



AL QODIRI

JURNAL PENDIDIKAN, SOSIAL DAN KEAGAMAAN

Jln. Manggar 139-A Gebang Poreng Po.Box.161-Patrang Jember Jawa Timur
<http://ejournal.kopertais4.or.id/tapalkuda/index.php/qodiri>

Problematika Pencairan Hak Jasa Layanan Rumah Sakit Oleh BPJS Kesehatan

Oleh:

Deborah Intan Paulina¹, Siwi Talinta Fitra Medica²

Fakultas Hukum Universitas Hang Tuah Surabaya¹, Fakultas Hukum Universitas Hang Tuah Surabaya²
deb210983@yahoo.co.id,¹ siwitalinta99@gmail.com²

Volume 20 Nomor 2 Agustus 2022: DOI: <https://doi.org/10.53515/qodiri.2022.20.2.267-287> Article History
Submission: 10-07-2022 Revised: 27-07-2022 Accepted: 10-08-2022 Published: 19-08-2022

ABSTRAK

Penelitian ini *pertama* bertujuan untuk mengetahui problematika pencairan klaim hak jasa layanan rumah sakit yang dilakukan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Tujuan penelitian *kedua* adalah untuk menganalisis faktor-faktor yang berpengaruh pada tertundanya pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan jika dilihat dari panduan pembuatan klaim yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan dan perjanjian kerja sama BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit serta menganalisis penyelesaian dari tertundanya pencairan klaim hak jasa layanan Rumah Sakit oleh BPJS Kesehatan.

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian hukum normatif, yang menggunakan pendekatan perundang-undangan (*statue approach*), dan pendekatan konseptual (*conceptual approach*).

Hasil penelitian menunjukkan terdapat faktor-faktor sejak pasien peserta JKN-KIS datang ke Rumah Sakit kemudian pada setiap mata rantai perjalanan klaim kepada BPJS Kesehatan hingga ketersediaan dana BPJS Kesehatan sendiri, yang kesemuanya itu berpengaruh terhadap tertundanya pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan. Sementara penyelesaian klaim kepada BPJS Kesehatan yang layak bayar namun tertunda pencairannya meliputi adanya denda *Penalty* 1% yang menjadi tanggung jawab BPJS Kesehatan, klausul perjanjian tambahan atau addendum didalam perjanjian kerja sama Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan dimana jika keterlambatan telah mencapai jumlah bulan tertentu

Kata Kunci: BPJS Kesehatan, Rumah Sakit, Jasa Layanan, Klaim, INA-CBGs, Perjanjian Kerja Sama.

A. PENDAHULUAN

Pasien di Rumah Sakit Publik (Unit Pelaksana Teknis, Lembaga Teknis Daerah, Yayasan, Perkumpulan, Perusahaan Umum) dan Rumah Sakit Privat (Perseroan Terbatas, Persero) pada era Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat (selanjutnya disebut JKN-KIS) saat ini telah didominasi oleh peserta asuransi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (selanjutnya disebut BPJS Kesehatan). Keikutsertaan seluruh masyarakat Indonesia



Al Qodiri: Jurnal Pendidikan, Sosial dan Keagamaan is licensed under a Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International License. Copyright © 2020 IAI Al Qodiri Jember. All Rights Reserved p-ISSN 2252-4371 | e-ISSN 2598-8735

dalam kepesertaan BPJS Kesehatan adalah hal yang diwajibkan berdasarkan Pasal 14 Undang-Undang RI Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (selanjutnya disebut Undang-Undang BPJS). Dengan demikian, Rumah Sakit Publik dan Privat milik Pemerintah, Pemerintah Daerah dan Badan Usaha Milik Negara diwajibkan menandatangani perjanjian kerja sama dengan BPJS Kesehatan, semetara mau tidak mau Rumah Sakit Publik dan Privat milik swasta atau masyarakat pun merasa perlu memenuhi persyaratan dan menandatangani kontrak perjanjian kerja sama dengan BPJS Kesehatan jika tidak ingin mengalami penurunan jumlah pasien yang berkunjung ke Rumah Sakit untuk mengkonsultasikan kesehatannya. “Jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) per akhir Maret 2021 mencapai 82,3 persen dari total penduduk Indonesia. Jumlah kepesertaan terus dikejar hingga ini mencapai target Universal Health Coverage (UHC) sebesar 98 persen pada 2024”¹ Keikutsertaan Rumah Sakit didalam Program Jaminan Kesehatan nasional melalui penandatanganan perjanjian kerja sama dengan BPJS juga diharapkan dapat meningkatkan omzet dan akhirnya meningkatkan pendapatan Rumah Sakit.

BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan, yang mulai beroperasi pada tanggal 1 Januari 2014. Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Dasar hukum penyelenggaraan program jaminan sosial adalah Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Undang-Undang RI Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian dan Peraturan Presiden RI Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Kementerian Kesehatan telah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, yang memberikan acuan bagi BPJS Kesehatan, Pemerintah Pusat/Propinsi/Kabupaten/Kota, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (selanjutnya disebut FKTP), Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (selanjutnya disebut FKRTL), peserta program JKN-KIS dan pihak terkait. BPJS Kesehatan sendiri juga telah mengeluarkan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

¹Francisca Christy Rosana, *Total Peserta BPJS Kesehatan per Akhir Maret 82,3 Persen dari Total Penduduk*, <https://bisnis.tempo.co/read/1455083/total-peserta-bpjs-kesehatan-per-akhir-maret-823-persen-dari-total-penduduk>. Diakses pada 25 Oktober 2021, Jam 00.50 WITA.



Sampai dengan saat ini masih didengar adanya keluhan dari masyarakat bahwa terbatasnya sosialisasi yang dilakukan oleh pihak BPJS Kesehatan sehingga ada anggota masyarakat yang masih ragu bahkan menyangsikan kualitas dan kuantitas pelayanan. Untuk kedepan, perlu dipertimbangkan untuk dilakukan sosialisasi yang lebih intensif terutama terhadap golongan orang-orang yang skeptis karena ketidaktahuannya tentang fungsi dan manfaat BPJS Kesehatan baik terhadap peserta langsung maupun terhadap anggota peserta BPJS Kesehatan lainnya.²

BPJS Kesehatan seperti halnya dengan asuransi kesehatan lainnya bekerjasama dengan fasilitas pelayanan kesehatan baik dokter/dokter gigi praktek mandiri, Klinik, Puskesmas dan Rumah Sakit. Secara khusus di Rumah Sakit, setelah Rumah Sakit memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta program JKN-KIS, maka Rumah Sakit berhak mendapatkan imbalan atas jasa yang diberikan, yang berupa tagihan atau klaim kepada BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan dalam pembayaran klaim menerapkan tarif paket diagnosis berdasar *Indonesia Case Base Grup* atau INA CBGs's yang dasar hukum pemberlakuannya adalah seperti yang tertuang didalam perjanjian kerja sama antara BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit yang telah disepakati para pihak. Kementerian Kesehatan juga telah menyusun suatu pedoman pembayaran jasa layanan dari BPJS Kesehatan kepada Rumah Sakit dengan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan.

