E-ISSN: 3031-8629
P-ISSN: 3032-3258
Halaman 7425-7446
Volume 3 Nomor 4 Tahun 2026

Pengelolaan Klaim Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit Dalam Pemenuhan Perjanjian Kerja Sama Antara BPJS Kesehatan Dan Rumah Sakit Berdasarkan Asas Itikad Baik Di Kota Pekanbaru

Penulis: [1]Ricky Dharma, [2]Firdaus [3]Maryati Bachtiar

Universitas Riau[123]

Email: rickydharma85@gmail.com, firdaus@lecturer.unri.ac.id, maryati.bachtiar@lecturer.unri.ac.id

ABSTRAK

Pengelolaan klaim pelayanan kesehatan merupakan bagian penting dalam pelaksanaan perjanjian kerja sama antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit. Proses tersebut harus dilaksanakan secara patuh, jujur, dan berdasarkan asas itikad baik untuk menjamin keberlanjutan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Penelitian ini bertujuan menganalisis pelaksanaan pemenuhan perjanjian kerja sama antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit, bentuk wanprestasi dalam pengelolaan klaim, serta akibat hukum terhadap rumah sakit yang tidak memenuhi kewajibannya. Penelitian ini menggunakan pendekatan yuridis sosiologis dengan lokasi penelitian di BPJS Kesehatan Cabang Pekanbaru serta dua Dua Rumah Sakit di Pekanbaru. Sampel ditentukan melalui teknik *purposive sampling* dengan jumlah 23 responden. Data primer diperoleh melalui wawancara, sedangkan data sekunder dikumpulkan melalui studi kepustakaan dan dokumen. Data dianalisis secara kualitatif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara administratif pelaksanaan perjanjian kerja sama pada dasarnya telah berjalan sesuai ketentuan. Namun, pengelolaan klaim belum sepenuhnya efektif karena kompleksitas administrasi serta belum optimalnya Tim Pencegahan Kecurangan dan Tim Verifikasi atau Audit Internal rumah sakit. Kondisi tersebut menyebabkan lemahnya pengendalian terhadap kelengkapan dokumen, ketepatan pengodean, dan kesesuaian pelayanan dengan indikasi medis. Ditemukan ketidaksesuaian klaim berupa *upcoding* dan *overutilization* yang mengakibatkan pengembalian kelebihan pembayaran sebesar Rp260.807.200 oleh salah satu Rumah Sakit yang ada di Pekanbaru dan Rp771.093.100 oleh Rumah Sakit kedua. Belum optimalnya pengawasan internal tersebut menunjukkan tidak terpenuhinya kewajiban kehati-hatian dan dapat dikualifikasikan sebagai wanprestasi serta pelanggaran asas itikad baik. Akibat hukum yang timbul terutama berupa pengembalian kelebihan pembayaran klaim, peningkatan pengawasan, dan pemberian teguran

sesuai perjanjian kerja sama. Oleh karena itu, rumah sakit perlu memperkuat fungsi pencegahan kecurangan dan audit internal secara aktif, independen, dan berkelanjutan untuk menjamin kepatuhan serta validitas klaim.

Kata Kunci : BPJS Kesehatan, rumah sakit, pengelolaan klaim, wanprestasi, itikad baik.

LATAR BELAKANG

Pengelolaan klaim pelayanan kesehatan merupakan bagian dari pemenuhan hak dan kewajiban dalam perjanjian kerja sama antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit. Rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan yang sesuai kebutuhan medis serta mengajukan tagihan yang dapat dipertanggungjawabkan, sedangkan BPJS Kesehatan berkewajiban memverifikasi dan membayar klaim yang memenuhi ketentuan. Hubungan tersebut menentukan kesinambungan pelayanan peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), karena pembayaran klaim menjadi salah satu sumber pembiayaan operasional rumah sakit. Persoalan klaim karena itu tidak cukup dipahami sebagai masalah kelengkapan administrasi, tetapi juga sebagai persoalan kepatuhan kontraktual, kejujuran, dan perlindungan kepentingan peserta.

Landasan penyelenggaraan jaminan kesehatan terdapat dalam Pasal 28H ayat (1) dan ayat (3), serta Pasal 34 ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Ketentuan tersebut menempatkan pelayanan kesehatan dan jaminan sosial sebagai hak yang harus diwujudkan melalui sistem yang dapat dijangkau masyarakat. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional memberikan dasar penyelenggaraan jaminan kesehatan berdasarkan prinsip asuransi sosial dan ekuitas. Selanjutnya, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menjadi dasar kelembagaan BPJS Kesehatan dalam menyelenggarakan program tersebut.[1]

BPJS Kesehatan menjalankan fungsi penjaminan melalui kerja sama dengan fasilitas kesehatan, termasuk rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Perjanjian kerja sama mengatur ruang lingkup pelayanan, persyaratan klaim, hak dan kewajiban para pihak, pemeriksaan dokumen, pembayaran, serta penyelesaian ketidaksesuaian. Kontrak ini menghubungkan tanggung jawab penyedia pelayanan dengan

[1] Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Pasal 28H ayat (1) dan ayat (3), serta Pasal 34 ayat (2); Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004, Pasal 19; Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011.

tanggung jawab pengelola dana jaminan sosial. Meskipun dibentuk melalui kesepakatan para pihak, pelaksanaannya mempunyai dimensi kepentingan publik karena menyangkut dana program dan akses peserta terhadap pelayanan. Ketidakpatuhan salah satu pihak dapat memengaruhi kepentingan pihak lain serta keberlangsungan layanan kepada masyarakat.

Dalam pelayanan rujukan, pembayaran melalui *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) menggunakan pendekatan paket berbasis kelompok kasus. Ketepatan diagnosis, tindakan, dan dokumentasi medis berpengaruh terhadap hasil pengelompokan serta nilai klaim. Dengan demikian, proses pengodean harus mencerminkan pelayanan yang benar-benar diberikan dan didukung rekam medis. Ketidaktepatan pengodean dapat mengakibatkan perbedaan tarif, permintaan klarifikasi, atau koreksi pembayaran. Pedoman INA-CBG dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 menjadi acuan untuk menilai kesesuaian pengodean tersebut, sehingga kemampuan administratif perlu berjalan bersama pemahaman klinis dan kepatuhan terhadap pedoman.[2]

Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 mengatur pengelolaan administrasi klaim, termasuk persyaratan pengajuan, pemeriksaan kelengkapan, verifikasi, pembayaran, dan audit administrasi klaim. Pengajuan klaim secara kolektif memerlukan dokumen umum serta bukti pendukung pelayanan. Pemenuhan persyaratan tersebut memberi dasar bagi BPJS Kesehatan untuk menilai tagihan dan bagi rumah sakit untuk memperoleh pembayaran. Namun, kelengkapan berkas secara formal belum selalu menunjukkan bahwa isi klaim telah sesuai dengan keadaan medis. Karena itu, pemeriksaan sebelum pengajuan dan evaluasi setelah pembayaran mempunyai fungsi yang saling melengkapi dalam memastikan kebenaran klaim.[3]

Penelitian terdahulu memperlihatkan bahwa masalah klaim berkaitan dengan dokumentasi dan koordinasi pengelolaan pelayanan. Maulida dan Djunawan menemukan bahwa *pending claim* di Rumah Sakit Universitas Airlangga berhubungan dengan berkas yang tidak lengkap, ketidaktepatan *coding*, kekurangan pemeriksaan penunjang, dan bukti terapi. Temuan

[2] Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan, Lampiran, Bab II dan Bab III.

