatur dalam Undang-Undang Tipikor.

Selain itu, hukum terkait tindak pidana korupsi lebih fokus pada penyalahgunaan kekuasaan yang dilakukan oleh pejabat negara atau aparat pemerintah. Di sisi lain, pelaku penipuan dana BPJS Kesehatan secara nyata berasal dari berbagai pihak swasta, seperti rumah sakit, klinik, tenaga kesehatan, dan juga perusahaan yang bekerja sama dengan BPJS. Situasi ini membuat penerapan hukum tindak pidana korupsi menjadi tidak menyeluruh dan hanya mengenai beberapa pelaku penipuan saja.

Sebagai hasilnya, penerapan Undang-Undang Tipikor sebagai alat penting dalam menangani kecurangan dana BPJS Kesehatan belum dapat memberikan kepastian hukum yang stabil dan menyeluruh.

Analisis Kepastian dan Keadilan Hukum dalam Penanganan Kecurangan Dana BPJS Kesehatan

Berdasarkan pandangan mengenai kepastian hukum, aturan hukum seharusnya ditetapkan dengan jelas, tegas, dan tanpa kemungkinan penafsiran ganda agar bisa diterapkan secara konsisten. Penelitian menunjukkan bahwa keadaan hukum saat ini belum memenuhi standar tersebut. Ketiadaan peraturan khusus yang mengatur kecurangan terkait dana BPJS Kesehatan membuat aparat penegak hukum harus menafsirkan dan menyesuaikan berbagai aturan hukum umum yang tidak dirancang untuk kasus ini.

Dari sudut pandang keadilan hukum, penguasaan sanksi administratif dalam kasus kecurangan dana BPJS Kesehatan menghadirkan masalah. Pelaku penipuan yang menyebabkan kerugian besar dan dilakukan secara sistematis sering hanya mendapat sanksi administratif, sementara tindakan sejenis di sektor lain dapat berakibat pada sanksi pidana. Situasi ini menciptakan ketidakadilan dalam perlakuan hukum yang bisa merusak rasa keadilan di masyarakat.

Di samping itu, kurangnya pengaturan pidana juga mengurangi efek pencegahan. Tanpa ancaman pidana yang jelas dan seimbang, kecurangan dana BPJS Kesehatan bisa terus berulang dan terorganisasi. Ini akhirnya mengancam keberlangsungan dana jaminan sosial dan hak masyarakat atas layanan kesehatan.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa kerangka hukum yang ada saat ini tidak cukup menjamin kepastian dan keadilan dalam menangani p terkait dana BPJS Kesehatan, sehingga diperlukan pembaruan hukum dengan membuat pengaturan pidana yang lebih spesifik dan menyeluruh.

2. Urgensi Pembentukan Undang-Undang Khusus tentang Tindak Pidana Kecurangan Dana BPJS Kesehatan

Berdasarkan hasil studi dan analisis terhadap kerangka hukum yang ada, diketahui bahwa penanganan kecurangan dana BPJS Kesehatan saat ini tidak memiliki dukungan dari pengaturan pidana yang lengkap dan responsif terhadap karakteristik tindakan yang terjadi. Tanpa adanya undang-undang spesifik, penegakan hukum pidana masih tergantung pada alat hukum umum yang tidak cukup untuk menangani semua bentuk kecurangan dana BPJS Kesehatan. Hal ini berakibat pada ketidakpastian hukum, inkonsistensi dalam penerapan hukum, dan perlindungan yang belum maksimal terhadap dana jaminan sosial.

Pentingnya pembuatan undang-undang khusus mengenai tindak pidana kecurangan dana BPJS Kesehatan tidak hanya berasal dari pertimbangan normatif, tetapi juga dari kebutuhan praktis dalam penegakan hukum. Kecurangan dalam sistem JKN memiliki karakter yang rumit, terstruktur, dan sering melibatkan banyak pihak, sehingga memerlukan pengaturan hukum pidana yang khusus dirancang untuk mencocokkan sifat tindakan tersebut.

Kebutuhan Akan Pengaturan sebagai Lex Specialis

Kecurangan yang terjadi pada dana BPJS Kesehatan memiliki sifat yang berbeda dari kejahatan yang biasa kita temui. Tindakan ini biasanya dilakukan dengan cara memanipulasi dokumen, mengubah data klaim, dan menyalahgunakan prosedur layanan kesehatan yang menggunakan sistem serta teknologi informasi. Ciri-ciri ini membuat ketentuan yang terdapat dalam KUHP dan undang-undang pencegahan korupsi tidak selalu dapat diterapkan dengan tepat.