Dalam praktiknya, setelah klaim-klaim bulanan telah diajukan oleh pihak Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan, kemudian dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan, dan klaim dinyatakan sebagai klaim yang layak dibayar, masih saja terdapat hambatan pencairan hak pembayaran jasa layanan Rumah Sakit yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan. Alasan pihak BPJS tentang tunggakan pembayaran ini dapat beberapa macam. Tunggakan pembayaran bervariasi jumlah bulan tunggakannya, antara 1 sampai 5 bulan, namun terdapat juga Rumah Sakit yang mengalami tunggakan pembayaran piutang hingga 10 bulan berturut-turut. Kemudian ketika Rumah Sakit mengajukan komplain kepada BPJS Kesehatan mengenai tunggakan pembayaran klaim BPJS tersebut yang telah menghambat pendanaan operasional Rumah Sakit, maka solusi yang ditawarkan BPJS salah satunya biasanya menyarankan Rumah

²Aldy M. Aripin, *BPJS Kesehatan, Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Berbiaya Murah*, http://www.kompasiana.com/alldie/bpjs-kesehatan-meningkatkan-pelayanan-kesehatan-masyarakat-berbiaya-murah_55ddec16f37e61030af9c6cf. Diakses 29 Oktober 2021, Jam 01.41 WITA.



Sakit untuk mengajukan kredit pinjaman dari Bank dengan penjaminan/rekomendasi dari BPJS Kesehatan. Pada prakteknya beberapa Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta telah menjalani hal ini dan permohonan kredit pinjamannya telah dikabulkan oleh Bank. Kredit pinjaman dari Bank tersebut tentu mewajibkan pembayaran sejumlah bunga kredit dari peminjamnya yang dalam hal ini adalah Rumah Sakit.

Berdasarkan isu hukum yang diuraikan diatas maka penulis membuat penelitian dengan judul “Problematika Pencairan Hak Jasa Layanan Rumah Sakit Oleh BPJS Kesehatan” dengan rumusan masalah sebagai berikut : 1. Faktor-faktor yang berpengaruh pada tertundanya pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan dan 2. Penyelesaian tertundanya pencairan klaim hak jasa layanan Rumah Sakit oleh BPJS Kesehatan.

B. PEMBAHASAN

1. Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Pada Tertundanya Pembayaran Klaim Oleh BPJS Kesehatan

Klaim adalah tagihan atau tuntutan kepada pembeli jasa, atas layanan yang telah diberikan oleh pemberi jasa. Dalam hal ini klaim Rumah Sakit terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan kepada BPJS Kesehatan, atas layanan yang diberikan Rumah Sakit melalui tenaga kerjanya baik dokter, dokter gigi, perawat, apoteker dan lain-lain untuk peserta BPJS Kesehatan (JKN-KIS) yang berobat atau dirawat di Rumah Sakit.

Secara umum pelaksanaan klaim rumah sakit kepada BPJS berdasarkan pada peraturan perundang undangan sebagai berikut:

- 1) Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
- 2) Undang-Undang RI Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
- 3) Peraturan Presiden RI Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan;
- 4) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
- 5) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional dan
- 6) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan.

Dalam menjalankan Program Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS Kesehatan menggandeng beberapa Rumah Sakit milik pemerintah maupun Rumah Sakit swasta.



Berdasarkan Pasal 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 menjelaskan bahwa perjanjian kerja sama Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan dilakukan antara pimpinan atau pemilik Fasilitas Kesehatan yang berwenang dengan BPJS Kesehatan. Pelaksanaannya pada umumnya adalah semua jenis Rumah Sakit yang ada di seluruh Indonesia baik Rumah Sakit pemerintah, swasta, maupun bentuk Rumah Sakit lainnya. Perjanjian kerja sama tersebut berlaku sekurang-kurangnya 1 tahun dan dapat diperpanjang kembali atas kesepakatan bersama.

Dalam pembuatan perjanjian kerja sama ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

- a. Adanya dua pihak yang jelas melakukan ikatan perjanjian. Hal ini menggambarkan secara jelas siapa yang melakukan ikatan dengan siapa dan kejelasan pihak yang memiliki hak serta kewajiban.
- b. Adanya ikatan perjanjian yang jelas dan resmi antara kedua pihak. Bentuk ikatan ini akan mempengaruhi kepatuhan kedua pihak terhadap ikatan perjanjian yang mereka sepakati bersama. Ikatan tersebut dapat berbentuk saling percaya, saling mengikat secara etis, secara adat, dan secara hukum.
- c. Adanya *informed consent*. *Informed* artinya kedua pihak mengetahui dan memahami semua aspek yang mengikat mereka. *Consent* yaitu ikatan tersebut dilakukan dengan dasar kesadaran dan kesukarelaan dan bukan didasarkan karena paksaan, ancaman atau tipuan.
- d. Didokumentasikan. Dokumentasi dari pernyataan ikatan antara kedua pihak diperlukan untuk mencegah pengingkaran oleh salah satu pihak yang bisa disengaja atau tidak disengaja. Biasanya bentuk perjanjian ini berupa sertifikat polis yang berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan kewajiban dan tanggung jawab kedua belah pihak secara tertulis.

Rumah sakit memang menjadi harapan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Pada dasarnya, dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta, wajib memberikan pelayanan kesehatan bagi penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan terlebih dahulu. Fasilitas pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta dilarang menolak pasien dan/atau meminta uang muka. Hal ini ditegaskan dalam Pasal 32 Undang-Undang RI Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (selanjutnya disebut UU Kesehatan). Ini artinya, rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan dilarang menolak pasien yang dalam keadaan darurat serta wajib



memberikan pelayanan untuk menyelamatkan nyawa pasien. Hal yang sama juga dipertegas dalam Pasal 85 UU Kesehatan terkait dalam hal keadaan darurat pada bencana, yang berbunyi:

(1) Dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta wajib memberikan pelayanan kesehatan pada bencana bagi penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan. (2) Fasilitas pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang menolak pasien dan/atau meminta uang muka terlebih dahulu.

Menurut Pasal 29 Ayat 2 Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (selanjutnya disebut UU Rumah Sakit), maka Rumah Sakit tersebut dikenakan sanksi administratif berupa: “a) teguran; b) teguran tertulis; atau c) denda dan pencabutan izin Rumah Sakit.” Ketika Rumah Sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, menolak pasien BPJS Kesehatan, bisa jadi saat itu juga Rumah Sakit tersebut sedang melanggar prinsip ekuitas yang menjadi salah satu prinsip JKN-KIS. Prinsip ekuitas dimaknai sebagai kesamaan dalam memperoleh kebutuhan medis, dimana tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan peserta.