[3] Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, Pasal 18, Pasal 30–32, dan Pasal 38–39.

tersebut menunjukkan bahwa perbaikan pengajuan klaim tidak dapat dibebankan hanya kepada petugas penagihan. Informasi yang disiapkan dokter, petugas rekam medis, dan unit penunjang menentukan kualitas berkas sejak awal.[4]

Penelitian Apna mengenai klaim *pending* di Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan menempatkan ketidaksesuaian resume medis, konfirmasi pengodean, dan administrasi sebagai persoalan utama. Studi tersebut juga menyoroti sumber daya, komunikasi antarunit, serta fungsi pengawasan organisasi. Sementara itu, Yusti menunjukkan bahwa penelaahan pemanfaatan CT Scan Simulator dapat mengungkap ketidaksesuaian penagihan yang relevan bagi audit administrasi klaim. Kedua penelitian ini memperkuat kebutuhan untuk menghubungkan pemeriksaan dokumen dengan penilaian substansi pelayanan. Pengawasan klaim perlu menilai alasan medis dan dasar penagihan, selain memastikan tersedianya formulir atau lampiran yang diwajibkan.[5]

Kajian mengenai perjanjian BPJS Kesehatan dengan RSUP Dr. Mohammad Hoesin juga memperlihatkan pentingnya hubungan kontraktual dalam penyelenggaraan pelayanan JKN. Akan tetapi, pembahasan mengenai hubungan kerja sama perlu dilanjutkan pada cara kewajiban kontraktual dijalankan dalam kegiatan pengelolaan klaim sehari-hari. Dalam konteks Pekanbaru, hal ini menjadi relevan karena penelitian pada Dua Rumah Sakit di Pekanbaru menemukan ketidaksesuaian klaim sekaligus kelemahan pelaksanaan pengawasan internal. Persoalannya bukan semata-mata keberadaan perjanjian, melainkan kemampuan organisasi rumah sakit untuk menjamin bahwa setiap pengajuan memenuhi kewajiban yang telah disepakati.[6]

Asas itikad baik menjadi dasar untuk menilai hubungan tersebut. Pasal 1338 ayat (1) KUHPerdata menegaskan kekuatan mengikat perjanjian yang dibuat secara sah, sedangkan

[4] Erlia Safa Maulida dan Achmad Djunawan, "Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga," Media Kesehatan Masyarakat Indonesia 21, no. 6 (2022): 374–379, doi:10.14710/mkmi.21.6.374-379.

[5] Risa De Apna, Analisis Penyebab Klaim Pending Rawat Inap Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan Tahun 2022 (Tesis, Universitas Indonesia, 2023); Rahayu Triana Yusti, "Inefficiency CT Scan Simulator Billing," Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional 4, no. 1 (2024): 77–84, doi:10.53756/jjkn.v4i1.192.

[6] Febri Murtiningtias, Zulkarnain Ibrahim, dan M. Ridwan, "Perjanjian Kerjasama antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dengan RSUP Dr. Mohammad Hoesin dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan," Lex LATA 3, no. 1 (2021), doi:10.28946/lexl.v3i1.841.

ayat (3) mewajibkan pelaksanaannya dengan itikad baik. Pasal 1339 melengkapi pengaturan itu dengan mengaitkan isi perjanjian pada kepatutan, kebiasaan, dan undang-undang. Pada pengelolaan klaim, itikad baik tercermin dalam kebenaran dokumen, kehati-hatian memilih kode, keterbukaan memberikan penjelasan, serta kesediaan memperbaiki kesalahan. Kewajiban yang sama mengharuskan BPJS Kesehatan memeriksa klaim secara konsisten dan memberi alasan yang dapat dipahami atas hasil verifikasinya.[7]

Temuan kelebihan pembayaran pada dua rumah sakit menunjukkan adanya persoalan yang perlu ditelaah melalui hukum perikatan dan keadilan korektif. Di satu sisi, rumah sakit tidak berhak mempertahankan pembayaran yang melampaui haknya. Di sisi lain, pemeriksaan dan pemulihan pembayaran harus tetap memperhitungkan pelayanan yang sah serta memberi kesempatan klarifikasi. Penilaian hukum juga perlu membedakan kesalahan yang masih dapat diperbaiki, kegagalan memenuhi kewajiban kontraktual, dan dugaan kecurangan. Pembedaan ini diperlukan agar status klaim *pending* tidak langsung dianggap sebagai bukti wanprestasi atau ketidakjujuran tanpa pemeriksaan penyebab serta tanggung jawab para pihak.

Berdasarkan persoalan tersebut, penelitian ini bertujuan menganalisis pemenuhan perjanjian kerja sama dalam pengelolaan klaim pelayanan kesehatan di Kota Pekanbaru, mengidentifikasi bentuk wanprestasi rumah sakit, serta menjelaskan akibat hukumnya berdasarkan asas itikad baik. Pembahasan diarahkan pada dua pokok, yaitu pelaksanaan pengelolaan klaim dan pengendalian internal, serta hubungan ketidaksesuaian klaim dengan wanprestasi dan pemulihan hak para pihak. Kontribusi penelitian terletak pada pengaitan praktik pengelolaan klaim dengan ukuran pemenuhan prestasi, sehingga rekomendasi perbaikan tidak berhenti pada administrasi, tetapi mencakup pertanggungjawaban dan keseimbangan hubungan kontraktual.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian hukum yuridis sosiologis yang menelaah pelaksanaan ketentuan hukum dalam praktik pengelolaan klaim pelayanan kesehatan. Pendekatan ini digunakan untuk menghubungkan norma perjanjian, ketentuan administrasi klaim, dan asas itikad baik dengan perilaku serta mekanisme kerja para pihak. Analisis tidak hanya menilai

[7] Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, Pasal 1338 ayat (1) dan ayat (3), serta Pasal 1339.

isi pengaturan, tetapi juga pelaksanaan kewajiban rumah sakit dan BPJS Kesehatan, terutama dalam penyiapan dokumen, pengodean, pemeriksaan internal, verifikasi, pembayaran, serta tindak lanjut koreksi klaim. Penggunaan pendekatan tersebut memungkinkan identifikasi kesenjangan antara kewajiban yang diperjanjikan dan pelaksanaannya dalam organisasi.[8]

Penelitian lapangan dilakukan pada BPJS Kesehatan Cabang Pekanbaru, dua Rumah Sakit di Pekanbaru. Pemilihan lokasi mempertimbangkan hubungan kerja sama dalam penyelenggaraan JKN, pengalaman pengelolaan klaim, volume pelayanan, serta adanya persoalan klaim yang relevan dengan fokus penelitian. Penentuan informan menggunakan *purposive sampling*, yaitu memilih pihak yang mengetahui dan terlibat langsung dalam proses yang diteliti. Informan mencakup pengelola penjaminan manfaat rujukan, verifikator klaim BPJS Kesehatan, kepala unit pengelola klaim, serta petugas pengelola klaim pada kedua rumah sakit.

