
Academia Open



By Universitas Muhammadiyah Sidoarjo

Table Of Contents

Journal Cover	1
Author[s] Statement.....	3
Editorial Team	4
Article information	5
Check this article update (crossmark)	5
Check this article impact	5
Cite this article.....	5
Title page.....	6
Article Title	6
Author information	6
Abstract	6
Article content	7

Originality Statement

The author[s] declare that this article is their own work and to the best of their knowledge it contains no materials previously published or written by another person, or substantial proportions of material which have been accepted for the published of any other published materials, except where due acknowledgement is made in the article. Any contribution made to the research by others, with whom author[s] have work, is explicitly acknowledged in the article.

Conflict of Interest Statement

The author[s] declare that this article was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Copyright Statement

Copyright © Author(s). This article is published under the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0) licence. Anyone may reproduce, distribute, translate and create derivative works of this article (for both commercial and non-commercial purposes), subject to full attribution to the original publication and authors. The full terms of this licence may be seen at <http://creativecommons.org/licences/by/4.0/legalcode>

Academia Open

Vol. 11 No. 2 (2026): December
DOI: 10.21070/acopen.11.2026.15000

EDITORIAL TEAM

Editor in Chief

Mochammad Tanzil Multazam, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia

Managing Editor

Bobur Sobirov, Samarkand Institute of Economics and Service, Uzbekistan

Editors

Fika Megawati, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia

Mahardika Darmawan Kusuma Wardana, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia

Wiwit Wahyu Wijayanti, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia

Farkhod Abdurakhmonov, Silk Road International Tourism University, Uzbekistan

Dr. Hindarto, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia

Evi Rinata, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia

M Faisal Amir, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia

Dr. Hana Catur Wahyuni, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia

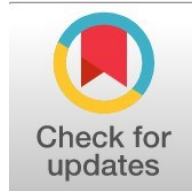
Complete list of editorial team ([link](#))

Complete list of indexing services for this journal ([link](#))

How to submit to this journal ([link](#))

Article information

Check this article update (crossmark)



Check this article impact (*)



Save this article to Mendeley



(*) Time for indexing process is various, depends on indexing database platform

A Legal Analysis of Health Care Verification Practices (VPK), Post-Claim Audits, and Potential Legal Liabilities for Physicians in the Implementation of the National Health Insurance (JKN) Program by BPJS Kesehatan: Telaah Hukum Praktik Verifikasi Pelayanan Kesehatan (VPK), Audit Pasca Klaim, dan Potensi Kerugian Hukum bagi Dokter dalam Penyelenggaraan JKN oleh BPJS Kesehatan

Dzulqarnain Andira, dzulqarnainandira@umsida.ac.id (*)

Fakultas Kedokteran dan Kedokteran Gigi, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia

Ronny Sutanto, dzulqarnainandira@umsida.ac.id

Fakultas Kedokteran dan Kedokteran Gigi, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia

Nur Aini Hasan, dzulqarnainandira@umsida.ac.id

Fakultas Kedokteran dan Kedokteran Gigi, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia

(*) Corresponding author

Abstract

General Background: National Health Insurance administration creates complex legal relations among BPJS Kesehatan, healthcare facilities, and medical professionals. **Specific Background:** This legal review examines Health Service Verification, post-claim audits, dispute claims, pending claims, recoupment, and fraud allegations in JKN implementation. **Knowledge Gap:** Administrative disputes are often linked to clinical judgment, coding differences, and documentation issues without adequate legal certainty, peer review, or fair procedural safeguards. **Aims:** This study analyzes BPJS authority limits, legal protection for doctors and hospitals, retrospective audit legality, fraud qualification, and compliance with good governance principles. **Results:** The review finds that BPJS functions as a public legal administrator, not a judicial body or professional clinical authority. Retrospective audits, unilateral recoupment, unclear verification parameters, and premature fraud allegations may conflict with legal certainty, transparency, proportionality, and fair administrative process. **Novelty:** This study frames JKN verification and audit governance through administrative law, health law, contract law, constitutional protection, and medical professional independence. **Implications:** BPJS, the Ministry of Health, and IDI should strengthen transparent standards, independent dispute mechanisms, peer review, and non-penal guidance.

Highlights:

- Retrospective verification may undermine legal certainty.
- Fraud requires intent and real financial loss.
- Peer review should guide clinical disputes.

Keywords: BPJS Health, National Health Insurance, Legal Certainty, Post Claim Audit, Health Law

Published date: 2026-07-22

Pendahuluan

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan melalui mekanisme pembiayaan kapitasi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) di rumah sakit telah menempatkan fasilitas pelayanan kesehatan dalam hubungan hukum yang kompleks dengan BPJS Kesehatan. Hubungan tersebut tidak hanya bersifat kontraktual berdasarkan perjanjian kerja sama pelayanan kesehatan, tetapi juga mengandung dimensi hukum administrasi negara dan fungsi quasi-regulatory karena BPJS Kesehatan memiliki kewenangan melakukan verifikasi, pengendalian mutu, pengendalian biaya, serta evaluasi terhadap pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan dan dokter peserta JKN [1].

Dalam praktik penyelenggaraan JKN, khususnya dalam beberapa tahun terakhir, berkembang berbagai persoalan yang dirasakan merugikan sejawat dokter, rumah sakit, maupun FKTP. Persoalan tersebut antara lain berkaitan dengan pelaksanaan Verifikasi Pelayanan Kesehatan (VPK), audit pasca klaim (post claim audit), dispute claim, klaim pending, pengembalian pembayaran klaim yang telah dibayarkan, serta tuduhan fraud yang dalam banyak kasus dinilai tidak disertai mekanisme due process yang memadai. Selain itu, fasilitas kesehatan dan tenaga medis juga dihadapkan pada meningkatnya beban administratif akibat tuntutan dokumentasi dan verifikasi berlapis, yang pada akhirnya berpotensi mengganggu independensi clinical judgment dokter dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Tidak jarang pula sengketa administratif klaim berkembang menjadi persoalan etik profesi, sanksi administratif, bahkan berpotensi mengarah pada kriminalisasi tenaga medis [2].

