

Sengketa Klaim Rumah Sakit dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Eriati¹, Diah Arimbi², Tri Agus Suswantoro³

Program Magister Hukum Kesehatan, Sekolah Tinggi Hukum Militer Jakarta, Indonesia

eriat750@gmail.com¹

Abstrak

Kata Kunci:

Penyelesaian
Sengketa, Klaim,
Rumah Sakit, BPJS

Sistem Jaminan Sosial Nasional diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 yang telah mengamatkan bahwa program Jaminan Kesehatan melalui suatu Badan Penyelenggara Sosial. Dengan terselenggaranya program Jaminan kesehatan BPJS Kesehatan memiliki tugas, fungsi, wewenang untuk menjamin terselenggaranya Program Jaminan Sosial antara lain memiliki kewenangan yaitu kewenangan atribusi yang diperoleh langsung dari peraturan perundang-undangan. Permasalahan dalam penelitian ini adalah bagaimana kewenangan dan tanggung jawab BPJS Kesehatan dalam penyelesaian sengketa klaim rumah sakit. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu yuridis normative dengan data sekunder (Studi Kepustakaan). Pendekatan penelitian ini menggunakan pendekatan perundang-undangan, pendekatan konseptual dan pendekatan kasus. Setelah data terkumpul, data tersebut diolah secara kualitatif dan ditarik dengan menggunakan Teknik penarikan Kesimpulan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sengketa klaim dapat menimbulkan perselisihan atas perjanjian kerjasama dan dapat terjadi wanprestasi oleh salah satu pihak yang diatur pada Pasal 1238 KUHPerdata bahwa debitur dianggap melakukan wanprestasi apabila kewajiban membayar lewat batas waktu sesuai perjanjian. Hal-hal yang membuat sumber masalah dalam pelaksanaan kerjasama fasilitas kesehatan ini berdampak resiko kerugian pada rumah sakit. Untuk mengurangi terjadinya sengketa klaim, maka perlu pengaturan detail tentang hal-hal yang berpotensi menyebabkan perbedaan penafsiran pada klaim termasuk pengaturan tentang kewenangan dan tanggungjawab BPJS dalam penyelesaian sengketa klaim yang adil dan bermartabat agar ada perlindungan hukum dan kepastian hukum bagi rumah sakit peserta BPJS.

Abstract

Key Word:

Dispute Resolution,
Claims, Hospitals,
BPJS

The National Social Security System is regulated in Law Number 40 of 2004 which has mandated that the Health Insurance program be through a Social Administering Body. With the implementation of the Health Insurance Program, BPJS Kesehatan has the duties, functions, and authority to ensure the implementation of the Social Security Program, including having the authority, namely the authority of attribution obtained directly from laws and regulations. The problem in this study is how the authority and responsibility of BPJS Kesehatan in resolving hospital claim disputes. The research method used in this study is normative juridical with secondary data (Literature Study). This research approach uses a statutory approach, a conceptual approach, and a case approach. After the data is collected, the data is processed qualitatively and drawn using the conclusion-drawing technique. The results of this study indicate that claim disputes can cause disputes over cooperation agreements and there can be a default by one of the parties as regulated in Article 1238 of the Civil Code that the debtor is considered to be in default if the obligation to pay is past the deadline according to the agreement. Things that create sources of problems in the implementation of this health facility cooperation have an impact on the risk of losses to hospitals. To reduce the occurrence of claim disputes, detailed regulations are needed on things that have the potential to cause differences in the interpretation of claims, including regulations on the authority and responsibility of BPJS in resolving claim disputes fairly and with dignity so that there is legal protection and legal certainty for BPJS participating hospitals.

Copyright © 2024 Eriati, Diah Arimbi, Tri Agus Suswantoro

This work is licensed under an **Attribution-ShareAlike 4.0 International (CC BY-SA 4.0)**

PENDAHULUAN

Dalam menjalankan kewenangan dan tugasnya BPJS Kesehatan dapat membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standart tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah dan membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan mengadakan kerjasama BPJS Kesehatan harus memenuhi ketentuan peraturan perundangan yang berlaku (Lumbanraja, 2021).