Disamping itu, Rumah Sakit juga dapat sedang melanggar Undang-Undang RI Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (selanjutnya disebut UU Perlindungan Konsumen). Jika pelaku usaha telah melanggar hak-hak konsumen, dalam hal ini pasien pengguna kartu miskin sebagai konsumen yang haknya dilindungi yang telah dijelaskan dalam UU Perlindungan Konsumen. Konsumen dalam hal ini pasien dapat menggunakan upaya hukum untuk melindungi hak-hak mereka yang telah dilanggar. Adapun upaya hukum yang dapat dilakukan yang telah diatur pada Pasal 45 UU Perlindungan Konsumen, yakni: Ayat (1): setiap konsumen yang dirugikan dapat menggugat pelaku usaha melalui lembaga yang bertugas menyelesaikan sengketa antar konsumen dan pelaku usaha atau melalui peradilan yang berada di lingkungan peradilan umum. Ayat (2): penyelesaian sengketa konsumen dapat ditempuh melalui pengadilan atau di luar pengadilan berdasarkan pilihan sukarela para peserta yang bersengketa. Ayat (3): penyelesaian sengketa di luar pengadilan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak menghilangkan tanggung jawab pidana sebagaimana diatur dalam undang-undang. Ayat (4): apabila telah dipilih upaya penyelesaian sengketa konsumen luar pengadilan



gugatan melalui pengadilan hanya ditempuh apabila upaya tersebut dinyatakan tidak adil oleh salah satu pihak atau para pihak yang bersengketa.³

Upaya hukum yang dapat dilakukan peserta BPJS Kesehatan ketika pihak Rumah Sakit menolak peserta BPJS Kesehatan, yaitu pasien atau peserta BPJS Kesehatan dapat mengadukan kepada BPJS Kesehatan, dimana pasien tersebut ditolak oleh Rumah Sakit, apabila tidak mendapat respon oleh BPJS Kesehatan, pasien dapat mengadukannya kepada Dinas Kesehatan setempat. Tanggung Jawab BPJS Kesehatan ketika pihak Rumah Sakit menolak peserta JKN-KIS, yaitu pihak BPJS Kesehatan, akan mengadakan koordinasi dengan pihak Rumah Sakit, menanyakan alasan penolakan pihak Rumah Sakit terhadap peserta JKN-KIS. Selanjutnya apabila pihak Rumah Sakit tidak juga memberikan pelayanan kepada pasien tersebut maka pihak BPJS Kesehatan akan memfasilitasi peserta JKN-KIS tersebut.

Adanya persengketaan seperti ini, dapat berefek pada peninjauan kembali perjanjian kerja sama antara Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan dimana Rumah Sakit dapat dianggap telah wanprestasi dalam kewajibannya kepada peserta JKN-KIS. Hal ini dapat berbuntut panjang pada penundaan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan, dengan spesifikasi seperti yang tercantum dalam perjanjian kerja sama Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan jika salah satu pihak wanprestasi.

INA – CBGs (*Indonesia Case Base Groups*) merupakan sistim dimana besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKRTL yang merupakan sistim koding dari diagnosis utama, diagnosis sekunder dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan yang mengacu pada *International Code Diseases Ten (ICD-10)* dan *International Code Diseases Nine (ICD-9) Clinical Modification (CM)* yang disusun oleh *World Health Organization (WHO)*. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG)* dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional menyatakan bahwa INA-CBGs merupakan sistim perangkat *entry* data pasien yang digunakan untuk melakukan grouping tarif berdasarkan data yang berasal dari resume medis yang dibuat Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (selanjutnya disebut DPJP). Untuk menggunakan aplikasi INA-CBGs, Rumah Sakit harus memiliki kode registrasi Rumah Sakit yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan dan selanjutnya

³Irfan Ridha, Perlindungan Konsumen Bagi Pasien Pengguna Kartu BPJS di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau, Program Pascasarjana Fakultas Hukum Universitas Riau. *De Lega Lata*, No.2, Volume I, Juli–Desember 2016, h. 360-361.



dilakukan aktifasi bagi setiap Rumah Sakit sesuai dengan kelas Rumah Sakit serta regionalisasinya.

Pengajuan klaim menjadi tanggung jawab dari bagian keuangan bekerjasama dengan perwakilan BPJS kesehatan yang ada di Rumah Sakit. Bagian keuangan Rumah Sakit memiliki peran penting didalam kelengkapan berkas rekapitulasi pelayanan yang nantinya akan di input pada aplikasi INA-CBGs dan akan diverifikasi oleh pihak BPJS kesehatan.

Untuk melihat apakah kelengkapan dokumen klaim BPJS Kesehatan pada poin rekapitulasi pelayanan sudah berjalan dengan baik, maka hal ini bisa dilihat dari kelengkapan berkas rekapitulasi pelayanan dari ruangan rawat inap yang dimasukkan ke loket keuangan apakah sudah lengkap atau belum. Perawat jaga dan DPJP harus sudah melengkapi berkas rekapitulasi pelayanan sebelum dimasukkan ke bagian keuangan. Berkas rekapitulasi pelayanan harus terisi dengan benar karena nantinya berkas ini akan di *input* ke dalam aplikasi INA-CBGs untuk tahapan pengklaiman pasien BPJS Kesehatan yang ada di Rumah Sakit agar Rumah Sakit juga mendapat biaya perawatan untuk pasien BPJS tersebut.

Pelaksanaan monitoring dilaksanakan oleh Direktur Rumah Sakit dan bagian Keuangan yang melaksanakan monitoring didalam pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan mulai dari kelengkapan berkas sampai pada penyerahan berkas untuk diverifikasi oleh verifikator dari BPJS Kesehatan setempat. Biasanya Rumah Sakit mempunyai verifikator internal dimana untuk verifikator internal itu sendiri adalah tenaga medis/dokter di bagian Keuangan. Mereka bertanggung jawab melaksanakan verifikasi berkas klaim yang ada sebelum dimasukkan kepada verifikator eksternal yaitu BPJS Kesehatan. Kalaupun ada berkas klaim yang dinyatakan tidak layak bayar oleh verifikator eksternal maka berkas klaim akan dikembalikan kepada verifikator internal Rumah Sakit untuk direvisi kembali dan diajukan lagi.

Faktor yang menjadi kendala dalam pelaksanaan prosedur klaim BPJS Kesehatan pada poin rekapitulasi pelayanan dimana masih banyak perawat dan juga DPJP yang sering salah dalam mengisi tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar. Hal ini terlihat tidak terlalu penting padahal dalam kenyataannya verifikator BPJS Kesehatan sangat teliti didalam melakukan verifikasi berkas klaim. Akibatnya berkas klaim sering dikembalikan dan diperbaiki akibat kesalahan pengisian tanggal. Selain itu ada juga beberapa berkas yang tidak terisi diagnosis penyakit dan perlu dikonfirmasi kembali dengan DPJP yang menangani pasien tersebut. Ada juga berkas yang tidak disertai tandatangan dari DPJP oleh karena berkas tersebut sebenarnya diisi oleh 2 orang yakni DPJP dan seorang dokter lain sebagai asistennya.