Dalam KUHP, khususnya pasal 378 tentang penipuan, terdapat unsur-unsur yang tidak sepenuhnya cocok dengan cara klaim BPJS Kesehatan dilakukan. Di sisi lain, Pasal 2 dan 3 dalam UU Tipikor mengharuskan adanya kerugian untuk negara dan hubungan dengan penyelenggara negara, yang tidak selalu ada dalam setiap kasus penipuan pada dana BPJS Kesehatan karena dana BPJS berasal dari iuran peserta dan APBN. Hal ini menyebabkan banyak tindakan kecurangan tidak dapat dijangkau secara efektif oleh hukum pidana.

Karena itu, diperlukan undang-undang khusus sebagai lex specialis yang secara jelas mengatur tentang kecurangan dana BPJS Kesehatan. Pengaturan ini memungkinkan definisi unsur kejahatan yang sesuai dengan sistem JKN, tanpa harus memaksa penggunaan ketentuan pidana umum. Adanya lex specialis juga memberikan kepastian hukum yang lebih jelas bagi aparat penegak hukum ketika menentukan dasar hukum untuk menjatuhkan sanksi.

Peningkatan Efektivitas Penegakan Hukum

Salah satu tujuan utama dari pembuatan undang-undang khusus adalah untuk meningkatkan efisiensi penegakan hukum terkait kecurangan dalam dana BPJS Kesehatan. Selama ini, pendekatan yang bersifat administratif masih menjadi metode yang paling utama dalam menangani penipuan, sebagaimana termaktub dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019. Pendekatan ini mencerminkan penerapan prinsip ultimum remedium, di mana hukum pidana dianggap sebagai langkah terakhir.

Namun, maraknya kejadian penipuan menunjukkan bahwa pendekatan ini belum memberikan efek jera yang cukup. Penipuan yang dilakukan berulang kali dan secara terorganisir memperlihatkan adanya kelemahan dalam sistem sanksi yang berlaku. Oleh karena itu, perubahan pendekatan dalam menangani kecurangan dana BPJS Kesehatan yang bersifat serius sangat diperlukan dengan menjadikan hukum pidana sebagai primum remedium, yaitu menjadikan hukum pidana sebagai metode utama dalam penegakan hukum.

Dengan adanya undang-undang khusus, penegakan hukum pidana dapat dilakukan dengan lebih tegas dan konsisten. Diharapkan, ancaman pidana yang jelas dan proporsional ini dapat meningkatkan efek pencegahan serta memotivasi kepatuhan hukum dari semua pihak yang terlibat dalam pelaksanaan JKN.

Perluasan Subjek Pertanggungjawaban Pidana

Kebutuhan untuk menciptakan undang-undang khusus juga terkait dengan terbatasnya subjek yang dapat dimintakan tanggung jawab pidana dalam peraturan yang ada sekarang. Pasal 55 dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 mengenai BPJS hanya mencakup tanggung jawab pidana untuk pihak internal BPJS. Namun, kenyataannya, banyak pelaku penipuan dana BPJS Kesehatan berasal dari luar pihak internal.

Fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, dan mitra korporasi BPJS sering kali berkontribusi besar dalam terjadinya penipuan, baik secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu, undang-undang khusus harus memperluas cakupan subjek hukum yang bisa dimintai pertanggungjawaban pidana, termasuk aturan tentang tanggung jawab pidana bagi korporasi.

Pengaturan ini sangat penting karena banyak penipuan dilakukan secara sistematis dan memberikan keuntungan bagi perusahaan. Tanpa adanya mekanisme untuk menuntut tanggung jawab pidana bagi korporasi, penegakan hukum hanya akan berfokus pada individu pelaku dan mengesampingkan pihak yang mendapatkan keuntungan terbesar dari kecurangan tersebut.

Perlindungan Dana Jaminan Sosial dan Kepentingan Publik

Dana BPJS Kesehatan termasuk dalam dana publik yang berperan penting secara sosial untuk memastikan hak masyarakat dalam mendapatkan layanan kesehatan. Penipuan terhadap dana ini akan menyebabkan kerugian finansial dan langsung mempengaruhi kualitas layanan kesehatan serta keberlangsungan Program JKN.

Oleh sebab itu, sangat penting untuk membuat undang-undang khusus mengenai kejahatan kecurangan atas dana BPJS Kesehatan sebagai langkah perlindungan hukum bagi kepentingan masyarakat. Aturan hukum yang jelas mencerminkan komitmen negara dalam melindungi keberlanjutan dana jaminan sosial dan memastikan hak masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan terpenuhi dengan baik.