Data primer diperoleh melalui wawancara mengenai alur kerja, pembagian kewenangan, kelengkapan berkas, pengodean diagnosis dan tindakan, fungsi tim pencegahan kecurangan, serta pelaksanaan verifikasi atau audit internal. Data sekunder diperoleh melalui studi kepustakaan dan dokumen, meliputi ketentuan perundang-undangan, perjanjian kerja sama, dokumen pengelolaan klaim, laporan pembayaran, dan informasi mengenai koreksi kelebihan pembayaran. Dokumen digunakan untuk menempatkan keterangan informan dalam konteks kewajiban para pihak. Data mengenai dua rumah sakit menjadi dasar uraian praktik, sedangkan laporan tingkat cabang digunakan sesuai cakupan kelembagaannya.

Bahan hukum yang digunakan meliputi KUHPerdata, pengaturan sistem jaminan sosial dan BPJS, Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 beserta perubahannya, Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018, serta Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021. Ketentuan tersebut dibaca bersama klausul perjanjian mengenai kebenaran dokumen, pemeriksaan klaim, koreksi pembayaran, dan sanksi. Kerangka analisis bertumpu pada teori perikatan untuk mengidentifikasi prestasi, asas itikad baik untuk menilai pelaksanaan kewajiban, dan keadilan korektif untuk menilai pemulihan akibat kelebihan pembayaran.

[8] Burhan Asshofa, Metode Penelitian Hukum (Jakarta: Rineka Cipta, 2010), hlm. 79.

Pembahasan konseptual digunakan untuk menjelaskan temuan, bukan menggantikan bukti mengenai pelaksanaannya.

Data dianalisis secara kualitatif melalui pemeriksaan dan penyusunan keterangan secara sistematis, kemudian dihubungkan dengan norma serta konsep hukum yang relevan. Penilaian diarahkan pada hubungan antara kewajiban yang ditetapkan, tindakan yang dilaksanakan, bentuk ketidaksesuaian, dan akibat yang timbul. Angka pembayaran digunakan secara deskriptif, tanpa pengujian statistik atau penarikan kesimpulan sebab akibat berdasarkan besaran nominal semata. Karena lokasi dipilih secara purposif dan terbatas pada dua rumah sakit, hasil penelitian menggambarkan praktik pada lokasi yang diteliti dan tidak dimaksudkan sebagai ukuran prevalensi pelanggaran pada seluruh rumah sakit di Pekanbaru.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1 Pengelolaan Klaim Pelayanan Kesehatan dalam Pemenuhan Perjanjian Berdasarkan Asas Itikad Baik

Hubungan kerja sama antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit menimbulkan prestasi yang saling berkaitan. Rumah sakit memberikan pelayanan, menyusun rekam medis, menentukan kode berdasarkan dokumentasi, dan mengajukan klaim yang benar. BPJS Kesehatan menerima serta memeriksa klaim, menetapkan kelayakannya, dan melakukan pembayaran sesuai ketentuan. Mengacu pada Pasal 1233 dan Pasal 1234 KUHPerdata, hubungan tersebut mengandung kewajiban memberikan sesuatu, melakukan sesuatu, dan tidak melakukan tindakan yang dilarang. Pemenuhan prestasi rumah sakit karena itu tidak selesai pada pemberian pelayanan, melainkan juga mencakup pertanggungjawaban administratif dan substantif atas tagihan yang diajukan.[9]

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kedua rumah sakit telah memiliki alur pengelolaan klaim dan menjalankan pengajuan kepada BPJS Kesehatan. Struktur formal ini memperlihatkan bahwa pelaksanaan kerja sama pada dasarnya telah berlangsung. Meskipun demikian, keberadaan alur, petugas, dan dokumen pernyataan belum menjamin efektivitas pengawasan. Persoalan utama ditemukan pada konsistensi pemeriksaan

[9] Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, Pasal 1233 dan Pasal 1234; Subekti, Hukum Perjanjian (Jakarta: Intermasa, 2008).

sebelum pengajuan, ketepatan pengodean, dan penilaian kesesuaian pelayanan dengan indikasi medis. Dengan demikian, ukuran kepatuhan perlu mencakup kualitas proses dan hasil pemeriksaan, bukan hanya keberadaan prosedur tertulis atau tersampaikannya berkas klaim setiap bulan.

Pengelolaan klaim dimulai sejak pelayanan diberikan. Pada rawat jalan, identitas dan kepesertaan pasien diperiksa, pelayanan dicatat, diagnosis serta tindakan ditetapkan oleh tenaga medis yang berwenang, dan bukti pelayanan dihimpun untuk pengajuan klaim. Pada rawat inap, pencatatan mencakup perjalanan perawatan, tindakan, pemeriksaan penunjang, dan resume medis pada akhir episode pelayanan. Dokumen tersebut menjadi penghubung antara tindakan klinis dan tagihan. Apabila informasi medis tidak lengkap, tim pengelola klaim menghadapi kesulitan menentukan kode atau menjawab pertanyaan verifikator meskipun pelayanan telah diberikan kepada pasien.

Pada Rumah Sakit pertama, penyiapan klaim dikelola tim *casemix* melalui pengumpulan berkas, pemeriksaan administrasi, pengodean, pemeriksaan internal, dan pengajuan oleh bagian keuangan. Berdasarkan keterangan pengelola, proses dimulai pada hari setelah pelayanan selesai dan administrasi pelayanan ditutup. Berkas yang telah dikumpulkan diperiksa kelengkapannya sebelum diteruskan kepada koder. Setelah tahapan internal, pengajuan dilengkapi dokumen administrasi, termasuk kuitansi, Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak, dan pernyataan pemeriksaan oleh tim pencegahan kecurangan. Rangkaian tersebut memperlihatkan bahwa rumah sakit telah membagi proses menjadi beberapa tahapan pemeriksaan.[10]

Kelemahan di Rumah Sakit pertama terletak pada pemisahan fungsi pemeriksaan. Penelitian menemukan bahwa fungsi verifikasi atau audit internal masih terintegrasi dalam tim *casemix*, sehingga pemeriksaan berpotensi dilakukan atas pekerjaan unit yang sama. Keadaan ini membatasi independensi penilaian dan dapat mengurangi kemampuan menemukan kesalahan yang telah dianggap rutin dalam proses pengajuan. Persoalannya tidak harus diselesaikan dengan menambah banyak unit, tetapi dengan memastikan pemisahan peran penyusun dan pemeriksa, kewenangan koreksi yang jelas, serta pelaporan

[10] Data penelitian, wawancara tim casemix Rumah Sakit Syafira Pekanbaru mengenai pengumpulan berkas, pengodean, dan pengajuan klaim.

temuan kepada pihak yang dapat mengambil tindakan perbaikan.