Faktor yang menjadi kendala dalam pelaksanaan prosedur klaim BPJS Kesehatan pada poin berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya yaitu pada diagnosis penyakit. Dari hasil verifikasi BPJS Kesehatan, banyak pasien yang seharusnya dirawat jalan tetapi justru dirawat inap. Hal ini disebabkan karena pencantuman diagnosis dari DPJP yang tidak tepat sehingga berkas klaim rawat inap berubah menjadi rawat jalan, setelah diverifikasi oleh BPJS Kesehatan. Hal ini tentunya akan berdampak pada besarnya biaya perawatan yang akan dibayarkan kepada Rumah Sakit karena ada perbedaan antara biaya perawatan pasien rawat inap dan biaya perawatan pasien rawat jalan.

Selain itu perbedaan tata cara koding antara Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan juga sering menjadi kendala selama ini. Yaitu ketika berkas yang sudah dimasukkan ke dalam aplikasi INA-CBGs dengan koding penyakit yang dibuat Rumah Sakit kemudian diverifikasi oleh BPJS Kesehatan, maka sering terjadi perubahan koding penyakit oleh BPJS Kesehatan. Dari pihak Rumah Sakit ketika terjadi hal seperti ini, biasanya mengikuti saja re-koding dari BPJS Kesehatan agar tidak dianggap melakukan *upcoding*. “*Upcoding* berarti berusaha membuat kode diagnosa dan tindakan dari pelayanan yang ada lebih tinggi atau lebih kompleks dari yang sebenarnya dikerjakan di institusi pelayanan kesehatan atau sebaliknya. Contoh : Pasien dengan DM tipe 2 dengan komplikasi neuropati, di coding dengan DM tipe 2 dengan berbagai komplikasi.”⁴ Disamping juga karena telah ada komitmen untuk bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dalam hal koding diagnosis penyakit.

Verifikator BPJS Kesehatan akan melakukan verifikasi berkas lewat klaim yang diajukan oleh Fasilitas Kesehatan yang tujuannya untuk menguji kebenaran pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada pasien BPJS Kesehatan guna untuk menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan. “Jika ditemukan adanya klaim yang tidak layak bayar atau *pending*, maka pihak BPJS tidak akan melakukan pembayaran untuk klaim tersebut.”⁵ Ketika verifikasi ini terjadi, akan muncul tiga golongan jenis klaim, yaitu klaim yang layak dibayar, klaim yang ditunda (*pending*), dan klaim yang tidak layak dibayar (*dispute*).

⁴Bunda Mardha, *10 Tindakan ‘Fraud’ dalam Pelayanan Kesehatan di Era JKN-BPJS*, <https://www.kesehatanpro.com/10-tindakan-fraud-dalam-pelayanan-kesehatan-di-era-jkn-bpjs/>. Diakses 2 November 2021, Jam 02.13 WITA.

⁵Nurdiah, R.S., Analisis Penyebab Unclaimed Berkas BPJS Rawat Inap di RSUD DR. Soekardjo Tasikmalaya, *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan (online)*, No.2, Volume 4, Oktober 2016, h. 23-24.



2. Penyelesaian Tertundanya Pencairan Klaim Hak Jasa Layanan Rumah Sakit Oleh BPJS Kesehatan.

a. Penyelesaian Klaim Kepada BPJS Kesehatan Yang Tertunda (*Pending*) Atau Tidak Layak Bayar (*Dispute*)

Klaim kepada BPJS Kesehatan dapat tertunda atau tidak layak bayar bisa disebabkan dalam pencantuman diagnosis tenaga medis yang tidak sesuai dengan tata cara klaim INA-CBGs. Diagnosis yang tidak *discover* didalam INA-CBGs, maka sesuai dengan isi perjanjian kerja sama antara Rumah Sakit dan BPJS, maka diagnosis tersebut tidak dapat diterimakan klaimnya oleh BPJS Kesehatan. Dalam kasus seperti ini, maka diperlukan sosialisasi langsung kepada tenaga medis di Rumah Sakit yang menjelaskan tata aturan pengajuan klaim kasus penyakit sesuai INA-CBGs seperti yang juga telah tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. Namun, terdapat juga realitas di Rumah Sakit bahwa klaim yang sebenarnya tidak *discover* didalam INA-CBGs, tetap dibayar oleh BPJS Kesehatan, akan tetapi teguran dan sanksi administrasi akan diberikan BPJS Kesehatan kepada FKTP yang merujuk pasien dengan kasus penyakit non-spesialistik tersebut, yang akan berimbas pada penurunan besaran kapitasi bagi FKTP tersebut pada bulan berikutnya. Untuk rujukan spesialistik dari FKTP kepada Rumah Sakit/FKRTL telah diantisipasi oleh BPJS Kesehatan dengan memberikan batasan jumlah rujukan spesialistik dari FKTP ke FKRTL maksimum hanya 15% per bulan dari total jumlah kunjungan pasien FKTP per bulan dan hanya diagnosis yang dikategorikan spesialistik saja yang dapat dirujuk. Jika terdapat rujukan non-spesialistik yang dirujuk dari FKTP ke FKRTL maka rujukan tersebut masuk kedalam kriteria TACC (*Time, Age, Complication, Cormobidity*) yang mempunyai batasan jumlah tertentu sesuai salah satu poin dalam indikator komitmen pelayanan dari FKTP. Sehingga kasus rujukan non-spesialistik dari FKTP ke Rumah Sakit dapat diminimalisir.

Khususnya terhadap klaim kepada BPJS yang tertunda (*pending*) oleh karena kurang lengkapnya berkas klaim dari pihak Rumah Sakit, maka Rumah Sakit yang bersangkutan harus melengkapi berkas-berkas yang diinginkan dalam kurun waktu 6 bulan sesuai syarat batas waktu pengajuan klaim.

Klaim BPJS per pasien yang dianggap sah adalah berkas pasien pulang yang berupa:

1. Surat Eligibilitas Peserta (SEP),
2. Surat perintah rawat inap,
3. Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP,
4. Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP (bila



diperlukan), misal: a) Laporan operasi, b) Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus, c) Perincian tagihan Rumah Sakit (manual atau Automatic billing), d) Berkas pendukung lain yang diperlukan.⁶

Jika berkas klaim telah lengkap namun klaim tersebut masih dinyatakan ditunda oleh verifikator BPJS, maka langkah selanjutnya adalah membentuk suatu tim dari pihak Rumah Sakit dan dari pihak BPJS yang akan urun rembuk mendiskusikan bersama-sama tentang apakah klaim tersebut dapat dinyatakan layak bayar atau tidak layak bayar. Tim diskusi ini dapat dibentuk dalam waktu sebelum berakhirnya masa 6 bulan batas waktu pengajuan klaim atau pada evaluasi/audit akhir tahun dari Rumah Sakit yang bersangkutan.