Perikatan tidak hadir begitu saja, dengan kata lain ada sesuatu atau persetujuan tertentu yang melahirkan suatu perikatan. Dalam Pasal 1233 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, menyatakan bahwa perikatan dapat lahir dari suatu persetujuan (perjanjian) dan undang-undang. Pasal 1352 Kitab Undang-

Undang Hukum Perdata, menyatakan lebih lanjut bahwa perikatan yang lahir dari undang-undang dapat dibagi menjadi perikatan yang lahir dari undang-undang saja dan perikatan yang lahir dari undang-undang karena suatu perbuatan orang. Pasal 1353 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, menyatakan bahwa perikatan yang lahir dari undang-undang karena suatu perbuatan orang terbagi lagi menjadi perbuatan yang lahir dari perbuatan yang diperbolehkan (*zaakwaarneming*) dan perikatan yang lahir dari perbuatan melawan hukum (*on recht matige daad*) (Hamidjojo, 2008).

Kerjasama antar rumah sakit dengan BPJS Kesehatan dituangkan ke dalam perjanjian kerjasama yang telah disepakati, sehingga berlaku seperti undang-undang. Perjanjian yang dibuat secara sah berlaku sebagai undang-undang bagi para pihak yang membuatnya dan kontrak berfungsi untuk memenuhi persyaratan yang ditentukan dalam undang-undang, sebagai alat bukti dan menjamin kepastian hukum mengenai hak dan kewajiban para pihak. (Miru, 2013) Sistem perjanjian kerjasama BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan merupakan satu kesatuan dalam perjanjian dimulai dengan pembahasan draf perjanjian kerjasama BPJS Kesehatan pusat bersama Asosiasi Fasilitas Kesehatan (Asosiasi rumah sakit, Asosiasi FKT). Setelah terjadi kesepakatan perjanjian kerjasama akan menjadi perjanjian baku yang dijadikan acuan seluruh BPJS Kesehatan cabang dalam menjalin kerjasama dengan fasilitas kesehatan.

Metode pembayaran kepada rumah sakit yang dituangkan pada perjanjian dengan BPJS Kesehatan kepada rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dengan metode pembayaran prospektif yaitu metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan diberikan yang ditetapkan Menteri Kesehatan dengan *case mixe (case based payment)* atau menggunakan sistem *Indonesian case base group (INA-CBG's)* yang pedomannya diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No 26 tahun 2021 atas perubahan Permenkes Nomor 76 tahun 2016 Tahun 2021 Tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG)* dalam pelaksanaan jaminan kesehatan. Pola pembayaran Case Based Group dalam hal ini merupakan satu pola pembayaran yang berupa pengelompokan diagnose dan prosedur yang memiliki ciri klinis dan penggunaan sumber daya kesehatan yang diberikan.

Dengan terlaksananya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terjadi peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta JKN dan berdampak pada proporsi pelayanan kesehatan oleh rumah sakit meningkat di segmen peserta JKN. Dengan meningkatnya kunjungan peserta JKN maka sebagian besar pendapatan RS juga berasal dari pembiayaan JKN (Maryam, 2018).

Jumlah rumah sakit di Indonesia per April 2021 adalah 3112 dan sebanyak 2.636 sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dalam suatu perjanjian kerjasama yang menghormati asas kesetaraan, dan Program JKN sudah berjalan selama 7 tahun banyak dinamika yang terjadi dilapangan, tidak hanya masalah namun terkait kecukupan iuran dalam membiayai manfaat JKN yang berdampak pada pelayanan rumah sakit, tetapi juga menghadapi masalah regulasi yang dirasa terlalu banyak dan sering berubah ubah dan masih sering terjadi disharmonisasi diantara regulasi, serta ketimpangan jumlah dan sebaran beserta tenaga kesehatan. Kerjasama antar keduanya dituangkan ke dalam perjanjian. (PERSI, 2019)

METODE

Pendekatan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus. Pendekatan ini dipilih untuk memahami secara mendalam fenomena sengketa klaim antara rumah sakit dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, serta untuk menggali pandangan, persepsi, dan pengalaman dari para pihak yang terlibat dalam sengketa tersebut.

Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder: a) Data Primer: Diperoleh melalui wawancara mendalam dengan pihak rumah sakit yang pernah terlibat dalam sengketa klaim dengan BPJS Kesehatan, pejabat BPJS Kesehatan, dan ahli hukum kesehatan. Wawancara akan dilakukan secara semi-terstruktur untuk mendapatkan informasi yang komprehensif dan mendalam; b) Data Sekunder: Diperoleh dari dokumen-dokumen yang relevan seperti peraturan perundang-undangan terkait BPJS Kesehatan, keputusan pengadilan terkait sengketa klaim, laporan tahunan BPJS Kesehatan, dan literatur yang relevan mengenai klaim kesehatan dan jaminan sosial.

Teknik Pengumpulan Data

Wawancara Mendalam: Peneliti akan melakukan wawancara mendalam dengan informan kunci yang telah ditentukan, yaitu manajemen rumah sakit, pejabat BPJS Kesehatan, dan ahli hukum kesehatan. Panduan wawancara akan disusun terlebih dahulu untuk memastikan cakupan topik yang dibahas. Studi Dokumen: Peneliti akan mengumpulkan dan menganalisis berbagai dokumen terkait sengketa klaim, termasuk kebijakan BPJS, peraturan pemerintah, dan keputusan hukum yang relevan.

Teknik Analisis Data

Data yang diperoleh akan dianalisis menggunakan metode analisis tematik, yang meliputi langkah-langkah sebagai berikut: a) Transkripsi: Data dari wawancara akan ditranskrip secara verbatim; b) Koding: Peneliti akan membaca transkrip dan dokumen untuk mengidentifikasi tema-tema utama yang muncul; c) Pengelompokan Tema: Tema-tema yang serupa akan dikelompokkan untuk memudahkan analisis lebih lanjut; d) Interpretasi Data: Peneliti akan menginterpretasikan data untuk menjelaskan hubungan antara tema yang ditemukan dan konteks sengketa klaim.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) adalah Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial yang dibentuk pemerintah untuk memberikan jaminan kesehatan untuk masyarakat. Lembaga ini adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional. (Dewi, 2020) Hak pasien sebenarnya merupakan hak yang berasal dari hak dasar individual, the right of self determination, atau *zelfbeschikkingsrecht*. Hak, dalam Black's Law Dictionary 7th ed, berarti sebagai right yang mengandung beberapa antara lain hak alami (*natural right*), hak politik (*political right*), serta hak pribadi (*civil right*) (Helmi, 2010).

BPJS Kesehatan dalam menjalankan programnya sebagaimana yang diharapkan pemerintah Indonesia sebagai badan hukum yang menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional. BPJS Kesehatan tidak dapat memberi pelayanan kesehatan secara langsung kepada peserta program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Oleh karena itu BPJS Kesehatan menjalin kerjasama dengan fasilitas kesehatan seperti klinik dan rumah sakit dan Undang-undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mengamanatkan manfaat jaminan kesehatan diberikan pada faskes yang menjalin kerjasama dengan BPJS dengan perjanjian tertulis (Muslani, 2019).

Tugas utama BPJS Kesehatan adalah menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi warga negara Indonesia. Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai kebutuhan medis yang diperlukan. Pelaksanaan jaminan kesehatan, BPJS dalam melaksanakan fungsi, tugas dan kewenangan atribusi. Hal ini adalah kewenangan yang dikembangkan dan berasal dari Undang-Undang di atasnya.

Implementasi perjanjian kerjasama antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan terdapat permasalahan yang penulis temui, yaitu keterlambatan pembayaran klaim BPJS Kesehatan kepada Rumah Sakit. Apabila melihat Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013, Pasal 13 menjelaskan bahwa keterlambatan pembayaran iuran oleh peserta BPJS Kesehatan akan dikenai sanksi, baik sanksi administratif maupun sanksi denda. pada akhirnya melalui sidang di Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) dinyatakan tarif iuran BPJS Kesehatan dinaikkan 100% untuk seluruh kelas (Suryono, 2020).