Dengan demikian, pentingnya pembuatan undang-undang khusus bukan hanya berdasarkan kebutuhan penegakan hukum, tetapi juga atas tanggung jawab negara untuk mewujudkan prinsip negara kesejahteraan dan memastikan keadilan sosial bagi seluruh warga Indonesia.

KESIMPULAN

Berdasarkan temuan dari penelitian dan analisis, kesimpulan dapat diambil bahwa kerangka hukum yang ada untuk menangani kecurangan dana BPJS Kesehatan saat ini belum sepenuhnya memberikan kepastian dan keadilan hukum dalam penerapan hukuman pidana. Peraturan yang berlaku masih terfragmentasi dalam berbagai instrumen hukum, tanpa membentuk satu sistem hukum pidana yang menyeluruh. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS hanya memberikan ketentuan pidana dengan cakupan yang terbatas kepada pihak internal BPJS, sedangkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 lebih fokus pada memberikan sanksi administratif. Selain itu, pemakaian ketentuan hukum pidana yang ada dalam KUHP atau Undang-Undang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi belum sepenuhnya sesuai dengan sifat penipuan dana BPJS Kesehatan yang bersifat administratif, sistemik, dan berbasis teknologi, yang mengakibatkan ketidakpastian hukum saat penegakan hukum berlangsung.

Selanjutnya, dalam penelitian ini menekankan bahwa ada kebutuhan yang mendesak untuk menciptakan undang-undang khusus mengenai tindakan pidana kecurangan dana BPJS Kesehatan. Undang-undang ini sebagai lex specialis diperlukan agar bisa menjelaskan dengan jelas tentang berbagai bentuk penipuan dana BPJS Kesehatan sebagai tindak pidana. Selain itu, undang-undang ini juga diharapkan untuk memperluas pihak yang bertanggung jawab secara hukum hingga mencakup pihak eksternal dan perusahaan, serta meningkatkan efektivitas penegakan hukum dengan penerapan sanksi pidana yang adil dan proporsional. Pembentukan regulasi pidana khusus ini juga berfungsi sebagai perlindungan terhadap dana jaminan sosial dan kepentingan masyarakat, serta merupakan manifestasi tanggung jawab negara dalam memastikan keberlangsungan Program Jaminan Kesehatan Nasional dan memenuhi hak masyarakat untuk mendapatkan layanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Emir Syarif Fatahillah Pakpahan, Thela Valentine, Arixson, Sonya Arini Batubara, ‘ANALISIS HUKUM TERHADAP TINDAKAN PIDANA PENIPUAN YANG MENYALAHGUNAKAN BPJS KESEHATAN BERDASARKAN KUHP’, *Jurnal Ilmiah Indonesia* p-ISSN: 2541-0849 e-ISSN: 2548-1398, 6.10 (2021)
- Fajarwati, Desti, and others, ‘ANALISIS YURIDIS PENEGRAKAN HUKUM ATAS KECURANGAN (FRAUD) FASILITAS KESEHATAN TERHADAP PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DALAM PELAYANAN MEDIS’, pp. 899–912
- Herlizon Said, M. Ruhly Kesuma Dinata, ‘PERAN HUKUM DALAM MENGATASI KORUPSI DI SEKTOR KESEHATAN: TINJAUAN PRAKTIK DAN KEBIJAKAN’, *Journal of Innovation Research and Knowledge*, 4.9 (2025), pp. 6269–76
- Purwandari, Maya Febriyanti, and others, ‘Analisis Yuridis Sistem Pencegahan Kecurangan (Fraud) Di Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional Di Indonesia’, 2023, pp. 706–17
- Solehuddin, ‘Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Di Indonesia’, *University of Jember*, 4.1 (2023), pp. 55–75, doi:10.19184/ijd.v4i1.39490
- Viona Priscilia, I Made Kantikha, Boedi Prasetyo, ‘Analisis Yuridis Penerapan Sanksi Peserta JKN Fraud Dalam Pelaksanaan Program JKN Di Indonesia’, *JSIM: Jurnal Ilmu Sosial Dan Pendidikan*, 5.5 (2024)
- Zulaikha, Almira Novia, ‘PENEGAKAN SANKSI PIDANA DALAM UU NO . 24 TAHUN 2011 TENTANG BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL ”’, 2011, pp. 192–209.