Namun, terdapat suatu kesimpulan bahwa apapun keputusan hasil diskusi tim pihak Rumah Sakit dan pihak BPJS, apakah klaim tersebut akhirnya dinyatakan layak bayar atau tidak layak bayar, Rumah Sakit akan tetap mengalami kerugian dari sisi neraca perhitungan keuangan Rumah Sakit oleh sebab jumlah waktu yang telah lewat untuk penyelesaian klaim *pending* tersebut sementara Rumah Sakit harus tetap mengeluarkan biaya operasional dan jasa pelayanan tenaga medis dan tenaga kesehatan secara rutin setiap bulannya tanpa menunggu waktu pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan. Kerugian yang dialami Rumah Sakit tersebut harus tetap dipertanggungjawabkan oleh Manajemen Rumah Sakit.

Dalam kenyataannya, memang terdapat klaim dari Rumah Sakit yang tidak dibayar oleh BPJS Kesehatan yaitu klaim yang dikategorikan tidak layak bayar (*dispute*). Dalam hal kewajiban manajemen keuangan Rumah Sakit untuk bersikap transparan dan akuntabel, maka tidak dibayarnya klaim tersebut oleh BPJS Kesehatan akan masuk dalam daftar piutang Rumah Sakit yang berpotensi menjadi kerugian dalam neraca perhitungan keuangan pada evaluasi/audit akhir tahun dari Manajemen Rumah Sakit tersebut. Tidak dibayarnya klaim tersebut oleh BPJS Kesehatan, jika mencapai jumlah tertentu, maka akan menggerus permodalan Rumah Sakit. Hal ini harus menjadi catatan bagi jajaran Direksi atau Pemilik Rumah Sakit (sesuai bentuk badan hukum Rumah Sakit tersebut) untuk mengantisipasi hal yang sama agar tidak terjadi lagi. Dimana ini dapat diantisipasi dengan menganalisis klaim-klaim yang tidak layak bayar tersebut dikeluarkan oleh tenaga medis dengan spesialisasi apa saja dan dalam diagnosis apa saja.

⁶Antonius Artanto EP, Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari - Maret 2016, *Jurnal ARSI (Administrasi Rumah Sakit Indonesia)*, No.2, Volume 4, 2018, h. 127.



Dari sisi BPJS Kesehatan maka klaim yang tidak layak bayar (*dispute*) akan dipandang sebagai ketidakprofesionalan Rumah Sakit dalam manajemen pelayanan kesehatan kepada peserta JKN-KIS. Oleh karena Rumah Sakit dinilai telah mengetahui seperangkat peraturan BPJS Kesehatan yang berkaitan dengan pengklaiman kasus penyakit peserta JKN-KIS. Dalam kenyataannya tenaga medis biasanya akan lebih berfokus pada keadaan pasien dalam kenyataannya sesuai dengan latar belakang ilmu kedokteran yang dimilikinya dan menuliskan diagnosis atau tindakan yang bersesuaian, ketimbang memperhatikan perangkat peraturan BPJS Kesehatan tentang pengklaiman kasus penyakit. Tenaga medis tersebut mungkin berpikir bahwa tugas pengklaiman bukanlah tugasnya, sebab ada petugas khusus yaitu koder yang akan menangani hal itu. Disini terdapat potensi ketidaksesuaian antara tata aturan pengkodean BPJS dengan apa yang dituliskan dokter tersebut dalam rekam medis yang berpotensi klaim yang diajukan oleh koder akan menjadi klaim *pending* oleh verifikator BPJS Kesehatan. Dalam kasus seperti ini, maka diperlukan sosialisasi langsung kepada tenaga medis di Rumah Sakit yang menjelaskan tata aturan pengajuan klaim kasus penyakit sesuai INA-CBGs seperti yang juga telah tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan.

Terdapat pula, kesulitan bagi petugas koder dalam pembuatan klaim dalam kasus pasien yang melakukan iur biaya atau membayar biaya tambahan untuk dapat naik kelas ke tingkat kelas perawatan yang lebih tinggi. Peraturan tentang iur bayar atau membayar biaya tambahan atau urun biaya terdapat dalam Pasal 22 Ayat 2 dan 3 dalam Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang menyebutkan : “Ayat (2) : Untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, peserta dikenakan urun biaya” dan Ayat (3) : Ketentuan mengenai pelayanan kesehatan dan urun biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur lebih lanjut dalam Peraturan Presiden.” Terdapat aturan dari BPJS Kesehatan bahwa biaya tambahan yang dapat ditagihkan Rumah Sakit langsung kepada pasien tersebut, untuk pasien terdaftar kelas 3 yang naik ke kelas 2 dan terdaftar kelas 2 yang naik ke kelas 1 maka biaya tambahan yang ditagihkan adalah sebesar selisih biaya antara kedua kelas tersebut. Sementara untuk pasien terdaftar kelas 1 yang menghendaki naik ke kelas VIP, maka maksimum biaya tambahannya adalah 75% dari nilai klaim berdasarkan INA-CBGs nya. Hal ini menimbulkan kerumitan tersendiri dalam pembuatan klaimnya mengingat hal-hal tersebut tetap perlu dilaporkan secara resmi kepada BPJS Kesehatan sebab menyangkut kepada pembayaran tambahan dari pesertanya yang ditarik



secara langsung oleh Rumah Sakit . Juga mengandung risiko menjadi klaim *dispute* atau *pending* oleh karena masalah batasan-batasan biaya tambahan tadi.

Dalam JKN, peserta dapat meminta manfaat tambahan berupa manfaat yang bersifat non medis berupa akomodasi. Misalnya: Peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya, dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan, yang disebut dengan iur biaya (*additional charge*). Ketentuan tersebut tidak berlaku bagi peserta PBI.⁷

Untuk mencegah klaim *dispute* atau *pending* tersebut maka dokter DPJP perlu memastikan besarnya nilai klaim kasus tersebut berdasarkan INA-CBGs kemudian memastikan bahwa pasien benar berkeinginan untuk naik kelas dan menginformasikan besaran pembayaran tambahannya yang sudah terkalkulasi dengan benar sehingga sesuai dengan kebutuhan dan tidak melebihi batasan selisih bayar atau tidak melewati batasan 75% diatas tadi. Hal-hal seperti ini alangkah baiknya jika dibuat dalam suatu *informed consent* dengan pasien tersebut sebagai bukti tertulis yang dimasukkan ke dalam rekam medis pasien, sehingga dapat dipahami oleh petugas koder, untuk mempermudah pembuatan klaimnya. Jika *informed consent* tersebut dirasakan masih dapat menimbulkan sengketa ketidaksesuaian kehendak antara pasien JKN-KIS dengan Rumah Sakit dikemudian hari, maka *informed consent* yang merupakan akta bawah tangan tersebut dapat ditingkatkan bentuknya menjadi akta otentik yang merupakan alat bukti tertulis yang lebih kuat.