Kondisi tersebut menimbulkan sejumlah persoalan hukum mendasar yang perlu dianalisis secara komprehensif, khususnya terkait batas kewenangan BPJS Kesehatan dalam melakukan verifikasi dan audit terhadap fasilitas kesehatan, bentuk perlindungan hukum bagi dokter dan rumah sakit, legalitas audit retrospektif terhadap klaim yang telah diverifikasi dan dibayarkan, penerapan asas due process of law dalam penanganan dugaan fraud, serta karakter hubungan hukum antara BPJS Kesehatan dengan tenaga medis dan fasilitas kesehatan dalam sistem JKN. Di samping itu, perlu pula dianalisis apakah praktik-praktik administratif tertentu yang dilakukan dalam mekanisme verifikasi dan audit klaim telah sesuai dengan Asas-Asas Umum Pemerintahan yang Baik (AUPB), terutama asas kepastian hukum, kecermatan, keterbukaan, proporsionalitas, dan larangan bertindak sewenang-wenang.

Telaah hukum ini disusun sebagai bentuk analisis yuridis terhadap dinamika tersebut sekaligus untuk memberikan landasan argumentasi hukum yang kuat bagi Ikatan Dokter Indonesia, khususnya Ikatan Dokter Indonesia, dalam menjalankan fungsi advokasi, perlindungan profesi, dan pembelaan terhadap anggota yang menghadapi persoalan hukum maupun administratif dalam pelaksanaan Program JKN [3][4].

Dasar Hukum

A. Undang-Undang

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan memberikan dasar normatif yang kuat mengenai perlindungan hukum bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesinya. Dalam Pasal 273 ditegaskan bahwa tenaga medis dan tenaga kesehatan berhak memperoleh perlindungan hukum, perlindungan profesi, kepastian hukum, keselamatan dan kesehatan kerja, serta perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, dan nilai agama. Ketentuan ini memiliki arti penting dalam konteks pelaksanaan Program JKN, karena dokter dan fasilitas kesehatan tidak dapat diposisikan semata-mata sebagai objek pengawasan administratif BPJS Kesehatan, melainkan sebagai subjek hukum yang memiliki hak atas perlindungan hukum dan kepastian dalam menjalankan pelayanan kesehatan profesional.

Selanjutnya, Pasal 401 ayat (1) UU Kesehatan menyatakan bahwa pendanaan kesehatan bertujuan untuk mendanai pembangunan kesehatan secara berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan dimanfaatkan secara berhasil guna serta berdaya guna untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Norma ini menegaskan bahwa tata kelola pembiayaan kesehatan nasional, termasuk mekanisme pembayaran klaim dalam sistem JKN, harus dilaksanakan secara adil dan proporsional, sehingga tidak menimbulkan ketidakpastian pembiayaan maupun kerugian yang tidak proporsional bagi fasilitas pelayanan kesehatan.

Di samping itu, Pasal 274 ayat (1) menegaskan bahwa tenaga medis dan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik wajib memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, etika profesi, serta kebutuhan kesehatan pasien. Ketentuan ini menunjukkan bahwa dasar utama tindakan dokter adalah clinical judgment yang berlandaskan standar profesi dan kebutuhan medis pasien, bukan semata-mata pertimbangan administratif pembiayaan [4][6]. Oleh karena itu, perbedaan interpretasi klinis, coding, maupun indikasi medis dalam proses verifikasi klaim tidak dapat secara otomatis dikualifikasikan sebagai fraud atau pelanggaran hukum tanpa pembuktian yang objektif dan profesional.

2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mengatur prinsip-prinsip dasar penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia, termasuk jaminan kesehatan nasional [7]. Dalam Pasal 4 ditegaskan bahwa

SJSN diselenggarakan berdasarkan prinsip gotong royong, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, dana amanat, dan kepesertaan wajib. Prinsip-prinsip tersebut merupakan fondasi normatif yang harus dijadikan pedoman dalam seluruh kebijakan dan tindakan administratif BPJS Kesehatan.

Dengan demikian, BPJS Kesehatan tidak dapat menjalankan kewenangannya secara sewenang-wenang atau menerapkan kebijakan yang tidak transparan terhadap fasilitas kesehatan dan tenaga medis. Prinsip keterbukaan dan akuntabilitas mengharuskan setiap proses verifikasi, audit, maupun penolakan klaim dilakukan secara jelas, terukur, dan dapat dipertanggungjawabkan [8]. Sementara itu, prinsip kehati-hatian dan keadilan menuntut agar setiap kebijakan pengendalian biaya tidak menimbulkan kerugian yang tidak proporsional terhadap rumah sakit maupun FKTP sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, praktik audit pasca klaim atau recoupment pembayaran yang dilakukan tanpa parameter yang jelas dan tanpa mekanisme pembelaan yang memadai berpotensi bertentangan dengan prinsip dasar penyelenggaraan SJSN sebagaimana diatur dalam undang-undang.

3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS mengatur tugas dan kewenangan BPJS sebagai badan hukum publik penyelenggara jaminan sosial nasional. Dalam Pasal 10 disebutkan bahwa BPJS bertugas melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta, menerima iuran, mengelola dana jaminan sosial, membayar manfaat, serta memberikan informasi terkait penyelenggaraan program jaminan sosial. Dari konstruksi norma tersebut, dapat dipahami bahwa BPJS pada dasarnya merupakan administrator sistem jaminan sosial dan pengelola pembiayaan kesehatan nasional[9].