Keterlambatan pembayaran klaim BPJS Kesehatan dalam perjanjian kerjasama ini, bukan hal yang biasa. Pelaksanaan perjanjian Kerjasama berlandaskan pada sebuah hak dan kewajiban masing-masing pihak sekaligus peraturan-peraturan yang terkait sehingga dalam pelaksanaannya tidak boleh melanggar kesepakatan yang telah dibuat. Salah satu klausul yang terdapat dalam perjanjian kerjasama tersebut adalah terkait pembayaran untuk mengganti seluruh biaya operasional yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan (Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan). BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang sudah diberikan dengan paling lambat 15 (lima belas) hari kerja setelah melengkapi berkas klaim dan diterima serta dinyatakan benar. Permasalahan yang seringkali terjadi adalah BPJS Kesehatan terlambat membayar klaim sebagai bentuk pengganti biaya yang telah dikeluarkan oleh rumah sakit kepada pasien atau peserta BPJS yang menerima pelayanan kesehatan.

Keterlambatan pengajuan klaim dipengaruhi oleh beberapa faktor, keterlambatan disebabkan terdapat beberapa masalah koordinasi tim, tidak lengkapnya dokumen serta belum adanya sistem pembayaran, Keterlambatan pengajuan klaim ini juga diakibatkan kurangnya ketelitian dari petugas dalam verifikasi berkas klaim. Banyaknya klaim tertunda terjadi disebabkan oleh banyak hal, salah satunya adalah Sumber Daya Manusia yang belum sesuai. Sumber Daya Manusia merupakan hal terpenting dalam mengimplementasikan tugas dalam bidangnya masing-masing (Notoatmodjo, 2012).

Sengketa dalam konteks hukum dalam hukum kontrak adalah perselisihan yang terjadi antara para pihak karena ada pelanggaran terhadap kesepakatan yang telah ditiadakan dalam suatu masa kontrak, baik Sebagian maupun keseluruhan. Klaim asuransi adalah tuntutan dari pihak tertanggung karena adanya kontrak perjanjian dengan pihak asuransi untuk menjamin pembayaran ganti rugi selama pembayaran premi telah dilakukan oleh pihak tertanggung. (Hartono, 2008) Sengketa klaim merupakan ketidaksesuaian antara BPJS Kesehatan dengan pihak rumah sakit atas klaim berdasarkan berita acara pengajuan klaim. Sengketa klaim

masih sering terjadi dan saat ini sengketa klaim belum diatur dalam regulasi secara detail kedudukan Lembaga independent penyelesaian sengketa klaim sehingga belum ada perlindungan hukum rumah sakit yang telah memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan, suatu organ sama dengan DJSN, yang secara tekstual dalam konstitusi tidak disebutkan, begitu juga secara fungsinya. Namun, dengan berdasarkan penyusunan Pasal 34 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia yang menentukan bahwa “Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pasal ini diatur dalam Undang-Undang,” maka terbentuknya BPJS Kesehatan selaku organ yang dibentuk oleh negara melalui Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 masih tetap berlaku maupun Undang-Undang yang baru sebagai penggantinya yang tidak menghapus BPJS Kesehatan Atas dasar amanat ketentuan pasal 34 ayat (4) Undang -Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dan berlaku Undang-undang nomor 24 Tahu 2011 BPJS maka BPJS Kesehatan selaku salah satu organ untuk mencapai tujuan negara tentu juga dapat melaksanakan “ Kewenangan mengatur maka dalam hal ini BPJS Kesehatan menerbitkan peraturan tentu dapat dipahami bahwa BPJS Kesehatan selaku salah satu organ yang dibentuk oleh negara dengan Undang - Undang tentu juga mempunyai “kewenangan mengatur”.