Kapabilitas tenaga koder di Rumah Sakit juga memegang peranan penting dalam pembuatan klaim yang dapat diterimakan oleh verifikator BPJS, dimana diperlukan pelatihan khusus tenaga koder. Jumlah tenaga koder juga perlu diproporsionalkan dengan jumlah klaim yang dikerjakan Rumah Sakit sehingga tidak terjadi *overload* pengerjaan klaim pada beberapa orang petugas koder saja. Terdapat juga suatu peranan dalam Rumah Sakit yang dinilai akan memberikan manfaat dalam pembuatan klaim yang layak bayar, yakni verifikator internal Rumah Sakit yang profesinya adalah tenaga medis.

Juga hasil penelitian Kusumawati & Pujiyanto (2018) bahwa terbukti dokter verifikator internal dapat menurunkan angka klaim pending rawat inap karena kesalahan koding dan

⁷Kementerian Kesehatan. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. 2013, h. 28.



didapatkan penyebab terjadinya kesalahan coding yaitu ketidaklengkapan resume medis, kurang telitnya koder, kurangnya pengetahuan koder, ketidakseragaman informasi terkait coding dan overload berkas klaim yang tidak diiringi dengan kesesuaian jumlah koder. Hal tersebut dapat diminimalisir dengan penggunaan rekam medis elektronik, pelatihan tenaga koder, team building dan penambahan tenaga koder.⁸

Meskipun sepiantas kelihatan ada tumpang tindih dalam peranan koder dan verifikator internal Rumah Sakit namun sesungguhnya peranan verifikator internal akan terlihat ketika tenaga kodernya bukanlah tenaga medis, oleh sebab kompleksitas penyusunan klaim sesuai tata cara INA-CBGs. Verifikator internal ini akan menyaring dahulu berkas klaim yang telah dibuat oleh petugas koder, sebelum berkas klaim tersebut dimasukkan kepada verifikator BPJS Kesehatan setempat.

b. Penyelesaian Klaim Kepada BPJS Kesehatan Yang Layak Bayar Namun Tertunda Pencairannya

BPJS Kesehatan memiliki kewenangan-kewenangan publik yang ditetapkan dalam Undang-Undang BPJS, yang meliputi tugas mengelola dana masyarakat, yaitu dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta JKN-KIS. Dana Jaminan Sosial harus dikelola dengan hati-hati, untuk membeli pelayanan secara strategis, termasuk dan terutama di FKRTL seperti Rumah Sakit, agar program asuransinya dapat terus berlangsung berkesinambungan.

Sebelum membuat perjanjian kerjasama, Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan seharusnya bersama-sama dapat menjajaki proporsionalitas pertukaran hak dan kewajiban mereka, yang disebut prakontraktual (Memorandum of Understanding/MoU). Apakah masing-masing pihak telah menimbang dengan matang bahwa pihaknya mampu memenuhi kewajiban (prestasi) yang diisyaratkan akan ada dalam perjanjian. Sehingga ketika perjanjian kerjasama itu telah disepakati bersama, dikemudian hari tidak muncul sengketa perjanjian atau wanprestasi dalam kurun waktu perjanjian tersebut. Sebab salah satu Misi BPJS Kesehatan adalah menjalankan dan memantapkan sistem jaminan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, dan bermutu kepada peserta, melalui kemitraan yang optimal dengan fasilitas kesehatan. Namun dalam kenyataannya, draft perjanjian kerja sama BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit sudah dibakukan isi dan bentuknya oleh BPJS Kesehatan dan hampir sama untuk semua bentuk Rumah Sakit Umum dan Privat, dimana terkesan dipaksakan untuk diterima semua pihak dan terdapat

⁸Faik Agiwahyuanto et al, Tinjauan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Kasus Gawat Darurat, *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, No.2 Volume 9, 2021, h. 122-123.



penyalahgunaan keadaan oleh BPJS Kesehatan terhadap Rumah Sakit oleh karena posisi BPJS Kesehatan dirasa lebih tinggi, lebih kuat dan memonopoli pasar perasuransian kesehatan di Indonesia.

Dalam hal ini klaim Rumah Sakit terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan rumah sakit melalui tenaga kerjanya baik dokter, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker dan lain-lain kepada peserta BPJS Kesehatan (JKN-KIS) yang berobat atau dirawat di Rumah Sakit. Ini adalah kewajiban Rumah Sakit yang tertuang dalam perjanjian kerja sama antara Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan, berupa pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialistik dan sub spesialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus, kepada peserta asuransi BPJS Kesehatan. Pasal 3 Ayat a,b,c, dan d UU Rumah Sakit menjelaskan tujuan penyelenggaraan Rumah Sakit yang menjabarkan kepentingan keberadaan Rumah Sakit.

Tanggung jawab adalah kesadaran manusia akan tingkah laku atau perbuatan yang disengaja maupun yang tidak disengaja. Tanggung jawab juga berarti berbuat sebagai perwujudan kesadaran akan kewajibannya. Tanggung jawab hukum bersumber atau lahir atas penggunaan fasilitas dalam penerapan kemampuan tiap orang untuk menggunakan hak atau/dan melaksanakan kewajibannya. Setiap pelaksanaan kewajiban dan setiap penggunaan hak baik yang dilakukan secara tidak memadai maupun yang dilakukan secara memadai pada dasarnya tetap harus disertai dengan tanggung jawab, demikian pula dengan pelaksanaan kekuasaan.⁹

BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima dan dinyatakan lengkap. Besaran pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan asosiasi Fasilitas Kesehatan di wilayah tersebut dengan mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Dalam hal tidak ada kesepakatan atas besaran pembayaran, Menteri Kesehatan memutuskan besaran pembayaran atas program JKN yang diberikan. Asosiasi Fasilitas Kesehatan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.¹⁰

Dalam kasus klaim kepada BPJS yang layak bayar namun tertunda pencairannya oleh BPJS Kesehatan, maka didalam perjanjian kerja sama antara BPJS Kesehatan dengan FKTP

⁹Purbacaraka, *Perihal Kaedah Hukum*, Citra Aditya, Bandung, 2010, h. 37.

¹⁰Kementerian Kesehatan, *Op.Cit.*, h. 28.



atau FKRTL telah dicantumkan bahwa BPJS Kesehatan membuat surat pernyataan keterlambatan pembayaran klaim pada setiap bulan dimana keterlambatan pembayaran atas klaim layak bayar itu terjadi, yang ditujukan kepada FKTP atau FKRTL tersebut.

