

## Kepastian Hukum Bagi Rumah Sakit di Indonesia dan Belanda dalam Proses Audit Pasca Klaim

Fusia Meidiawaty<sup>1</sup>, Zainal Arifin Hoesein<sup>2</sup>

Universitas Borobudur, Jakarta, Indonesia<sup>1,2</sup>

Jl. Raya Kalimalang No. 1, Cipinang Melayu, Kec. Makasar, Jakarta Timur, 13620

e-mail: [meiuchie23@gmail.com](mailto:meiuchie23@gmail.com)<sup>1</sup>, [zainal.arifin@umj.ac.id](mailto:zainal.arifin@umj.ac.id)<sup>2</sup>

### ABSTRACT

*While BPJS Kesehatan ensures access to affordable healthcare, challenges arise with claims procedures and post-claim audits that can impact hospital operations. These audits often lead to legal uncertainty, especially regarding unclear procedures and timelines, which affect hospitals' finances and reputation. This study aims to assess the extent to which the BPJS system in Indonesia provides legal certainty to hospitals in the post-claim audit process and to compare it with the compulsory health insurance system in the Netherlands, which has more transparent post-claim audit procedures and clearer legal protection. The research method used is normative jurisprudence with an analytical approach that describes legal issues. Discussion and Analysis In Indonesia, the BPJS Kesehatan system faces challenges related to legal uncertainty, complex claims procedures, and financial burdens on hospitals that affect service quality and financial stability. Meanwhile, the Netherlands provides clear legal protection through its compulsory health insurance system, which ensures legal certainty for hospitals and patients and maintains transparency in insurance costs and claims. The suggestion in this study is that BPJS Kesehatan needs to improve the post-claim audit system with more transparent procedures and adopt the social solidarity principle from the Netherlands to ensure clear legal protection for hospitals.*

**Keywords:** Legal Certainty, BPJS, Audit, Post Claim

### ABSTRAK

BPJS Kesehatan menjamin akses layanan kesehatan yang terjangkau, tantangan muncul terkait prosedur klaim dan audit pasca klaim yang dapat memengaruhi operasional rumah sakit. Proses audit ini seringkali menimbulkan ketidakpastian hukum, terutama terkait prosedur dan jadwal yang tidak jelas, yang berdampak pada keuangan dan reputasi rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi sejauh mana sistem BPJS di Indonesia memberikan kepastian hukum kepada rumah sakit dalam proses audit pasca klaim, serta membandingkannya dengan sistem asuransi kesehatan wajib di Belanda, yang memiliki prosedur audit pasca klaim yang lebih transparan dan perlindungan hukum yang lebih jelas. Metode penelitian yang digunakan adalah yuridis normatif dengan pendekatan analisis yang menggambarkan masalah hukum. Pembahasan dan analisis di Indonesia, sistem BPJS Kesehatan menghadapi tantangan terkait ketidakpastian hukum, prosedur klaim yang kompleks, dan beban finansial bagi rumah sakit, yang mempengaruhi kualitas layanan dan stabilitas keuangan. Sementara itu, Belanda menyediakan perlindungan hukum yang jelas melalui sistem asuransi kesehatan wajib, yang memastikan kepastian hukum bagi rumah sakit dan pasien, serta menjaga transparansi dalam biaya dan klaim asuransi. Saran dalam penelitian ini ialah BPJS Kesehatan perlu memperbaiki sistem audit pasca klaim dengan prosedur yang lebih transparan dan mengadopsi prinsip solidaritas sosial dari Belanda untuk memastikan perlindungan hukum yang jelas bagi rumah sakit.

**Kata Kunci:** Kepastian Hukum, BPJS, Rumah Audit, Pasca Klaim

## PENDAHULUAN

Sebagai negara yang menganut konsep negara kesejahteraan, Indonesia memiliki tanggung jawab dan peran penting dalam menyejahterakan warga negaranya.<sup>1</sup> Negara menyelenggarakan program jaminan sosial kesehatan masyarakat untuk mengoordinasikan kegiatan kesehatan dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.<sup>2</sup> Kementerian Kesehatan meluncurkan skema BPJS Kesehatan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan memastikan akses pelayanan kesehatan yang adil dan memadai, sebagai wujud komitmen negara terhadap keadilan sosial.

BPJS Kesehatan berperan sebagai asuransi kesehatan di Indonesia, memastikan akses layanan kesehatan yang terjangkau bagi masyarakat.<sup>3</sup> BPJS Kesehatan menjamin biaya pengobatan bagi pemegang kartu di Indonesia, dengan rumah sakit sebagai mitra utama untuk pelayanan yang efisien dan berkualitas. Pembangunan rumah sakit di berbagai daerah mendukung pemerataan akses kesehatan. Sub-sistem pembiayaan kesehatan adalah elemen kunci dalam sistem kesehatan.