Rumah Sakit pertama telah membentuk tim pencegahan kecurangan yang melibatkan unsur komite medis, auditor internal, koder, dan keuangan. Tugasnya mencakup deteksi dini, sosialisasi kebijakan, peningkatan kemampuan petugas, serta monitoring dan evaluasi. Akan tetapi, keterangan informan menunjukkan bahwa analisis data klaim dan pelaksanaan fungsi tersebut belum dilakukan secara rutin. Keberadaan tim belum sepenuhnya menghasilkan pengawasan yang aktif sebelum klaim dikirim. Dengan demikian, terdapat jarak antara penugasan formal dan pelaksanaan substantif yang berpengaruh pada kemampuan rumah sakit menjamin kebenaran pengajuan.[11]

Pada Rumah Sakit kedua, pengelolaan klaim juga menjadi tanggung jawab tim *casemix*. Berkas pelayanan dan dokumen penunjang dikumpulkan, diperiksa, kemudian dikodekan setelah pelayanan selesai. Apabila ditemukan kekurangan, petugas melakukan pelengkapan sebelum dokumen dipindai dan disampaikan melalui sarana pengiriman yang disediakan. Klaim selanjutnya diajukan dengan kuitansi, pernyataan tanggung jawab direktur, serta pernyataan pemeriksaan tim pencegahan kecurangan. Keterangan penelitian menunjukkan bahwa petugas telah menerima pelatihan mengenai pengajuan dan pengodean. Namun, pelatihan tersebut belum secara otomatis membentuk mekanisme pemeriksaan yang konsisten pada setiap klaim.[12]

Tim pencegahan kecurangan Rumah Sakit kedua melibatkan unsur manajemen, komite medis, dan keuangan, tetapi pelaksanaan deteksi dini serta evaluasi masih belum optimal. Penelitian juga menemukan belum tersedianya tim audit internal khusus yang secara terarah memeriksa pengelolaan klaim dan kepatuhan terhadap ketentuan JKN. Fungsi yang dikaitkan dengan komite medis lebih menonjol dalam kegiatan kredensialing. Karena objek kredensialing berbeda dari pemeriksaan tagihan, fungsi tersebut belum cukup untuk memastikan bahwa pengodean dan pemanfaatan pelayanan telah diperiksa secara berkelanjutan sebelum diajukan kepada BPJS Kesehatan.[13]

[11] Data penelitian, wawancara kepala unit casemix Rumah Sakit Syafira mengenai tim pencegahan kecurangan dan fungsi verifikasi atau audit internal.

[12] Data penelitian, wawancara tim casemix Rumah Sakit kedua Pekanbaru mengenai proses pengajuan klaim dan pelatihan petugas.

[13] Data penelitian, wawancara kepala unit casemix Rumah Sakit kedua mengenai pelaksanaan pencegahan kecurangan dan pemeriksaan internal.

Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak mempunyai hubungan langsung dengan pertanggungjawaban tersebut. Dokumen ini menyatakan kebenaran berkas dan kesediaan mengembalikan kelebihan pembayaran apabila ditemukan ketidaksesuaian. Oleh sebab itu, penandatanganan seharusnya merupakan hasil dari pemeriksaan yang dapat ditelusuri. Apabila dokumen hanya disiapkan untuk memenuhi daftar persyaratan, jaminan yang dinyatakan tidak disertai proses pengujian yang memadai. Dalam perspektif itikad baik objektif, yang dinilai ialah kewajaran tindakan rumah sakit untuk memastikan kebenaran klaim, termasuk bagaimana direksi memperoleh keyakinan sebelum menyatakan tanggung jawab institusi.[14]

Temuan mengenai klaim *pending* memperlihatkan tiga kelompok persoalan, yaitu ketidaklengkapan administrasi, kesalahan pengodean, dan kebutuhan konfirmasi indikasi medis. Kekurangan administrasi dapat berupa resume yang belum ditandatangani atau hasil pemeriksaan penunjang yang belum dilampirkan. Persoalan kode membutuhkan penelaahan hubungan antara diagnosis, tindakan, dan aturan pengelompokan. Konfirmasi medis memerlukan penjelasan dari tenaga yang menangani pasien. Ketiga kelompok ini membutuhkan tindak lanjut berbeda. Penyelesaian yang hanya berfokus pada pengiriman ulang berkas berisiko tidak menyelesaikan pertanyaan substantif yang menyebabkan klaim tertunda.

Pola tersebut sejalan dengan temuan penelitian terdahulu mengenai dokumentasi, pengodean, dan komunikasi antarunit. Namun, hasil penelitian di Pekanbaru menambahkan dimensi kelembagaan: pengawasan internal yang kurang aktif memungkinkan persoalan berulang meskipun petugas telah memperoleh pelatihan. Implikasinya, perbaikan kompetensi perlu dihubungkan dengan pembagian tanggung jawab dan pemeriksaan hasil kerja. Koder memerlukan akses pada klarifikasi dokter, unit rekam medis memastikan kelengkapan, dan pemeriksa internal menilai konsistensi data sebelum pengajuan. Hubungan antarperan tersebut menentukan apakah pengetahuan teknis dapat menghasilkan klaim yang memenuhi kewajiban kontraktual.

Di pihak BPJS Kesehatan, penerimaan dan pemeriksaan klaim perlu dibedakan dari

[14] Perjanjian Kerja Sama antara BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit Tahun 2023, Pasal 8 ayat (1), mengenai tanggung jawab kebenaran dokumen klaim.

pembayaran klaim yang telah dinyatakan lengkap serta layak. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 mengatur penerbitan berita acara kelengkapan berkas, proses verifikasi, dan batas pembayaran kepada fasilitas rujukan. Pasal 32 menetapkan pembayaran paling lambat 15 hari sejak berita acara kelengkapan berkas diterbitkan atau sejak klaim otomatis dinyatakan lengkap sesuai ketentuan. Pembedaan tahapan ini penting untuk menentukan kapan kewajiban pembayaran jatuh tempo dan apakah tertundanya suatu tagihan berkaitan dengan kekurangan berkas atau keterlambatan pemenuhan kewajiban.[15]

Laporan ketepatan pembayaran FKRTL tahun 2025 yang disajikan dalam data penelitian mencatat rata-rata waktu pembayaran Cabang Pekanbaru sebesar 13,61 hari, dengan standar waktu layanan 15 hari. Nilai pengajuan dan pembayaran pada baris Cabang Pekanbaru tercatat sama, yaitu Rp2.160.454.696.796, serta diberi keterangan pembayaran tepat waktu. Informasi tersebut mendukung penilaian bahwa indikator pembayaran tingkat cabang berada dalam standar pada laporan itu. Namun, indikator agregat tidak menggantikan pemeriksaan setiap klaim dan tidak dengan sendirinya menjelaskan lama penyelesaian seluruh berkas *pending* di dua rumah sakit.[16]

Tabel 2 Indikator pembayaran FKRTL Cabang Pekanbaru tahun 2025

Indikator	Nilai atau keterangan
Total pengajuan pembayaran klaim	Rp2.160.454.696.796
Total klaim dibayarkan	Rp2.160.454.696.796
Standar waktu layanan pembayaran	15 hari
Rata-rata waktu pembayaran	13,61 hari
Keterangan pada laporan	Pembayaran tepat waktu

[15] Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018, Pasal 30–32. Batas pembayaran pada Pasal 32 adalah 15 hari, dengan ketentuan khusus apabila jatuh pada hari libur.