Menilik beberapa perjanjian kerja sama antara Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan, terdapat perjanjian kerja sama yang mencantumkan klausul adanya denda *Penalty* 1% per bulan keterlambatan pencairan oleh BPJS Kesehatan bagi klaim-klaim Rumah Sakit/FKRTL yang layak bayar. Namun denda *Penalty* tersebut berlangsung untuk seterusnya jika terjadi keterlambatan yang berturut-turut dalam jangka waktu berapa bulan pun, maka besar denda *Penalty* adalah tetap 1% per bulan keterlambatan. Maka sesuai Pasal 1338 Ayat 4 BW tentang *Pacta Sunt Servanda* yaitu bahwa perjanjian yang dibuat para pihak, mengikat layaknya Undang-Undang bagi para pembuatnya. Namun, terdapat juga perjanjian kerja sama antara Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan yang tidak mencantumkan klausul *Penalty* tersebut, yang dari sisi prinsip perjanjian kerja sama adalah kurang tepat jika tidak terdapat klausul yang mencantumkan akibat hukum bagi pihak yang wanprestasi. Dalam Pasal 76 Ayat 6 Peraturan Presiden RI Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan disebutkan bahwa : “Dalam hal BPJS Kesehatan tidak melakukan pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (4), BPJS Kesehatan wajib membayar denda kepada FKRTL yaitu sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.” Maka Peraturan Presiden ini dapat menjadi dasar hukum bagi denda *Penalty* 1% yang menjadi tanggung jawab BPJS Kesehatan.

Pembayaran atas denda *Penalty* 1% tersebut, setelah diterima oleh Rumah Sakit maka murni menjadi milik Rumah Sakit tersebut, yang akan dimasukkan dalam audit keuangan pada akhir tahun, yang tidak dibagikan kepada tenaga medis dan tenaga kesehatan. Pertimbangannya adalah karena Rumah Sakit tetap membayarkan jasa layanan tenaga medis dan tenaga kesehatan pada setiap bulannya secara rutin tanpa terpengaruh oleh keterlambatan pencairan klaim layak bayar tadi oleh BPJS Kesehatan. Disamping itu, pada beberapa kasus, terdapat pinjaman oleh Rumah Sakit kepada Bank dalam rangka kekurangan pembiayaan operasional dan kebutuhan pembayaran jasa tenaga medis dan tenaga kesehatan akibat keterlambatan pencairan klaim BPJS tadi. Dimana pinjaman kredit dari Bank tersebut meliputi kewajiban pembayaran bunga pinjaman oleh Rumah sakit yang angkanya biasanya lebih dari 1% dari total pinjamannya, sehingga denda *Penalty* 1% dari BPJS Kesehatan tersebut terpakai untuk



menutup pembayaran bunga pinjaman itu dan bahkan tidak menutup keseluruhan bunga pinjaman kredit.

Didalam realitasnya, terdapat praktik baik di Rumah Sakit pemerintah maupun Swasta dimana BPJS Kesehatan memberikan alternatif solusi ketika terjadi keterlambatan pencairan klaim yang layak bayar, yaitu berupa penjaminan atau personal garansi secara kelembagaan dari BPJS Kesehatan, yang bukan berupa aset atau barang, agar Rumah Sakit dapat melakukan pinjaman kredit kepada Bank dan dengan penjaminan BPJS Kesehatan tersebut maka Bank biasanya menyetujui pinjaman kredit oleh Rumah Sakit. Hal ini bertujuan untuk membantu Rumah Sakit dalam pendanaan operasional dan pembayaran jasa layanan kepada tenaga medis dan tenaga kesehatan yang akan terhambat jika terjadi keterlambatan pencairan klaim layak bayar tersebut selama beberapa bulan berturut-turut. Jumlah bulan keterlambatan untuk kasus ini bervariasi antara 1 sampai dengan 5 bulan, namun terdapat juga Rumah Sakit yang mengalami hingga 10 bulan keterlambatan pencairan klaim oleh BPJS kesehatan.

Memang kondisi seperti ini adalah kondisi yang tidak dikehendaki oleh Rumah Sakit maupun BPJS Kesehatan dan bisa disebabkan oleh karena ketiadaan dana BPJS Kesehatan. Namun, jika terjadi keterlambatan pencairan yang sangat lama hingga beberapa bulan maka dapat terjadi ketidakcukupan dana Rumah Sakit untuk menutup biaya operasionalnya, termasuk setelah denda *Penalty* 1% tersebut dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Maka peristiwa seperti ini, jika dirasakan merugikan Rumah Sakit, seharusnya menjadi pertimbangan perlu adanya klausul perjanjian tambahan atau addendum didalam perjanjian kerja sama Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan, dimana jika keterlambatan telah mencapai jumlah bulan tertentu atau ketika Rumah Sakit mulai mengalami kerugian maka denda *Penalty* tersebut perlu ditingkatkan lebih dari 1% sesuai kesepakatan para pihak. Hal ini perlu dinegosiasikan dan ditawarkan diawal pembuatan perjanjian kerja sama tersebut dan tidak boleh ada penyalahgunaan keadaan oleh BPJS Kesehatan sebagai pihak yang memonopoli perasuransian kesehatan saat ini terhadap posisi Rumah Sakit yang kurang kuat.

Hal ini berarti monopoli dan/ atau pemusatan kegiatan oleh negara tersebut hanya dapat dilakukan setelah diatur terlebih dahulu dalam bentuk undang-undang (bukan peraturan perundang-undangan di bawah undang-undang). Undang-undang tersebut harus mencantumkan secara jelas tujuan monopoli dan/atau pemusatan kegiatan serta mekanisme pengendalian dan pengawasan negara dalam penyelenggaraan monopoli dan/atau pemusatan



kegiatan tersebut, sehingga tidak mengarah pada praktik monopoli dan/atau persaingan usaha tidak sehat.¹¹

Dari hal ini juga dirasakan perlu memberikan bentuk perlindungan hukum bagi Rumah Sakit oleh negara. Sehingga setelah peninjauan 1 tahun perjanjian kerja sama antara BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit, maka hal-hal diatas dapat menjadi masukan dan pertimbangan bagi penyusunan perjanjian kerja sama bagi tahun berikutnya. Dan diharapkan BPJS Kesehatan dan Asosiasi Rumah Sakit mempunyai fleksibilitas dalam menerima masukan dan pertimbangan dari Rumah Sakit.