Namun demikian, undang-undang ini tidak memberikan kewenangan absolut kepada BPJS untuk secara sepihak menjatuhkan penalti administratif atau melakukan tindakan quasi-judicial terhadap fasilitas kesehatan tanpa mekanisme keberatan dan pembelaan yang memadai. Pasal 11 huruf f memang memberikan kewenangan kepada BPJS untuk melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja, akan tetapi kewenangan tersebut harus ditafsirkan secara sistematis dalam kerangka negara hukum dan asas due process of law [8]. Dengan demikian, fungsi pengawasan BPJS tidak dapat dimaknai sebagai kewenangan tanpa batas untuk menentukan secara sepihak adanya pelanggaran, fraud, maupun kewajiban pengembalian klaim tanpa proses pemeriksaan yang objektif, transparan, dan dapat diuji.

Dalam konteks sengketa klaim JKN, BPJS Kesehatan tetap wajib menghormati hak fasilitas kesehatan dan tenaga medis untuk memperoleh klarifikasi, pembelaan, serta mekanisme penyelesaian sengketa yang adil. Oleh sebab itu, praktik penolakan klaim atau audit retrospektif yang dilakukan secara unilateral tanpa dasar pembuktian yang kuat berpotensi bertentangan dengan prinsip perlindungan hukum dan asas pemerintahan yang baik.

4. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan

Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan memiliki relevansi yang sangat penting dalam menganalisis tindakan administratif BPJS Kesehatan, khususnya terkait verifikasi pelayanan kesehatan, audit pasca klaim, dan pengembalian pembayaran klaim[10]. Dalam Pasal 10 ditegaskan bahwa setiap tindakan pemerintahan harus berpedoman pada Asas-Asas Umum Pemerintahan yang Baik (AUPB), yang meliputi asas kepastian hukum, kemanfaatan, ketidakberpihakan, kecermatan, tidak menyalahgunakan kewenangan, keterbukaan, kepentingan umum, dan pelayanan yang baik.

Ketentuan tersebut menegaskan bahwa seluruh tindakan administratif BPJS Kesehatan wajib dilaksanakan secara objektif, proporsional, dan transparan. Di sisi lain, Pasal 17 menyatakan bahwa badan dan/atau pejabat pemerintahan dilarang melampaui wewenang, mencampurkan wewenang, maupun bertindak sewenang-wenang. Norma ini menjadi dasar penting untuk menguji legalitas berbagai tindakan administratif BPJS yang dalam praktik sering kali menimbulkan keberatan dari fasilitas kesehatan dan tenaga medis.

Dalam konteks audit pasca klaim, misalnya, terdapat praktik audit yang dilakukan secara retrospektif dengan parameter yang berubah-ubah, berbasis interpretasi internal verifikasi, serta tanpa kesempatan pembelaan yang memadai bagi fasilitas kesehatan. Praktik demikian berpotensi dikualifikasikan sebagai tindakan administratif yang melanggar AUPB, khususnya asas kepastian hukum, asas keterbukaan, asas kecermatan, dan larangan penyalahgunaan wewenang [1]. Oleh karena itu, UU Administrasi Pemerintahan dapat menjadi instrumen hukum penting dalam melakukan pengujian maupun keberatan terhadap tindakan administratif BPJS yang dinilai merugikan dokter dan fasilitas kesehatan.

5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang Berkaitan dengan Kewajiban Rumah Sakit

UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan juga memberikan pengaturan penting mengenai kewajiban dan tanggung jawab rumah sakit terhadap tenaga medis dan tenaga kesehatan yang bekerja di dalamnya. Dalam Pasal 189 ayat (1) huruf s ditegaskan bahwa rumah sakit wajib memberikan perlindungan dan bantuan hukum bagi seluruh sumber daya manusia kesehatan di rumah sakit dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. Ketentuan ini memiliki implikasi penting bahwa dokter yang menghadapi sengketa administratif maupun hukum terkait klaim JKN berhak memperoleh perlindungan institusional dari rumah sakit tempatnya bekerja atau berpraktik.

Selain itu, Pasal 191 huruf f menyatakan bahwa rumah sakit berhak memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. Hak tersebut secara sistematis juga harus dimaknai mencakup perlindungan terhadap tenaga medis sebagai bagian integral dari penyelenggaraan pelayanan rumah sakit. Sementara itu, Pasal 193 menyatakan bahwa rumah

sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh sumber daya manusia kesehatan di rumah sakit. Namun demikian, keberadaan norma tersebut tidak berarti bahwa setiap dispute klaim, perbedaan coding, atau ketidaklengkapan administratif secara otomatis dapat dikualifikasikan sebagai kelalaian dokter.

Dalam konteks hukum kesehatan dan hukum pembuktian, unsur kelalaian harus dibuktikan secara objektif melalui mekanisme yang adil, termasuk melalui peer review dan penilaian berdasarkan standar profesi. Oleh karena itu, perbedaan clinical judgment, dispute coding INA-CBGs, maupun persoalan administratif dokumentasi tidak dapat secara otomatis dijadikan dasar untuk membebaskan recoupment atau kerugian finansial kepada dokter tanpa proses pembuktian yang transparan dan profesional.

Di sisi lain, kewajiban rumah sakit untuk menyelenggarakan rekam medis, menjaga mutu pelayanan, serta membangun sistem kendali mutu sebagaimana diatur dalam Pasal 189 ayat (1) huruf g dan huruf h menunjukkan bahwa tanggung jawab dokumentasi dan tata kelola mutu merupakan tanggung jawab kelembagaan rumah sakit, bukan semata-mata dibebankan kepada individu dokter. Dalam konteks ini, Ikatan Dokter Indonesia dapat menggunakan dasar normatif tersebut untuk mendorong komitmen rumah sakit dalam memberikan perlindungan hukum dan pendampingan terhadap dokter yang menghadapi sengketa klaim JKN maupun audit administratif BPJS.

6. Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPerdata)

Hubungan hukum antara BPJS Kesehatan dengan FKTP maupun rumah sakit pada dasarnya lahir dari mekanisme credentialing, perjanjian kerja sama, dan kontrak pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, hubungan tersebut tunduk pada prinsip-prinsip hukum perjanjian sebagaimana diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPerdata), khususnya Pasal 1338 yang menyatakan bahwa semua perjanjian yang dibuat secara sah berlaku sebagai undang-undang bagi para pihak.

Konsekuensi dari asas pacta sunt servanda tersebut adalah bahwa setiap pihak, termasuk BPJS Kesehatan, wajib melaksanakan isi perjanjian secara itikad baik dan tidak dapat secara sepihak mengubah interpretasi teknis, menerapkan penalti retroaktif, maupun menafsirkan klausul perjanjian secara melampaui kewenangannya (*ultra vires*). Dengan demikian, apabila dalam praktik BPJS melakukan perubahan parameter verifikasi secara sepihak atau menerapkan audit retrospektif berdasarkan standar baru terhadap klaim yang sebelumnya telah diverifikasi dan dibayarkan, maka tindakan tersebut dapat dipersoalkan dari perspektif hukum perdata karena berpotensi melanggar asas kepastian hukum dan keseimbangan kontraktual.

Selain itu, dalam hukum perjanjian modern dikenal prinsip proportionality dan equality of bargaining position, sehingga hubungan kerja sama antara BPJS dengan fasilitas kesehatan tidak boleh menempatkan salah satu pihak pada posisi yang terlalu dominan hingga menghilangkan hak pihak lain untuk memperoleh perlindungan hukum dan mekanisme keberatan yang adil.

Analisis Hukum

A. Kedudukan Hukum BPJS: Administrator atau Regulator

Secara yuridis, BPJS Kesehatan merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial nasional, khususnya jaminan kesehatan, sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS[9]. Kedudukan BPJS secara hukum adalah sebagai administrator sistem jaminan sosial dan pengelola pembiayaan pelayanan kesehatan nasional, bukan sebagai aparat penegak hukum, lembaga peradilan, lembaga etik profesi, maupun otoritas klinis tertinggi yang memiliki kewenangan menentukan benar atau tidaknya suatu tindakan medis secara mutlak.

Dalam perspektif hukum kesehatan modern, penilaian terhadap tindakan medis dan disiplin profesi pada dasarnya harus dilakukan melalui mekanisme profesi yang independen dan berbasis standar profesi. Independensi lembaga maupun mekanisme penilaian profesi menjadi penting untuk menjaga objektivitas, kepastian hukum, dan perlindungan terhadap tenaga medis dari intervensi administratif yang berlebihan [3][4]. Oleh karena itu, verifikasi administratif BPJS tidak dapat menggantikan mekanisme penilaian profesi yang secara normatif merupakan domain peer review dan disiplin profesi kesehatan.

Dalam praktik pelaksanaan JKN, BPJS sering kali menjalankan fungsi yang melampaui karakter administratifnya, antara lain dengan melakukan penilaian terhadap tindakan medis, menentukan layak atau tidaknya suatu tindakan klinis, menilai indikasi medis secara retrospektif, menjatuhkan penalti finansial, hingga meminta pengembalian pembayaran klaim yang sebelumnya telah diverifikasi dan dibayarkan.

Kondisi tersebut menimbulkan persoalan serius dari perspektif hukum administrasi negara karena berpotensi mengarah pada tindakan melampaui kewenangan administratif atau *detournement de pouvoir*. Dalam sistem hukum kesehatan Indonesia, clinical judgment dokter pada dasarnya tunduk pada standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, evidence based medicine, dan etika profesi kedokteran sebagaimana diatur dalam UU Kesehatan[5]. Oleh karena itu, penilaian terhadap ketepatan tindakan medis seharusnya dilakukan melalui mekanisme profesi dan peer review, bukan semata-mata berdasarkan interpretasi administratif verifikasi BPJS. Ketika verifikasi administratif secara substantif mengambil alih penilaian klinis tanpa melibatkan mekanisme profesi yang objektif, maka terdapat potensi pelanggaran

terhadap independensi profesi kedokteran serta prinsip due process dalam pelayanan kesehatan.

B. Audit Pasca Klaim Berisiko Melanggar Asas Kepastian Hukum

Praktik audit pasca klaim atau post claim audit yang dilakukan secara retrospektif juga menimbulkan persoalan hukum yang signifikan, khususnya terkait asas kepastian hukum. Dalam praktik, audit sering dilakukan berbulan-bulan setelah klaim diverifikasi dan dibayarkan, bahkan tidak jarang menggunakan standar interpretasi baru atau parameter administratif yang berubah dibandingkan saat proses verifikasi awal dilakukan. Kondisi demikian menimbulkan ketidakpastian hukum bagi rumah sakit, FKTP, dan dokter karena fasilitas kesehatan tidak memiliki kepastian mengenai finalitas pembayaran pelayanan yang telah diberikan kepada peserta JKN.

Padahal asas kepastian hukum merupakan prinsip fundamental dalam negara hukum sebagaimana dijamin dalam Pasal 28D ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 [11] dan ditegaskan kembali dalam Pasal 10 Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan [10]. Berdasarkan prinsip tersebut, setiap tindakan administratif pemerintah harus dapat diprediksi, konsisten, dan tidak berubah-ubah secara sepihak. Oleh karena itu, apabila suatu klaim telah diverifikasi, dinyatakan layak, dan telah dibayarkan, sementara tidak terdapat bukti yang kuat mengenai adanya fraud atau perbuatan melawan hukum, maka tindakan pengembalian pembayaran secara sepihak berpotensi menimbulkan cacat hukum administratif. Praktik semacam ini juga dapat dipandang bertentangan dengan asas kepercayaan yang sah (legitimate expectation), yaitu hak pihak yang telah memenuhi kewajibannya untuk memperoleh kepastian terhadap keputusan administrasi yang telah diberikan oleh badan pemerintah.