[16] BPJS Kesehatan, Ketepatan Pembayaran Klaim FKRTL Tahun 2025, baris Cabang Pekanbaru, sebagaimana disajikan dalam dokumen penelitian.

Sumber: Laporan Ketepatan Pembayaran Klaim FKRTL Tahun 2025, baris Cabang Pekanbaru. Cakupan data adalah tingkat cabang, bukan rincian dua rumah sakit.

Keluhan mengenai lamanya penyelesaian klaim tetap perlu diperhatikan karena proses klarifikasi dapat memengaruhi arus kas rumah sakit. Akan tetapi, lamanya keseluruhan proses sejak pelayanan tidak identik dengan keterlambatan pembayaran setelah syarat pembayaran terpenuhi. Penentuan tanggung jawab memerlukan penelusuran tanggal pengajuan, pemberitahuan kekurangan, kelengkapan berkas, penetapan kelayakan, dan pembayaran. Dengan membedakan tahap tersebut, penilaian tidak langsung menyimpulkan adanya wanprestasi BPJS Kesehatan dari banyaknya klaim *pending*. Berdasarkan data pembayaran yang tersedia, penelitian ini belum memperoleh dasar yang memadai untuk menyatakan wanprestasi berupa keterlambatan pembayaran oleh BPJS Kesehatan.

Asas itikad baik tetap mengharuskan BPJS Kesehatan menjelaskan hasil verifikasi secara terbuka. Permintaan perbaikan perlu menyebut bagian yang tidak sesuai, dasar penilaian, dan dokumen yang dibutuhkan. Rumah sakit juga harus menanggapi permintaan tersebut dengan penjelasan yang bersumber dari rekam medis, bukan sekadar mengulangi pengajuan sebelumnya. Apabila terdapat perbedaan pemahaman kode atau indikasi medis, pembahasan bersama menjadi sarana untuk memperoleh keputusan yang konsisten. Dengan demikian, keterbukaan merupakan bagian dari pelaksanaan perjanjian, karena memungkinkan masing-masing pihak mengetahui kewajiban yang masih harus dipenuhi.

Verifikasi pascaklaim dan audit administrasi memiliki fungsi berbeda dari pemeriksaan awal. Pemeriksaan setelah pembayaran memungkinkan penelaahan pola pelayanan, pengodean, dan pembiayaan pada periode yang lebih luas. Ketidaksesuaian yang tidak terlihat ketika berkas diperiksa satu per satu dapat muncul melalui perbandingan atau penelusuran dokumen lebih lanjut. Namun, hasil penelaahan pola tetap memerlukan pemeriksaan terhadap klaim yang bersangkutan. Rumah sakit perlu memperoleh kesempatan memberikan bukti pendukung, sehingga kesimpulan audit tidak hanya bertumpu pada perbedaan pola pemanfaatan tanpa mempertimbangkan keadaan pelayanan yang dapat dijelaskan secara medis.[17]

[17] Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018, Pasal 38–39; Peraturan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 24 Tahun 2020 tentang Pedoman Verifikasi Paska Klaim dan Audit Administrasi Klaim.

2 Wanprestasi Rumah Sakit dan Akibat Hukumnya dalam Pengelolaan Klaim

Wanprestasi terjadi ketika kewajiban dalam perikatan tidak dipenuhi sebagaimana diperjanjikan. Dalam klasifikasi Subekti, bentuknya mencakup tidak melaksanakan prestasi, terlambat melaksanakan prestasi, melaksanakan prestasi secara tidak semestinya, dan melakukan sesuatu yang dilarang oleh perjanjian. Klasifikasi tersebut membantu menempatkan persoalan klaim secara tepat. Pada penelitian ini, rumah sakit tetap memberikan pelayanan dan mengajukan tagihan, tetapi ditemukan ketidaksesuaian dalam pengelolaannya. Oleh karena itu, bentuk yang paling relevan untuk dianalisis adalah pelaksanaan prestasi yang tidak sempurna, terutama apabila klaim tidak memenuhi kewajiban dokumentasi, ketepatan kode, atau kesesuaian pelayanan yang disepakati.[18]

Penentuan wanprestasi tidak cukup bertumpu pada adanya status *pending*. Klaim dapat tertunda karena dokumen perlu dilengkapi, terdapat perbedaan penafsiran kode, atau diperlukan klarifikasi medis. Keadaan tersebut harus ditelaah dengan mengidentifikasi kewajiban tertentu yang belum dipenuhi dan pihak yang bertanggung jawab. Kegagalan menyediakan dokumen yang telah diwajibkan berbeda dengan perbedaan pendapat yang masih memerlukan pembahasan. Pembedaan ini mempertahankan ketepatan analisis sekaligus memberi ruang perbaikan. Penilaian wanprestasi menjadi lebih kuat apabila tersedia hubungan yang jelas antara ketentuan perjanjian, ketidaksesuaian yang terbukti, serta akibat terhadap hak pihak lain.

Pada Rumah Sakit pertama, penelitian menghubungkan ketidaksesuaian klaim dengan dokumentasi dan pemilihan kode diagnosis atau tindakan. Pengodean yang menghasilkan pembayaran melebihi nilai yang semestinya disebut dalam temuan penelitian sebagai *upcoding*. Jika kode tidak didukung informasi medis yang memadai, pengajuan tersebut tidak memenuhi kewajiban menjamin kebenaran klaim. Permasalahan juga berkaitan dengan pemeriksaan internal yang belum efektif untuk menemukan kesalahan sebelum pengajuan. Dalam keadaan demikian, penilaian pemenuhan prestasi meliputi akurasi pekerjaan teknis dan pelaksanaan kewajiban organisasi untuk mengendalikan kualitas klaim yang disampaikan kepada penjamin.

Pada Rumah Sakit kedua, temuan penelitian menekankan overutilisasi, yakni pemanfaatan

[18] Subekti, Hukum Perjanjian, pembahasan bentuk-bentuk wanprestasi.

pelayanan yang dinilai tidak sesuai kebutuhan atau indikasi medis dalam pemeriksaan klaim. Permasalahan ini memperlihatkan keterbatasan pemeriksaan yang hanya memeriksa kelengkapan berkas. Dokumen dapat tersedia, tetapi alasan pemberian pelayanan tetap memerlukan pengujian. Oleh karena itu, tim pencegahan kecurangan dan pemeriksa internal perlu melibatkan penilaian klinis yang relevan. Ketidaksesuaian yang telah diklarifikasi dan terbukti melanggar ketentuan pelayanan dapat menunjukkan pemenuhan prestasi yang tidak sesuai, meskipun persyaratan administratif pengajuan telah dipenuhi.