Pada konteks BPJS Kesehatan ini, tidak dituliskan bahwa BPJS Kesehatan memiliki kewenangan mengatur tentu ada dasar yuridisnya. Hal ini didasarkan pada ketentuan Pasal 9 ayat (1), Pasal 10, Pasal 11 Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 BPJS, maka “secara atributif” BPJS Kesehatan sesungguhnya tidak “dikonstruksi” sebagai organ “regulator” atau tidak dikonstruksi sebagai organ yang fungsinya memiliki kewenangan mengatur sebagai organ penyelenggara. Secara atributifnya demikian sebagaimana dimaksud dalam ketiga pasal di Undang-undang 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, pada pasal 9 yang berbunyi sebagai berikut: 1) Fungsi BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan Kesehatan; 2) BPJS Ketenagakerjaan sebagaimana dimaksud dalam pasal 5 ayat (2) huruf b berfungsi menyelenggarakan program jamina kecelakaan kerja, program jaminan kematian, program jaminan pensiun, dan jaminan hari tua.

Jika “secara Atributif” berdasarkan ketentuan Pasal 9, Pasal 10 dan Pasal 11 Undang-undang No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS tersebut, BPJS Kesehatan sesungguhnya tidak “dikonstruksi” sebagai organ regulator atau tidak dikonstruksi sebagai organ yang fungsinya memiliki “kewenangan mengatur” dan secara atributifnya hanya dikonstruksi sebagai organ organ operator, sebagai organ penyelenggara, meskipun dipahami bahwa berdasar uraian penjelasan tentang kekuasaan (*power*) yang dalam konteks kewenangan mengatur berupa pembentukan dan pemberlakuan peraturan, terkait peraturan ini maka konteks hukumnya pada dasarnya hanya berlaku untuk internal BPJS Kesehatan.

Dalam Hal peraturan yang dibentuk dan diberlakukan oleh BPJS Kesehatan dan juga berlaku untuk eksternal maka peraturan tersebut harus peraturan yang materi muatannya secara “delegatif” memang diperintahkan oleh Undang- Undang dan /atau diperintahkan oleh peraturan perundang- undangan dibawah Undang-Undang, artinya “kewenangan mengatur” secara delegatif ini maka berikut ini dikemukakan normatifnya yang berdasarkan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS, yang memberikan kewenangan mengatur secara delegatif kepada BPJS Kesehatan.

Dalam hal ini “kewenangan mengatur” secara delegatif sebagaimana ditentukan dalam Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang BPJS. Sedangkan untuk Kewenangan mengatur secara delegatif berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan dibawah Undang-Undang maka tentu dapat dicermati di masing-masing peraturan perundang-undangan dibawah undang-undang maka tentu dapat dicermati di masing- masing peraturan perundang-undangan dibawah undang-undang maka tentu dapat dicermati di masing-masing peraturan perundang-undangan yang memberikan pendelegasian kewenangan mengatur kepada BPJS Kesehatan. (Mulhadi., 2017)

Selain itu, penting juga untuk dipahami bahwa meskipun BPJS Kesehatan mendapatkan amanat berdasarkan ketentuan peraturan perundang undangan dibawah Undang-Undang maka tentu dapat dicermati di masing-masing peraturan perundang-undangan yang memberikan pendelegasian kewenangan mengatur BPJS Kesehatan. Untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas, namun bukan berarti “otomatis” BPJS Kesehatan juga memiliki “kewenangan mengatur”, hal ini dikarenakan penting diingat juga tugas dan fungsi Kementrian Kesehatan sebagai “regulator” di bidang Kesehatan. BPJS Kesehatan hanya diberikan amanat secara jelas dan tegas untuk mengembangkan dan tidak berarti otomatis dipahami juga menerima amanat untuk “kewenangan” antar organ menjadi penting untuk dijaga agar tujuan negara menjadi lancar tercapainya sehingga energi, biaya, dan waktu negara tidak dihabiskan hanya untuk mendamaikan antar organ, termasuk mendamaikan akibat kebijakan organ organ tersebut.