C. Fraud Harus Dibedakan dari Dispute Klinis

Dalam pelaksanaan JKN saat ini terdapat kecenderungan terjadinya overcriminalization terhadap dokter, rumah sakit, dan FKTP akibat sengketa administratif klaim yang secara prematur dikategorikan sebagai fraud [2][12]. Padahal dalam perspektif hukum, fraud memiliki unsur yang sangat spesifik dan tidak dapat disamakan dengan perbedaan clinical judgment, dispute coding, maupun ketidaksempurnaan administratif dokumentasi medis. Praktik seperti overcoding, upcoding, unnecessary admission, atau repeat admission tidak serta-merta dapat dikualifikasikan sebagai fraud tanpa adanya pembuktian unsur kesengajaan dan niat memperoleh keuntungan secara melawan hukum.

Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program JKN [13] secara tegas mensyaratkan adanya unsur intentionality atau kesengajaan dalam fraud. Oleh karena itu, untuk menyatakan adanya fraud harus dapat dibuktikan adanya niat memperoleh keuntungan finansial secara tidak sah, adanya hubungan kausal antara tindakan dengan keuntungan yang diperoleh, serta adanya kerugian keuangan yang nyata. Tanpa pembuktian unsur-unsur tersebut, maka suatu persoalan pada dasarnya lebih tepat dikategorikan sebagai dispute administratif, dispute coding, quality issue, atau ketidaksesuaian dokumentasi medis yang penyelesaiannya harus dilakukan melalui mekanisme pembinaan dan klarifikasi, bukan pendekatan penal atau kriminalisasi profesi.

Apabila seluruh perbedaan interpretasi medis atau ketidaksempurnaan administratif langsung dikualifikasikan sebagai fraud, maka hal tersebut akan menciptakan iklim ketakutan di kalangan tenaga medis dan mendorong praktik defensive medicine yang justru merugikan pelayanan kesehatan masyarakat.

Dalam konteks hukum kesehatan, perbedaan clinical judgment dan dugaan pelanggaran disiplin profesi pada prinsipnya harus terlebih dahulu dinilai melalui mekanisme profesi yang independen sebelum dikualifikasikan sebagai pelanggaran hukum umum. Pendekatan ini sejalan dengan prinsip lex specialis dalam hukum kesehatan yang menempatkan penilaian profesi sebagai mekanisme utama dalam menilai tindakan medis [4].

D. Verifikator BPJS Tidak Dapat Menggantikan Otoritas Profesi

Dalam sistem pelayanan kesehatan modern, verifikator administratif BPJS tidak dapat diposisikan sebagai otoritas yang superior terhadap dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP), Komite Medik rumah sakit, maupun mekanisme peer review profesi. Penilaian terhadap indikasi medis, kebutuhan rawat inap, tindakan diagnostik, maupun terapi pada prinsipnya merupakan wilayah clinical judgment yang menjadi kewenangan profesi medis berdasarkan standar profesi dan evidence based medicine.

Oleh karena itu, apabila terjadi dispute terkait indikasi klinis atau ketepatan pelayanan medis, maka penyelesaiannya seharusnya dilakukan melalui mekanisme peer review yang melibatkan organisasi profesi dan tenaga ahli yang kompeten di bidangnya. Prinsip tersebut sejalan dengan konsep independensi fungsional dalam penegakan disiplin profesi kesehatan, yang mensyaratkan agar penilaian terhadap tindakan medis dilakukan oleh otoritas profesi yang bebas dari intervensi administratif maupun politik [3]. Pendekatan administratif semata tanpa melibatkan otoritas profesi berpotensi menimbulkan distorsi terhadap independensi profesi kedokteran. Dalam jangka panjang, kondisi tersebut dapat menyebabkan dokter lebih berorientasi pada keamanan administratif dibanding kepentingan klinis pasien, sehingga mendorong munculnya defensive medicine, under-treatment, dan penurunan mutu pelayanan kesehatan.

Selain itu, dominasi interpretasi administratif atas pertimbangan medis juga bertentangan dengan prinsip profesionalisme kedokteran yang mengakui bahwa penentuan tindakan medis harus didasarkan pada kebutuhan pasien, standar profesi, dan perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran, bukan semata pada pendekatan pembiayaan.

E. Dampak terhadap Pelayanan Kesehatan

Tekanan administratif yang berlebihan melalui audit pasca klaim, ancaman recoupment, dan tuduhan fraud memiliki dampak sistemik terhadap pelayanan kesehatan nasional. Dalam praktik, banyak dokter menjadi takut mengambil tindakan medis tertentu karena khawatir dipersoalkan secara administratif maupun hukum di kemudian hari. Akibatnya, pasien dapat mengalami kesulitan memperoleh pelayanan optimal, terutama pada kasus-kasus kompleks yang membutuhkan biaya tinggi atau tindakan yang secara administratif dianggap “berisiko” dalam proses klaim JKN.

Kondisi tersebut juga berpotensi menimbulkan fenomena under-treatment, yaitu kecenderungan tenaga medis memberikan pelayanan minimal demi menghindari risiko audit atau dispute klaim. Rumah sakit dapat menjadi enggan menerima pasien dengan kompleksitas tinggi karena kekhawatiran terhadap potensi dispute pembiayaan, sementara FKTP dapat terdorong melakukan excessive referral demi menghindari risiko administratif apabila menangani kasus tertentu secara mandiri. Di sisi lain, beban dokumentasi dan administrasi yang semakin besar turut meningkatkan risiko burnout administratif pada tenaga medis dan fasilitas kesehatan [14].

Sejumlah penelitian internasional menunjukkan bahwa sistem pembayaran berbasis DRG (*Diagnosis Related Groups*) dan audit pembiayaan yang terlalu agresif dapat memengaruhi perilaku provider, meningkatkan defensive medicine, serta berpotensi menurunkan kualitas pelayanan kesehatan apabila tidak diimbangi mekanisme kontrol profesional yang proporsional [15][16][17].