Data penelitian menyebutkan bahwa temuan *upcoding* dan overutilisasi dalam periode 2024–2025 dituangkan dalam berita acara kompensasi kelebihan pembayaran. Nilai pengembalian pada Rumah Sakit pertama sebesar Rp260.807.200, sedangkan pada Rumah Sakit kedua sebesar Rp771.093.100. Jumlah kedua nilai tersebut adalah Rp1.031.900.300. Angka ini menunjukkan besaran koreksi pembayaran yang dilaporkan dalam penelitian, bukan ukuran persentase seluruh klaim bermasalah atau bukti tentang motif individu tertentu. Penilaian tanggung jawab tetap memerlukan pembacaan dokumen dan dasar koreksi pada klaim yang menjadi objek pemeriksaan.[19]

Perbedaan nilai pengembalian tidak dengan sendirinya menunjukkan bahwa tingkat kesalahan satu rumah sakit lebih tinggi dibandingkan rumah sakit lainnya. Perbandingan demikian memerlukan kesamaan periode, jumlah klaim yang diperiksa, jenis pelayanan, dan nilai keseluruhan tagihan. Data yang tersedia terutama mendukung kesimpulan mengenai adanya kelebihan pembayaran serta kebutuhan pemulihannya. Karena itu, penggunaan nominal dalam analisis hukum diarahkan pada besarnya kewajiban pengembalian yang dilaporkan, bukan untuk menyusun peringkat kepatuhan. Pembatasan ini juga mencegah penilaian yang melampaui cakupan bukti penelitian.

Asas itikad baik objektif memberi ukuran terhadap kewajaran perilaku rumah sakit dalam mengelola klaim. Rumah sakit yang memiliki akses pada rekam medis dan pengendalian terhadap petugasnya diharapkan melakukan pemeriksaan yang memadai sebelum menyatakan tagihan benar. Apabila pemeriksaan hanya bersifat formal atau reaktif, kewajiban kehati-hatian belum dijalankan secara optimal. Analisis ini tidak bergantung

[19] Data penelitian, wawancara pengelola Penjaminan Manfaat Rujukan BPJS Kesehatan Cabang Pekanbaru dan uraian Berita Acara Kompensasi Kelebihan Pembayaran Klaim periode 2024–2025.

semata-mata pada pengakuan bahwa petugas bermaksud baik. Yang dinilai ialah apakah organisasi telah melakukan langkah yang patut untuk mencegah ketidaksesuaian, menanggapi temuan, serta memenuhi tanggung jawab yang dinyatakan dalam perjanjian.[20] Itikad baik juga dapat dinilai setelah kesalahan ditemukan. Kesediaan membuka dokumen yang diperlukan, memberi penjelasan, mengakui koreksi yang memiliki dasar, dan menyelesaikan pengembalian menunjukkan pelaksanaan kewajiban pemulihan. Sebaliknya, perbaikan yang berhenti pada pembayaran tanpa membenahi penyebab kesalahan belum menjamin kepatuhan berikutnya. Oleh sebab itu, pengembalian kelebihan pembayaran perlu diikuti evaluasi kasus, penyesuaian prosedur, dan pemantauan pelaksanaan. Tindakan tersebut menghubungkan pertanggungjawaban atas temuan yang telah terjadi dengan kewajiban mencegah ketidaksesuaian pada pengajuan selanjutnya.

Akibat hukum yang paling nyata dalam penelitian ini adalah kewajiban mengembalikan kelebihan pembayaran. Pasal 39 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 mengatur koreksi dua arah: kekurangan pembayaran dipenuhi BPJS Kesehatan, sedangkan kelebihan pembayaran dikembalikan fasilitas kesehatan. Ketentuan tersebut sejalan dengan klausul perjanjian kerja sama yang diuraikan dalam penelitian, khususnya mengenai tindak lanjut pemeriksaan klaim. Mekanisme ini menempatkan koreksi sebagai pemulihan hak berdasarkan nilai yang semestinya dibayar, sehingga pemeriksaan tidak boleh hanya mencari kelebihan tanpa memperhitungkan kekurangan pembayaran yang dapat dibuktikan.[21]

Secara konseptual, pengembalian kelebihan pembayaran perlu dibedakan dari tuntutan ganti rugi tambahan. Pengembalian bertujuan mengoreksi penerimaan yang bukan merupakan hak rumah sakit. Sebaliknya, tuntutan ganti rugi karena wanprestasi menuntut dasar mengenai pelanggaran kewajiban, keadaan lalai sesuai ketentuan, kerugian, dan hubungan dengan pelanggaran tersebut. Pasal 1238 dan Pasal 1243 KUHPerdata menjadi rujukan dalam menilai keadaan lalai serta penggantian biaya, kerugian, dan bunga. Dengan pembedaan ini, nominal pengembalian klaim tidak langsung disamakan dengan seluruh

[20] Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, Pasal 1338 ayat (3) dan Pasal 1339, dikaitkan dengan kewajiban kebenaran klaim dalam perjanjian kerja sama.

[21] Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018, Pasal 39 ayat (1) dan ayat (2); Perjanjian Kerja Sama BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit Tahun 2024, Pasal 12 ayat (2), hlm. 21.

kerugian yang dapat dituntut oleh salah satu pihak.[22]

Penetapan nilai pengembalian harus mengikuti hasil pemeriksaan klaim yang dapat dipertanggungjawabkan. Jika ketidaksesuaian hanya menyebabkan selisih tarif, dasar pemulihan ialah selisih antara pembayaran yang diterima dan hak pembayaran yang sebenarnya. Apabila suatu pelayanan tidak memenuhi ketentuan penjaminan, dasar koreksinya harus dijelaskan secara khusus. Perhitungan demikian menjaga agar pembayaran yang tetap sah tidak ikut ditarik tanpa alasan. Dalam hubungan kerja sama yang berkelanjutan, ketelitian menetapkan nilai koreksi mengurangi sengketa baru dan memungkinkan para pihak memusatkan perhatian pada perbaikan sistem pengelolaan klaim.