Memperhatikan dengan pengaturan tersebut diatas, untuk penyelesaian batas sengketa klaim rumah sakit oleh BPJS Kesehatan tidak diatur dalam peraturan perundang undangan berapa Batasan waktu

penyelesaian dan sanksi kepada penjamin bila tidak diselesaikan secepatnya bila batasan kadaluarsa klaim 6 (enam) bulan akan merugikan rumah sakit

Pengajuan Klaim oleh Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan memastikan apakah klaim yang diajukan sesuai dengan pelayanan dan yang diberikan kepada pasien dan memenuhi persyaratan administrasi klaim. Pada proses verifikasi klaim oleh verifikator BPJS Kesehatan dapat terjadi pending klaim *dispute* klaim, Untuk klaim *dispute* diperlukan penyelesaian secepatnya oleh BPJS karena akan berdampak terjadi gangguan arus kas Rumah Sakit. Dari uraian di atas, maka jelaslah bahwa tanggung jawab hukum BPJS Kesehatan terhadap kewajiban pembayaran klaim rumah sakit atau *provider* adalah sebuah tanggung jawab yang diamanahkan secara sangat jelas oleh Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Tanggung jawab hukum ini bila tidak dipenuhi, tentu saja dapat berkonsekuensi hukum baik hukum pidana, hukum perdata maupun hukum administrasi negara. Dalam hal BPJS mengabaikan tanggung jawab hukum dalam pembayaran klaim rumah sakit maka tanggung jawab hukum ini dapat digugat karena BPJS Kesehatan telah melakukan wanprestasi. (Gifari, 2019)

Untuk memberikan pemahaman yang lebih komperhensif mengenai kontrak maka berikut ini dikemukakan uraian pembahasan yang menjelaskannya. Pertama, bahwa dalam memahami pengertian kontrak atau perjanjian, dasar hukum atau hukum positif digunakan adalah norma hukum yang terdapat dalam Pasal 1313 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, yang berbunyi “Suatu perjanjian adalah suatu perbuatan dengan mana satu orang atau lebih mengikatkan dirinya terhadap satu orang lain atau lebih.

Terkait dengan perikatan maka berdasarkan ketentuan Pasal 1233 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata. “Tiap-tiap perikatan dilahirkan baik karena persetujuan, baik karena Undang-Undang, Tentu sumber perikatan itu tidak hanya dari perjanjian (dalam konteks yang sama disebut juga persetujuan) namun juga bersumber dari Undang-Undang. Terhadap hal ini maka untuk menambah pengetahuan lebih lanjutnya maka dalam hal bentuk perjanjian dapat dikemukakan pada umumnya perjanjian tidak terikat kepada suatu bentuk tertentu, dapat dibuat secara lisan atau tertulis. Perjanjian kerjasama dapat digunakan sebagai alat pembuktian apabila terjadi suatu perselisihan. Untuk beberapa perjanjian Undang-Undang menentukan bentuk tertentu maka jika bentuk itu tidak dituruti maka perjanjian itu tidak sah. Dengan demikian, bentuk tertulis tadi tidaklah hanya semata-mata merupakan alat pembuktian saja, akan tetapi merupakan syarat adanya (*Bestaanwaarde*) perjanjian. (Indawati, 2019)

Keempat syarat sahnya suatu perjanjian itu mengandung intisari politis yang mengharuskan bahwa para pihak yang terlibat dalam perjanjian adalah sama dan sederajat serta perjanjian itu dibuat. Perjanjian dibuat oleh seorang yang cakap menurut hukum dengan kejelasan hal yang diperjanjikan dan dibuat sesuai aturan hukum sesuai asas kepatutan, asas kepribadian, atau ketertiban umum. Sistem penyusunan draf perjanjian Kerjasama BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan merupakan satu kesatuan dalam perjanjian, dimulai dengan pembahasan draf perjanjian kerjasama BPJS Kesehatan pusat bersama Asosiasi Fasilitas Kesehatan (asosiasi rumah sakit, asosiasi FKTP, organisasi profesi. Setelah terjadi kesepakatan perjanjian kerja sama akan menjadi acuan seluruh BPJS Kesehatan cabang dalam menjalin kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan menjadi perjanjian baku. (Farodis, 2014)

Isi perjanjian BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit, sudah memuat para pihak diharuskan memenuhi kewajiban sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat, Para pihak mempunyai kewajiban untuk melaksanakan suatu prestasi dari suatu perjanjian yaitu pelaksanaan terhadap hal-hal yang telah diperjanjikan atau yang ditulis dalam satu perjanjian oleh kedua belah pihak.