Secara sistemik, kondisi ini bertentangan dengan hak pasien untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, bertentangan dengan prinsip keselamatan pasien (patient safety), serta berpotensi menghambat tujuan utama Program JKN dalam mewujudkan universal health coverage yang adil, efektif, dan berkelanjutan.

F. Perspektif Hukum Perjanjian

Hubungan kerja sama antara BPJS Kesehatan dengan rumah sakit maupun FKTP pada dasarnya merupakan hubungan kontraktual yang lahir dari perjanjian kerja sama pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, hubungan tersebut tunduk pada prinsip-prinsip hukum perjanjian, termasuk asas keseimbangan, itikad baik, proporsionalitas, dan kesetaraan para pihak. Dalam konteks ini, tidak seharusnya terdapat klausul baku yang bersifat eksekutif dan menempatkan fasilitas kesehatan pada posisi yang sangat lemah atau unequal bargaining position [18].

Sebagai hubungan hukum kontraktual, mekanisme penyelesaian sengketa seharusnya juga menjamin adanya keberatan, klarifikasi, dan adjudikasi yang fair bagi fasilitas kesehatan dan tenaga medis. Apabila BPJS sekaligus bertindak sebagai regulator, pemeriksa, adjudicator, dan eksekutor sanksi dalam satu sistem yang tertutup, maka hal tersebut menimbulkan conflict of authority dan berpotensi melanggar prinsip fair process dalam hukum administrasi maupun hukum perjanjian.

Dalam negara hukum modern, suatu lembaga tidak boleh menjadi pihak yang sekaligus membuat aturan, memeriksa dugaan pelanggaran, memutus perkara, dan mengeksekusi sanksi tanpa adanya mekanisme kontrol dan keberatan yang independen [19]. Oleh karena itu, sistem audit dan dispute klaim JKN perlu diarahkan pada mekanisme yang lebih transparan, partisipatif, dan melibatkan unsur profesi agar tercipta keseimbangan antara pengendalian biaya kesehatan dan perlindungan terhadap independensi profesi medis.

G. Argumentasi Konstitusional

Dari perspektif hukum tata negara, perlindungan terhadap dokter dan fasilitas pelayanan kesehatan dalam pelaksanaan Program JKN memiliki landasan konstitusional yang kuat. Pasal 28D ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 [11] menegaskan bahwa setiap orang berhak atas pengakuan, jaminan, perlindungan, dan kepastian hukum yang adil serta perlakuan yang sama di hadapan hukum. Norma konstitusional tersebut tidak hanya berlaku bagi masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan, tetapi juga berlaku bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai subjek hukum dalam sistem pelayanan kesehatan nasional [20].

Dalam konteks hubungan hukum dengan BPJS Kesehatan, dokter dan fasilitas kesehatan berhak memperoleh due process of law dalam setiap proses verifikasi, audit, penilaian dugaan fraud, maupun sengketa klaim JKN. Prinsip due process menghendaki adanya prosedur yang adil, transparan, proporsional, dan memberikan kesempatan yang layak bagi pihak yang diperiksa untuk memberikan klarifikasi serta pembelaan [21][22]. Oleh karena itu, tindakan administratif yang dilakukan secara sepihak tanpa mekanisme keberatan yang memadai berpotensi bertentangan dengan jaminan konstitusional atas perlindungan hukum yang adil. Dalam konteks hukum kesehatan, kepastian hukum dan equality before the law juga menjadi syarat penting untuk menjaga keseimbangan perlindungan antara pasien, tenaga medis, dan institusi pelayanan kesehatan dalam proses penegakan disiplin maupun sengketa administratif kesehatan [4].

Selain itu, prinsip fairness atau keadilan prosedural juga harus menjadi dasar dalam tata kelola hubungan BPJS dengan rumah sakit dan FKTP. Fasilitas kesehatan yang telah memberikan pelayanan kepada peserta JKN berdasarkan standar profesi dan ketentuan yang berlaku memiliki hak untuk memperoleh kepastian pembayaran jasa pelayanan kesehatan. Ketidakpastian akibat audit retrospektif, perubahan interpretasi administratif secara mendadak, maupun recoupment pembayaran tanpa pembuktian yang objektif dapat menimbulkan pelanggaran terhadap hak konstitusional atas kepastian hukum dan perlindungan hukum yang adil.

Dengan demikian, perlindungan terhadap dokter dan fasilitas kesehatan dalam sistem JKN bukan sekadar isu administratif atau kontraktual, melainkan juga merupakan bagian dari perlindungan hak konstitusional warga negara dalam negara hukum.

H. Potensi Pelanggaran Asas-Asas Umum Pemerintahan Yang Baik (AUPB) Oleh Praktik BPJS

Berbagai praktik administratif dalam pelaksanaan verifikasi dan audit klaim JKN berpotensi menimbulkan pelanggaran terhadap Asas-Asas Umum Pemerintahan yang Baik (AUPB) sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan. AUPB pada dasarnya merupakan prinsip fundamental yang wajib menjadi pedoman bagi seluruh tindakan badan dan pejabat pemerintahan, termasuk BPJS Kesehatan sebagai badan hukum publik penyelenggara jaminan sosial.

Salah satu praktik yang sering menimbulkan persoalan adalah audit retrospektif atau audit pasca klaim yang dilakukan setelah klaim diverifikasi dan dibayarkan. Praktik demikian berpotensi melanggar asas kepastian hukum karena fasilitas kesehatan tidak memperoleh kejelasan mengenai finalitas pembayaran atas pelayanan yang telah diberikan. Di samping itu, penolakan klaim tanpa argumentasi yang jelas dan rinci dapat dikualifikasikan sebagai pelanggaran terhadap asas keterbukaan, sebab fasilitas kesehatan tidak memperoleh informasi yang cukup mengenai dasar penolakan maupun parameter penilaian yang digunakan oleh verifikasi[23].