Peraturan administrasi klaim membuka mekanisme pengembalian melalui pembayaran oleh fasilitas kesehatan atau kompensasi pemotongan klaim bulan berikutnya. Pilihan mekanisme tetap perlu dituangkan secara jelas, termasuk nilai yang disepakati dan pencatatannya. Berita acara mempunyai fungsi penting sebagai dokumentasi hasil pemeriksaan serta tindak lanjut pembayaran. Rumah sakit perlu memastikan bahwa klaim yang telah dikoreksi tidak kembali diajukan tanpa dasar, sedangkan BPJS Kesehatan perlu memastikan bahwa koreksi yang sama tidak diperhitungkan berulang. Kepastian pencatatan mendukung transparansi dan mencegah selisih administrasi setelah proses pemulihan dilakukan.[23]

Dalam perspektif keadilan korektif Aristoteles, pemulihan bertujuan mengembalikan keseimbangan akibat adanya kelebihan pada satu pihak dan kekurangan pada pihak lain. Pada kasus klaim, rumah sakit harus mengembalikan bagian pembayaran yang tidak menjadi haknya, sedangkan BPJS Kesehatan tetap memenuhi hak pembayaran yang sah. Titik perhatiannya ialah hubungan antara pelayanan yang dapat dipertanggungjawabkan dan pembayaran yang seharusnya diterima. Dengan demikian, pengembalian sebesar Rp260.807.200 dan Rp771.093.100 dipahami sebagai tindakan korektif atas ketidaksesuaian yang dilaporkan, disertai kewajiban memastikan bahwa dasar serta perhitungannya dapat

[22] Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, Pasal 1238, Pasal 1243, dan Pasal 1246.
[23] Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018, Pasal 39 ayat (3) dan ayat (4).

diperiksa.[24]

Pemulihan yang adil juga memerlukan prosedur yang memberi kesempatan klarifikasi. Rumah sakit perlu mengetahui klaim mana yang dikoreksi, alasan pengodean atau medis yang dipersoalkan, serta dasar perhitungannya. BPJS Kesehatan perlu memperoleh jawaban dan dokumen yang memungkinkan pemeriksaan selesai. Keterbukaan tersebut menjaga agar keputusan tidak hanya dipahami sebagai tindakan sepihak, melainkan sebagai hasil penilaian yang dapat ditelusuri. Apabila sebagian klaim masih diperselisihkan, pemisahan antara nilai yang telah disepakati dan yang belum disepakati membantu menjaga kejelasan hak serta kewajiban selama proses penyelesaian berlangsung.

Pandangan mengenai proporsionalitas kontrak mendukung penilaian tersebut. Hernoko menjelaskan bahwa pertukaran hak dan kewajiban perlu dinilai secara proporsional dalam keseluruhan hubungan kontraktual. Pada pengelolaan klaim, hal ini dapat diterapkan melalui penentuan tanggung jawab menurut kewenangan, tindakan, dan bukti masing-masing pihak. Rumah sakit bertanggung jawab atas kebenaran pengajuan yang disusunnya, sementara BPJS Kesehatan bertanggung jawab atas kualitas verifikasi dan pembayaran yang menjadi kewajibannya. Proporsionalitas tidak menghapus kewajiban pengembalian, tetapi mengarahkan pelaksanaannya agar sesuai dengan sifat ketidaksesuaian serta hak pembayaran yang masih ada.[25]

Selain pemulihan finansial, penelitian mencatat pemberian teguran dan peningkatan pengawasan sebagai tindak lanjut pelaksanaan perjanjian. Uraian penelitian merujuk pada klausul sanksi Pasal 14 serta surat BPJS Kesehatan Cabang Pekanbaru Nomor 1829/II-01/0724. Teguran berfungsi meminta perbaikan terhadap kewajiban yang tidak dipenuhi dan memberi dasar dokumentasi tindak lanjut. Agar bermanfaat, teguran perlu menunjuk persoalan secara spesifik dan dihubungkan dengan tindakan yang harus dilaksanakan rumah sakit. Pengawasan berikutnya kemudian menilai apakah perbaikan tersebut dilaksanakan serta apakah kesalahan yang sama masih muncul.[26]

---

[24] Hyronimus Rhiti, Filsafat Hukum Edisi Lengkap dari Klasik ke Postmodernisme (Yogyakarta: Universitas Atma Jaya Yogyakarta, 2015), hlm. 241–242, mengenai keadilan Aristoteles.

[25] Agus Yudha Hernoko, "Asas Proporsionalitas sebagai Landasan Pertukaran Hak dan Kewajiban Para Pihak dalam Kontrak Komersial," Jurnal Hukum dan Peradilan 5, no. 3 (2016): 447–466, doi:10.25216/jhp.5.3.2016.447-466.

[26] Perjanjian Kerja Sama BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit, Pasal 14 ayat (1) huruf b; Surat BPJS Kesehatan Cabang Pekanbaru Nomor 1829/II-01/0724, sebagaimana diuraikan dalam data penelitian.

Akibat hukum yang lebih berat, seperti pengakhiran kerja sama atau tuntutan lain, harus dibedakan dari akibat yang benar-benar ditemukan pada objek penelitian. Penerapannya memerlukan dasar kontraktual atau peraturan, pemenuhan prosedur, dan pembuktian yang sesuai. Penelitian ini terutama mendokumentasikan koreksi kelebihan pembayaran, teguran, serta kebutuhan peningkatan pengawasan. Oleh karena itu, tidak tepat menyimpulkan bahwa kedua rumah sakit telah dijatuhi seluruh kemungkinan sanksi yang secara teoritis dapat timbul. Pembedaan antara temuan empiris dan kemungkinan normatif menjaga ketepatan kesimpulan serta mencegah perluasan tanggung jawab tanpa dasar yang memadai.

Pertanggungjawaban institusional menjadi penting karena klaim disusun melalui pekerjaan banyak unit. Kesalahan tidak selalu dapat dijelaskan hanya melalui tindakan satu koder atau petugas administrasi. Direksi menetapkan pembagian tugas, menyediakan dukungan, dan memastikan fungsi pemeriksaan berjalan; dokter bertanggung jawab atas dokumentasi klinis; petugas rekam medis serta *casemix* mengelola informasi untuk pengajuan. Tim pencegahan kecurangan dan auditor internal selanjutnya melakukan pengawasan sesuai tugasnya. Kejelasan hubungan antarperan tersebut membantu menemukan akar persoalan dan mencegah pemindahan tanggung jawab tanpa evaluasi terhadap tata kelola organisasi. Penguatan pengendalian internal dapat diarahkan pada pemeriksaan berlapis dengan penanggung jawab yang jelas. Pemeriksaan pertama memastikan keberadaan dan konsistensi dokumen, pemeriksaan berikutnya menilai ketepatan kode, dan penelaahan medis digunakan ketika pelayanan membutuhkan klarifikasi. Hasil pemeriksaan perlu dapat ditelusuri untuk mengetahui siapa yang memeriksa, apa yang dikoreksi, dan bagaimana penyelesaiannya. Penetapan mekanisme demikian merupakan implikasi dari temuan kelemahan pengawasan dalam penelitian. Pelaksanaannya perlu disesuaikan dengan organisasi rumah sakit, sambil menjaga pemisahan yang memadai antara pelaksana pengajuan dan pihak yang menilai kesesuaiannya.