Isi perjanjian memuat ketentuan yang diatur dalam peraturan Menteri Kesehatan pasal 28 tahun 2014 dan Permenkes No 52 Tahun 2016 tentang Tarif Jaminan Kesehatan Nasional sifatnya baku yang tidak bisa dinegosiasikan oleh Fasilitas Kesehatan di tingkat wilayah dan cabang, dalam hal ini kedua belah pihak wajib mematuhi peraturan perundangan yang sudah ditetapkan meliputi: 1) Hak dan kewajiban; 2) Ruang lingkup dan prosedur pelayanan; 3) Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin; 4) Sistem pembayaran dan Tarif; 5) Mekanisme pembayaran klaim; 6) Berakhirnya perjanjian; 7) Pelanggaran /sanksi; 8) Penyelesaian perselisihan.

Batas waktu penyelesaian sengketa klaim oleh BPJS Kesehatan dalam perjanjian belum diatur, sehingga dalam hal ini yang dirugikan adalah Fasilitas Kesehatan. Perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL, tunduk pada ketentuan-ketentuan umum dari KUHPerdata Buku III Pasal 1338 ayat (1) KUH Perdata, berbunyi “Semua perjanjian yang dibuat secara sah berlaku sebagai undang-undang bagi mereka yang membuatnya”.

Kebebasan yang diberikan tersebut tidak bersifat mutlak, melainkan ada pembatasan yang diatur dalam Pasal 1337 KUHPerdata, yaitu bahwa perjanjian yang dibuat tidak boleh bertentangan dengan undang-undang, kesusilaan dan ketertiban umum. Pelaksanaan perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan

rumah sakit tidak selamanya berjalan dengan baik. Dalam pelaksanaan kerjasama tersebut terdapat keluhan atau kendala baik dari pihak rumah sakit, BPJS Kesehatan maupun dari peserta.

Penting pula untuk dipahami bahwa dalam hukum perjanjian, terdapat beberapa asas hukum perjanjian, yang pokok dan penting. Asas hukum perjanjian, yang pokok ada tiga yaitu asas kebebasan berkontrak, asas konsensualisme, dan asas kekuatan mengikat (*Asas Pacta Sunt Servanda*), sedangkan asas hukum perjanjian, yang penting lainnya yaitu asas kepatutan, asas kepribadian, dan asas itikad baik. Sedangkan segi sifat, prestasi itu berupa prestasi Primair dan prestasi sekunder, adalah dalam hal menunaikan ganti rugi. Dalam, hal dasar hukum dalam pelaksanaannya adalah ketentuan Pasal 1240 dan Pasal 1241 Kitab Undang-Undang hukum Perdata.

Pada akhirnya, perjanjian yang mengindahkan asas hukum perjanjian yang pokok dan penting tersebut akan menjadikan kontrak atau perjanjian itu sah berlaku dan isi kontrak dan perjanjian itu semakin jelas dan mudah dimengerti. Untuk sah berlakunya kontrak atau perjanjian secara jelas dan mudah dimengertinya sangatlah berdasarkan pada kuatnya regulasi. Hal yang dimaksudkan kuatnya regulasi ini yaitu bahwa regulasi itu dibuat untuk memberikan kepastian hukum dan semakin memudahkan dalam pelaksanaannya. Konskuensinya kuatnya regulasi tentu juga menjadikan kontrak atau perjanjian tersebut juga memiliki kepastian hukum para pihak yang sebagai suatu sarana untuk mencapai tujuan yang dikehendaki oleh para pihak dapat berjalan dengan baik, sehingga tidak merugikan dan tidak bertentangan dengan regulasi. Terkait kepastian hukum itu dipahami sebagai akuntabilitas yang tinggi terhadap peraturan Perundang-Undangan. (Selznick, 2021)