Perubahan interpretasi administratif secara mendadak dan tidak konsisten juga berpotensi melanggar asas kecermatan, karena tindakan pemerintahan seharusnya dilakukan secara hati-hati, profesional, dan berbasis standar yang jelas. Demikian pula, verifikasi yang dilakukan secara subjektif tanpa parameter objektif dapat bertentangan dengan asas ketidakberpihakan dan asas profesionalitas dalam penyelenggaraan administrasi pemerintahan.

Lebih lanjut, praktik pengembalian klaim secara sepihak tanpa proses klarifikasi dan pembelaan yang memadai berpotensi dikualifikasikan sebagai bentuk penyalahgunaan wewenang. Hal tersebut menjadi semakin problematik apabila tidak tersedia mekanisme banding atau penyelesaian sengketa yang independen, karena kondisi demikian dapat bertentangan dengan asas pelayanan yang baik dan prinsip fair administrative process. Dalam perspektif kelembagaan, praktik pemeriksaan dan pengambilan keputusan administratif tanpa mekanisme independensi yang memadai juga berpotensi menimbulkan konflik kepentingan dan mengurangi objektivitas penilaian administratif dalam sistem pelayanan kesehatan [3].

Dalam perspektif hukum administrasi negara, tindakan pemerintahan tidak hanya dinilai dari ada atau tidaknya kewenangan formal, tetapi juga harus diuji berdasarkan kesesuaian dengan prinsip proporsionalitas, kepastian hukum, transparansi, dan perlindungan hak subjek hukum yang terdampak. Oleh karena itu, praktik-praktik administratif BPJS yang berpotensi melanggar AUPB perlu dievaluasi secara sistemik agar tidak menimbulkan ketidakadilan bagi dokter, rumah sakit, maupun FKTP.

I. Posisi Organisasi Profesi (IDI)

Sebagai organisasi profesi kedokteran, Ikatan Dokter Indonesia memiliki legitimasi hukum, etik, dan organisatoris untuk melakukan advokasi serta perlindungan terhadap anggotanya dalam menghadapi persoalan hukum maupun administratif dalam pelaksanaan Program JKN. Fungsi organisasi profesi tidak hanya terbatas pada pembinaan etik dan kompetensi profesi, tetapi juga mencakup perlindungan terhadap independensi profesi medis dan pembelaan terhadap hak-hak dokter dalam menjalankan pelayanan kesehatan.

Penguatan peran organisasi profesi dalam mekanisme dispute pelayanan kesehatan juga sejalan dengan perkembangan hukum kesehatan nasional pasca lahirnya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menempatkan mekanisme profesi dan disiplin profesi sebagai bagian penting dalam perlindungan hukum tenaga medis dan penegakan standar profesi kesehatan [4].

Dalam konteks sengketa klaim, audit pasca klaim, maupun tuduhan fraud administratif, peran IDI menjadi sangat penting untuk memastikan bahwa clinical judgment dokter tetap dihormati dan tidak direduksi semata-mata menjadi persoalan administratif pembiayaan. Oleh karena itu, IDI memiliki posisi strategis untuk mendorong standarisasi mekanisme audit yang lebih objektif dan berbasis *evidence based medicine*, termasuk memperkuat penggunaan peer review profesi dalam penyelesaian dispute klinis [24].

Selain itu, IDI juga dapat mendorong pembentukan mekanisme keberatan dan adjudikasi yang independen agar fasilitas kesehatan dan tenaga medis memperoleh ruang pembelaan yang adil. Dalam perspektif perlindungan profesi, organisasi profesi juga perlu secara aktif menolak praktik kriminalisasi terhadap dokter akibat dispute administratif yang seharusnya diselesaikan melalui mekanisme pembinaan, klarifikasi, atau penyelesaian administratif non-penal.

Dengan demikian, peran IDI dalam isu sengketa JKN tidak hanya bersifat organisatoris, tetapi juga merupakan bagian dari pelaksanaan fungsi konstitusional dan profesi untuk menjaga martabat, independensi, dan perlindungan hukum tenaga medis di Indonesia.

Rekomendasi Organisasi dan Kebijakan

Dalam rangka mewujudkan tata kelola verifikasi dan audit klaim JKN yang lebih adil dan memberikan kepastian hukum bagi tenaga medis serta fasilitas kesehatan, diperlukan perbaikan kebijakan pada tingkat BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, dan Ikatan Dokter Indonesia.

1. BPJS Kesehatan perlu membatasi audit retrospektif, mengedepankan pembinaan daripada pendekatan penal, serta membentuk mekanisme penyelesaian sengketa yang independen. Dalam sengketa terkait clinical judgment, BPJS juga perlu melibatkan organisasi profesi dan mekanisme peer review agar penilaian medis dilakukan secara objektif dan profesional. Selain itu, transparansi parameter verifikasi dan audit perlu diperkuat guna menjamin kepastian hukum bagi fasilitas kesehatan.
2. Kementerian Kesehatan perlu menyusun pedoman nasional yang baku terkait dispute claim dan audit JKN, termasuk memperjelas perbedaan antara fraud, dispute administratif, dan perbedaan clinical judgment. Regulasi yang menjamin perlindungan terhadap clinical autonomy dokter juga perlu diperkuat untuk mencegah kriminalisasi profesi akibat sengketa administratif.
3. Sementara itu, Ikatan Dokter Indonesia dapat membentuk tim advokasi sengketa JKN-BPJS, menyusun pedoman medico-legal terkait audit dan dispute coding, serta menyediakan help desk pendampingan hukum dan administratif bagi anggota. Apabila ditemukan praktik administratif yang bertentangan dengan prinsip perlindungan hukum dan independensi profesi, IDI juga dapat mempertimbangkan langkah judicial review maupun upaya hukum strategis lainnya sebagai bentuk advokasi profesi.