C. KESIMPULAN DAN SARAN

a. Kesimpulan

1. Faktor-faktor yang berpengaruh pada tertundanya pembayaran klaim Rumah Sakit oleh BPJS Kesehatan meliputi pihak Rumah Sakit yang melakukan penolakan terhadap peserta JKN-KIS yang memerlukan pelayanan kesehatan, kurang lengkapnya berkas rekapitulasi pelayanan yang di input pada aplikasi INA-CBGs, ketidakbenaran pengisian berkas rekapitulasi pelayanan oleh tenaga medis atau tenaga kesehatan dalam segala bentuknya, kurangnya kapabilitas petugas koder dalam menyesuaikan pembuatan klaim sesuai tata aturan INA-CBGs, ketiadaan verifikator internal Rumah Sakit yang berprofesi tenaga medis, dan adanya kesan oleh verifikator BPJS bahwa klaim yang diajukan tidak mencerminkan prinsip kendali mutu maupun efisiensi biaya.
2. Penyelesaian klaim kepada BPJS Kesehatan yang tertunda (*pending*) atau tidak layak bayar (*dispute*) meliputi sosialisasi langsung kepada tenaga medis di Rumah Sakit yang menjelaskan tata aturan pengajuan klaim kasus penyakit sesuai pedoman INA-CBGs terbaru, batasan jumlah rujukan total dari FKTP ke FKRTL yang maksimum hanya 15% per bulan dari total jumlah kunjungan pasien FKTP per bulan, hanya diagnosis yang dikategorikan spesialisasi saja yang dapat dirujuk, batasan tertentu jumlah rujukan non-spesialisasi yang dirujuk dari FKTP ke FKRTL (rujukan TACC/*Time, Age, Complication, Comorbidity*), melengkapi berkas-berkas yang tidak lengkap dalam kurun waktu 6 bulan sesuai syarat batas waktu pengajuan klaim, membentuk suatu tim dari pihak Rumah Sakit dan dari pihak BPJS yang akan urun rembuk mendiskusikan bersama-sama apakah suatu klaim yang ditunda (*pending*) dapat dinyatakan layak bayar atau tidak

¹¹Dewi Cahyandar, Kajian Yuridis Pelimpahan Kewenangan Monopoli Negara Dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial, *Legal Spirit*, No.2, Volume 1, 2017, h. 26.



layak bayar, menganalisis klaim-klaim yang tidak layak bayar tersebut (dikeluarkan oleh tenaga medis dengan spesialisasi apa saja dan dalam diagnosis apa saja), memastikan bahwa pasien benar berkeinginan untuk naik kelas dan menginformasikan besaran pembayaran tambahannya yang sudah terkalkulasi dengan benar sehingga sesuai dengan kebutuhan dan tidak melebihi batasan selisih bayar atau tidak melewati batasan 75% yang disusun dalam suatu *informed consent* / akta otentik dengan pasien, pelatihan khusus tenaga koder untuk meningkatkan kapabilitasnya, jumlah tenaga koder perlu diproporsionalkan dengan jumlah klaim yang dikerjakan Rumah Sakit, dan diadakan petugas verifikator internal Rumah Sakit yang profesinya adalah tenaga medis. Sementara penyelesaian klaim kepada BPJS Kesehatan yang layak bayar namun tertunda pencairannya meliputi adanya denda *Penalty* 1% yang menjadi tanggung jawab BPJS Kesehatan, klausul perjanjian tambahan atau addendum didalam perjanjian kerja sama Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan dimana jika keterlambatan telah mencapai jumlah bulan tertentu atau ketika Rumah Sakit mulai mengalami kerugian maka denda *Penalty* tersebut perlu ditingkatkan lebih dari 1% sesuai kesepakatan para pihak, perlindungan hukum bagi Rumah Sakit oleh negara, dan peninjauan 1 tahun perjanjian kerja sama antara BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit (hal-hal diatas dapat menjadi masukan dan pertimbangan bagi penyusunan perjanjian kerja sama bagi tahun berikutnya).

b. Saran

1. Sosialisasi tata aturan INA-CBGs terbaru kepada tenaga medis dan tenaga kesehatan di Rumah Sakit.
2. Membentuk tim diskusi dari pihak Rumah Sakit dan dari pihak BPJS Kesehatan.
3. Peninjauan 1 tahun perjanjian kerja sama antara BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit untuk penyusunan perjanjian kerja sama pada tahun berikutnya terutama untuk adanya klausul addendum yang mengatur denda *Penalty* yang harus dibayarkan BPJS Kesehatan jika keterlambatan pencairan melampaui jumlah bulan tertentu.
4. Pelatihan khusus untuk petugas koder Rumah Sakit.
5. Mengadakan petugas verifikator internal Rumah Sakit yang berprofesi sebagai tenaga medis.



DAFTAR PUSTAKA

Peraturan Perundang-Undangan

- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen.
Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian.
Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.
Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional.
Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan.
Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Buku-Buku

- Kementerian Kesehatan. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. 2013.
Purbacaraka, *Perihal Kaedah Hukum*, Citra Aditya, Bandung, 2010.

Jurnal

- Antonius Artanto EP, Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr.Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari - Maret 2016, *Jurnal ARSI (Administrasi Rumah Sakit Indonesia)*, No.2, Volume 4, 2018.
Anggriani Wahyuning Tiya, Analisis Pengelolaan Dana Piutang Bpjs (Studi Kasus Rsud Kertosono, Rsud Jombang, Dan Rsud Kabupaten Kediri), Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Brawijaya, *Jurnal Ilmiah Mahasiswa FEB*, Volume 7, No.2, 2018
Dewi Cahyandar, Kajian Yuridis Pelimpahan Kewenangan Monopoli Negara Dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial, *Legal Spirit*, No.2, Volume 1, 2017.
Faik Agiwahyunto et al, Tinjauan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Kasus Gawat Darurat, *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, No.2, Volume 9, 2021.
Irfan Ridha, Perlindungan Konsumen Bagi Pasien Pengguna Kartu BPJS di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau, Program Pascasarjana Fakultas Hukum Universitas Riau. *De Lega Lata*, No.2, Volume I, Juli–Desember 2016.
Ni Nyoman Ayu Ratih Pradnyani, Mokhamad Khoirul Huda, Adriano, Hospital Responsibilities And BPJS Patient Rejection Owing To Limitations Of Health Facilities, *Journal of Xi'an University of Architecture & Technology*, Volume 12, Issue 7, July 2020.
Nurdiah, R.S., Analisis Penyebab Unclaimed Berkas BPJS Rawat Inap di RSUD DR. Soekardjo Tasikmalaya, *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan (online)*, No.2, Volume 4, Oktober 2016.



Suhartoyo, Klaim Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan Berkaitan Dengan Rawat Inap Dengan Sistem INA– CBGs, Fakultas Hukum, Universitas Diponegoro *Administrative Law & Governance Journal* Vol. 1 Edisi Khusus 1 2018.

Laman

Aldy M. Aripin, *BPJS Kesehatan, Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Berbiaya Murah*, http://www.kompasiana.com/alldie/bpjs-kesehatan-meningkatkan-pelayanan-kesehatan-masyarakat-berbiaya-murah_55ddec16f37e61030af9c6cf. Diakses 29 Oktober 2021, Jam 01.41 WITA.

Bunda Mardha, *10 Tindakan 'Fraud' dalam Pelayanan Kesehatan di Era JKN-BPJS*, <https://www.kesehatanpro.com/10-tindakan-fraud-dalam-pelayanan-kesehatan-di-era-jkn-bpjs/>. Diakses 2 November 2021, Jam 02.13 WITA.

Francisca Christy Rosana, *Total Peserta BPJS Kesehatan per Akhir Maret 82,3 Persen dari Total Penduduk*, <https://bisnis.tempo.co/read/1455083/total-peserta-bpjs-kesehatan-per-akhir-maret-823-persen-dari-total-penduduk>. Diakses pada 25 Oktober 2021, Jam 00.50 WITA.