Perjanjian baku yang mengatur tentang kerjasama ini memuat ketentuan yang tidak dapat diubah karena sifat perjanjian yang baku, sehingga klausul yang ada berdasarkan kehendak dari pihak yang lebih kuat posisi tawarnya, yaitu BPJS Kesehatan, tetapi dalam pencantuman klausul yang bersifat baku ini, BPJS Kesehatan berpedoman Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014. Klausul baku tersebut meliputi: Hak dan Kewajiban, mengatur hak dan kewajiban masing-masing pihak yaitu pihak pertama adalah BPJS Kesehatan dan pihak kedua adalah Fasilitas Kesehatan, selain itu ada tambahan tentang hak dan kewajiban Peserta BPJS Kesehatan yang dijamin oleh undang-undang

KESIMPULAN

BPJS Kesehatan memiliki kewenangan dan tanggung jawab untuk menyelesaikan klaim Rumah Sakit dalam tempo 15 hari sesuai dengan Pasal 76 Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020. BPJS juga memiliki tanggung jawab untuk menyelesaikan sengketa klaim yang terjadi dengan sebaik-baiknya sesuai dengan semangat BPJS Kesehatan sebagai Badan Hukum Publik. Selain itu, seharusnya perjanjian kerjasama BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan di tingkat pusat dialihkan ke Asosiasi Fasilitas Kesehatan di tingkat wilayah / Kabupaten / Kota dengan mempertimbangkan nilai keekonomian, nilai kepatutan dan BPJS Kesehatan tidak menggunakan kekuasaan sebagai Institusi tunggal namun menggunakan pertimbangan sebagai Badan Hukum Publik

DAFTAR REFERENSI

- Dewi, R. S. (2020). Perlindungan Hukum Terhadap Peserta BPJS Kesehatan Dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit. *Focus Hukum UPMI*, 76.
- Farodis, Z. (2014). *Pintar Asuransi*. Yogyakarta: Laksana.
- Gifari, F. A. (2019). Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 156-166.
- Hamidjojo, B. K. (2008). *Dasar-Dasar Merancang Kontrak*. Jakarta: Gramedia.
- Hartono, S. R. (2008). *Hukum Asuransi dan Perusahaan Asuransi*. Jakarta: Sinar Grafika.
- Helmi, Y. A. (2010). *Hukum Pidana Malpraktik Medik*. Yogyakarta: Andi.
- Indawati, L. (2019). Analisis Akurasi Koding pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap di RSUP Fatmawati Tahun 2016. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 113.
- Lumbanraja, J. K. (2021). Sistem Jaminan Sosial Nasional Bidang Kesehatan Di Era Otonomi Daerah. *Jurnal Kesehatan*, 22-41.
- Maryam, S. (2018). Sistem Jaminan Sosial Nasional Melalui BPJS Kesehatan Dalam Perspektif Hukum Asuransi. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa*, 1-18.
- Miru, A. (2013). *Hukum Kontrak, Perjanjian Kontrak Dan Perancangan KONtrak*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Mulhadi. (2017). *Dasar-Dasar Hukum Asuransi*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Muslani, A. B. (2019). Prinsip Keadilan Dalam Pemenuhan Hak Pasien Penerima Bantuan Iuran BPJS Kesehatan. *Jurnal De Facto*, 234.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Rineka Cipta.

- PERSI. (2019). Refleksi Perjalanan 5 Tahun Era Jaminan Kesehatan Nasional. In B. P. PERSI, *Refleksi Perjalanan 5 Tahun Era Jaminan Kesehatan Nasional* (pp. 1-70). Jakarta: Buku Putih .
- Selznick, P. N. (2021). *Hukum Responsif*. Bandung: Nusa Media.
- Suryono, A. Z. (2020). Perlindungan Hukum Bagi RSUD Dr. Moewardi Surakarta Terhadap Keterlambatan Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan. *Jurnal Privasi Law*, 42.