Simpulan

Praktik Verifikasi Pelayanan Kesehatan (VPK) dan audit pasca klaim oleh BPJS Kesehatan pada dasarnya memiliki dasar hukum sebagai bagian dari fungsi kendali mutu dan kendali biaya dalam penyelenggaraan JKN. Namun, dalam praktiknya, pelaksanaan audit dan verifikasi sering menimbulkan persoalan hukum berupa audit retrospektif, penolakan klaim yang tidak transparan, serta pengembalian klaim secara sepihak yang berpotensi melampaui kewenangan administratif dan bertentangan dengan asas kepastian hukum, due process of law, serta Asas-Asas Umum Pemerintahan yang Baik (AUPB).

Selain itu, fraud dalam JKN tidak dapat disamakan secara otomatis dengan dispute coding, ketidaklengkapan administrasi, atau perbedaan clinical judgment. Dugaan fraud harus dibuktikan secara objektif dengan adanya unsur kesengajaan dan kerugian nyata, bukan hanya berdasarkan interpretasi administratif semata.

Dalam konteks tersebut, Ikatan Dokter Indonesia memiliki dasar hukum dan moral yang kuat untuk melakukan advokasi, perlindungan anggota, serta mendorong reformasi tata kelola audit dan verifikasi klaim JKN agar lebih adil, transparan, akuntabel, dan tetap menghormati independensi profesi medis.

References

1. Ridwan HR, Hukum Administrasi Negara, 6th ed. Jakarta, Indonesia: Rajawali Pers, 2011.
2. S. Wulandari, "Fraud in BPJS According to Ethics and Health Law No. 17 of 2023," KRTA BHAYANGKARA, vol. 19, no. 2, pp. 460–466, 2025, doi: 10.31599/krtha.v19i2.3875.
3. Dzulqarnain et al., "Reconstruction of Council Arrangements in Law Number 17 of 2023 on Health by the Principle of Independence," Journal of International Trade, Logistics and Law, vol. 11, no. 1, pp. 206–210, 2025.
4. Dzulqarnain, "Independent Majelis Disiplin Profesi Ensures Legal Certainty in Health Law: Majelis Disiplin Profesi yang Independen Menjamin Kepastian Hukum dalam Hukum Kesehatan," Academia Open, vol. 11, no. 1, Jun. 2026, doi: 10.21070/acopen.11.2026.13227.
5. Indonesia, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887.
6. H. H. Koeswadi, Hukum Kedokteran: Studi tentang Hubungan Hukum dalam Mana Dokter sebagai Salah Satu Pihak. Bandung, Indonesia: Citra Aditya Bakti, 1998.
7. Indonesia, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4455.
8. P. M. Hadjon, Perlindungan Hukum bagi Rakyat di Indonesia. Surabaya, Indonesia: Bina Ilmu, 1987.
9. Indonesia, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256.
10. Indonesia, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601.
11. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
12. F. Desti, "Analisis Yuridis Penegakan Hukum atas Kecurangan (Fraud) Fasilitas Kesehatan terhadap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional dalam Pelayanan Medis," Jurnal Cahaya Mandalika, vol. 5, no. 2, pp. 899–912, 2024, doi: 10.36312/jcm.v5i2.3788.
13. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta, Indonesia: Kementerian Kesehatan RI, 2019.
14. D. Deasy et al., "Tinjauan Penyebab Klaim Pending Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Rawat Inap di RSUD Kembangan Jakarta Barat," Vitamin: Jurnal Ilmu Kesehatan Umum, vol. 2, no. 3, pp. 47–52,

2024, doi: 10.61132/vitamin.v2i3.437.

15. X. Dong and J. Wu, "Does DRG-Based Payment Lead to Unintended Effects on Care Quality? A Case Under Global Budget With Price Adjustment in China," *BMC Health Services Research*, vol. 25, no. 1, Art. no. 1448, 2025, doi: 10.1186/s12913-025-13625-5.
16. Zou, H. Y. Li, D. Zhou, and Z. J. Liao, "The Effects of Diagnosis-Related Groups Payment on Hospital Healthcare in China: A Systematic Review," *BMC Health Services Research*, vol. 20, no. 1, Art. no. 112, 2020, doi: 10.1186/s12913-020-4957-5.
17. Haeussler, K. Zich, and H. H. Bless, "Does the Implementation of a New Payment System for Hospital Services Induce Changes in the Quality of Health Care? Experiences From Germany," *BMC Health Services Research*, vol. 14, Suppl. 2, Art. no. O18, 2014, doi: 10.1186/1472-6963-14-S2-O18.
18. B. J. Nasution, *Hukum Kesehatan: Pertanggungjawaban Dokter*. Jakarta, Indonesia: Rineka Cipta, 2005.
19. M. Sheehy, C. Locke, J. Z. Engel, D. J. Weissburg, S. Mackowiak, B. Caponi, S. Gangireddy, and A. Deutschendorf, "Recovery Audit Contractor Audits and Appeals at Three Academic Medical Centers," *Journal of Hospital Medicine*, vol. 10, no. 4, pp. 212–219, 2015, doi: 10.1002/jhm.2332.
20. Mathauer and F. Wittenbecher, "Hospital Payment Systems Based on Diagnosis-Related Groups: Experiences in Low- and Middle-Income Countries," *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 91, no. 10, pp. 746–756A, 2013, doi: 10.2471/BLT.12.115931.
21. BPJS Kesehatan, *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2016 tentang Sistem Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan*. Jakarta, Indonesia: BPJS Kesehatan, 2016.
22. World Health Organization, *Strategic Purchasing for Universal Health Coverage: Unlocking the Potential*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2017. [Online]. Available: <https://www.who.int/publications/i/item/strategic-purchasing-for-universal-health-coverage>.
23. R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, and M. Wiley, Eds., *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. Maidenhead, UK: Open University Press, 2011.
24. S. L. Barber, L. Lorenzoni, and P. Ong, *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*. Geneva, Switzerland: World Health Organization and Organisation for Economic Co-operation and Development, 2019. [Online]. Available: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515924>.