KESIMPULAN

Pengelolaan klaim pelayanan kesehatan pada Dua Rumah Sakit di Pekanbaru Pekanbaru telah berjalan melalui pengumpulan dokumen, pengodean, pemeriksaan, serta pengajuan kepada BPJS Kesehatan. Namun, pemenuhan perjanjian belum optimal karena

pengendalian internal dan tim pencegahan kecurangan belum bekerja secara aktif serta berkelanjutan. Pemeriksaan yang cenderung reaktif membatasi kemampuan rumah sakit mencegah ketidaksesuaian sebelum klaim diajukan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kepatuhan administratif belum sepenuhnya disertai pemenuhan kewajiban kehati-hatian berdasarkan asas itikad baik objektif.

Ketidaksesuaian yang dapat dihubungkan dengan pelanggaran kewajiban dokumentasi, pengodean, dan kesesuaian pelayanan dapat dikualifikasikan sebagai pemenuhan prestasi yang tidak sempurna. Temuan penelitian mencatat pengembalian kelebihan pembayaran sebesar Rp260.807.200 oleh Rumah Sakit pertama dan Rp771.093.100 oleh Rumah Sakit kedua. Meskipun demikian, status *pending* tidak dengan sendirinya membuktikan wanprestasi atau kecurangan; penyebab, kewajiban, dan tanggung jawab harus diperiksa. Data pembayaran tingkat cabang yang tersedia juga belum mendukung kesimpulan adanya wanprestasi BPJS Kesehatan berupa keterlambatan pembayaran pada objek penelitian.

Akibat hukum yang ditemukan terutama berupa pengembalian kelebihan pembayaran, teguran sesuai perjanjian, dan penguatan pengawasan. Pengembalian merupakan pemulihan atas pembayaran yang bukan hak rumah sakit dan perlu dibedakan dari tuntutan ganti rugi tambahan. Dalam perspektif keadilan korektif, pemulihan harus berdasarkan temuan yang dapat dipertanggungjawabkan, perhitungan transparan, dan kesempatan klarifikasi. Rumah sakit wajib mengembalikan kelebihan, sedangkan BPJS Kesehatan tetap wajib memenuhi pembayaran yang sah. Perbaikan pengawasan diperlukan agar penyelesaian finansial diikuti pencegahan kesalahan berulang.

SARAN

Dua Rumah Sakit di Pekanbaru perlu memperkuat pemeriksaan sebelum pengajuan melalui pengecekan kelengkapan rekam medis, ketepatan kode, dan kesesuaian indikasi medis. Direksi perlu memperjelas tanggung jawab dokter penanggung jawab pasien, petugas rekam medis, tim *casemix*, tim pencegahan kecurangan, dan pemeriksa internal. Fungsi penyusun serta pemeriksa klaim perlu dipisahkan secara memadai, dan pernyataan tanggung jawab harus didukung hasil pemeriksaan yang terdokumentasi. Pelatihan berkala perlu diikuti evaluasi penerapannya berdasarkan kesalahan yang ditemukan.

BPJS Kesehatan Cabang Pekanbaru perlu meningkatkan konsistensi verifikasi serta

memberikan alasan tertulis yang spesifik atas klaim *pending*, tidak layak, atau dikoreksi setelah pembayaran. Penjelasan perlu mencakup dasar penilaian, bukti yang dibutuhkan, dan rincian perhitungan koreksi. Dengan informasi tersebut, rumah sakit dapat memberikan klarifikasi secara tepat dan mengarahkan perbaikan kepada unit yang bertanggung jawab. Pengawasan harus tetap mempertahankan pembayaran yang sah serta memberi ruang penyelesaian perbedaan penafsiran secara terukur.

Kedua pihak perlu menyelenggarakan rekonsiliasi berkala dengan penanggung jawab dan batas waktu yang jelas. Berita acara sebaiknya memuat klaim yang telah disepakati, klaim yang masih diperselisihkan, nilai koreksi, serta rencana tindak lanjut. Penyelesaian kelebihan pembayaran harus didasarkan pada pemeriksaan setiap kasus dan diikuti evaluasi akar masalah. Dengan demikian, pemulihan tidak hanya mengembalikan dana, tetapi juga memperbaiki proses kerja, mencegah kesalahan berulang, dan menjaga kesinambungan pelayanan bagi peserta JKN.

DAFTAR PUSTAKA

Apna, Risa De. 2023. Analisis Penyebab Klaim *Pending* Rawat Inap Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan Tahun 2022. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Asshofa, Burhan. 2010. Metode Penelitian Hukum. Jakarta: Rineka Cipta.

BPJS Kesehatan. 2018. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1712.

BPJS Kesehatan. 2020. Peraturan Direksi Nomor 24 Tahun 2020 tentang Pedoman Verifikasi Paska Klaim dan Audit Administrasi Klaim Pelayanan Kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.

BPJS Kesehatan Cabang Pekanbaru. 2023. Perjanjian Kerja Sama Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan dengan Rumah Sakit. Dokumen perjanjian.

BPJS Kesehatan Cabang Pekanbaru. 2024. Perjanjian Kerja Sama dengan Rumah Sakit. Dokumen perjanjian.

BPJS Kesehatan Cabang Pekanbaru. 2024. Surat Nomor 1829/II-01/0724. Dokumen penelitian.

BPJS Kesehatan Cabang Pekanbaru. 2024–2025. Berita Acara Kompensasi Kelebihan Pembayaran Klaim Dua Rumah Sakit di Pekanbaru. Dokumen penelitian.

BPJS Kesehatan. 2025. Ketepatan Pembayaran Klaim FKRTL Tahun 2025. Laporan pembayaran klaim, data Cabang Pekanbaru.

Hernoko, Agus Yudha. 2016. "Asas Proporsionalitas sebagai Landasan Pertukaran Hak dan Kewajiban Para Pihak dalam Kontrak Komersial." Jurnal Hukum dan Peradilan 5 (3): 447–466. https://doi.org/10.25216/jhp.5.3.2016.447-466.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2021. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 985.

Maulida, Erlia Safa, dan Achmad Djunawan. 2022. "Analisis Penyebab *Pending Claim* Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga." Media Kesehatan Masyarakat Indonesia 21 (6): 374–379. https://doi.org/10.14710/mkmi.21.6.374-379.

Murtiningtias, Febri, Zulkarnain Ibrahim, dan M. Ridwan. 2021. "Perjanjian Kerjasama antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dengan RSUP Dr. Mohammad Hoesin dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan." Lex LATA 3 (1). https://doi.org/10.28946/lexl.v3i1.841.

Republik Indonesia. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Republik Indonesia. Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.

Republik Indonesia. 2004. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Republik Indonesia. 2011. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Republik Indonesia. 2018. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024.

Rhiti, Hyronimus. 2015. Filsafat Hukum Edisi Lengkap dari Klasik ke Postmodernisme. Yogyakarta: Universitas Atma Jaya Yogyakarta.

Subekti. 2008. Hukum Perjanjian. Jakarta: Intermasa.

Yusti, Rahayu Triana. 2024. “Inefficiency CT Scan Simulator Billing as an Audit Initiative of National Health Insurance Claims Administration at Vina Estetica General Hospital.” Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional 4 (1): 77–84. https://doi.org/10.53756/jjkn.v4i1.192.