Klaim BPJS adalah proses rumah sakit mengajukan biaya pengobatan pasien BPJS setiap bulan kepada BPJS Kesehatan secara kolektif.<sup>4</sup> Prosedur klaim BPJS melibatkan rumah sakit yang memberikan pelayanan kepada peserta BPJS

tanpa biaya tambahan. Setelah satu bulan, rumah sakit mengajukan klaim kepada BPJS untuk pembayaran layanan kesehatan pasien. BPJS Kesehatan menanggung pembayaran melalui sistem Indonesia Case Base Groups (INACBG's) untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjut.<sup>5</sup>

Dalam menjaga akuntabilitas, BPJS sebagai asuransi melakukan audit rutin terhadap klaim yang diajukan oleh rumah sakit. Tujuan audit ini untuk memastikan klaim yang diajukan telah sesuai dengan peraturan dan prosedur yang telah ditetapkan. Namun audit sering menimbulkan tantangan khususnya terkait klaim yang berdampak pada operasional mereka. Kurangnya pemahaman tentang hal ini sering menyebabkan ketidaksesuaian antara layanan yang diberikan dan klaim rumah sakit. Masalah ini timbul akibat tidak dipatuhinya prosedur dan tarif yang disepakati dalam perjanjian kerja sama, menciptakan tantangan bagi rumah sakit.

Perjanjian kerja sama antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit menentukan pelaksanaan dan pemrosesan hasil audit, termasuk hak, kewajiban, dan mekanisme penyelesaian sengketa. Namun, ketidaksesuaian antara ketentuan perjanjian dan praktik audit sering terjadi. Ketidaktepatan dalam jadwal, prosedur, dan kriteria audit ini menciptakan ketidakpastian bagi rumah sakit. Apabila terjadi peningkatan frekuensi audit, dan seringnya

<sup>1</sup> Alfitri, "Ideologi Welfare State Dalam Dasar Negara Indonesia: Analisis Putusan Mahkamah Konstitusi Terkait Sistem Jaminan Sosial Nasional," *Jurnal Konstitusi* 9, no. 3 (2012): 454.

<sup>2</sup> Bunga Agustina, "Kewenangan Pemerintah Dalam Perlindungan Hukum Pelayanan Kesehatan Tradisional Ditinjau Dari Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan," *Jurnal Wawasan Yuridika* 32, no. 1 (2016): 83.

<sup>3</sup> Pd Arifin, S., S. K. M. M., Fauzie Rahman, and S. K. M Anggun Wulandari, *Sumber Pendanaan Kesehatan* (Uwais Inspirasi Indonesia, 2024).

<sup>4</sup> Bonny Pranayuda et al., "Analisis Penyebab Pending Klaim Pasien BPJS Kesehatan Dalam Pengajuan Klaim Di Rumah Sakit Umum Persahabatan," *Blantika: Multidisciplinary Journal* 1, no. 4 (2023): 305–313.

<sup>5</sup> Nevy Kusumaning Ayu Putri, Karjono Karjono, and Sendy Ayu Uktutias, "Analisis Faktor-Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro," *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS Dr. Soetomo* 05, no. 02 (2019): 135.

ketidakjelasan jadwal dan prosedur maka menjadi suatu permasalahan baru bagi rumah sakit karena menyebabkan fokus pada identifikasi kesalahan dan meminta pengembalian dana BPJS yang membebani rumah sakit.

Risiko yang terjadi atas hal di atas menyebabkan perlindungan hukum bagi rumah sakit dalam proses audit pasca klaim menjadi isu penting. Hal ini terlihat bahwa di Indonesia, program BPJS Kesehatan memiliki tujuan memberikan akses pelayanan kesehatan yang adil bagi seluruh rakyat. Tetapi sesuai permasalahan diatas, terdapat tantangan dalam hal klaim dan audit pasca klaim yang arahnya pada perlindungan hukum bagi rumah sakit.

Rumah sakit berperan penting sebagai penyedia layanan kesehatan bagi peserta BPJS. Namun, dalam praktiknya, rumah sakit seringkali menghadapi kesulitan dalam menghadapi prosedur klaim yang cukup rumit, serta pengawasan yang ketat melalui audit pasca klaim. Hal ini menciptakan ketidakpastian hukum, yang kadang berdampak negatif bagi keuangan dan reputasi rumah sakit.

Berbeda dengan Indonesia, Belanda memiliki sistem jaminan kesehatan berbasis asuransi wajib yang tentunya berbeda dengan Indonesia. Belanda menerapkan sistem asuransi kesehatan yang juga mengharuskan setiap individu untuk memiliki asuransi kesehatan, dan negara berperan sebagai pengatur utama dalam memastikan keadilan distribusi pelayanan kesehatan. Prosedur audit pasca klaim di Belanda relatif lebih transparan, dengan perlindungan hukum yang jelas bagi rumah sakit sebagai penyedia layanan. Sistem ini dapat memberikan gambaran yang berguna bagi Indonesia dalam

memperbaiki mekanisme yang ada, termasuk dalam hal kepastian hukum bagi rumah sakit.

Melihat dinamika ini, penting bagi rumah sakit di Indonesia untuk memiliki pemahaman yang jelas tentang hak-hak hukum mereka dalam menghadapi audit pasca klaim. Selain itu, penting pula untuk meninjau apakah regulasi yang ada di Indonesia memberikan kepastian hukum yang memadai bagi rumah sakit dalam proses audit tersebut. Sebagai pembanding, Belanda dapat dijadikan contoh sistem yang lebih matang dalam menyediakan kepastian hukum bagi rumah sakit dalam konteks asuransi kesehatan wajib.

Berdasarkan latar belakang di atas, permasalahan yang akan dibahas dalam penelitian ini adalah apakah sistem BPJS di Indonesia memberikan kepastian hukum yang memadai bagi rumah sakit dalam proses audit pasca klaim? Dan bagaimana kepastian hukum yang diterapkan Belanda terhadap rumah sakit dalam sistem asuransi kesehatan wajibnya?.

Tujuan dari penelitian ini ialah meneliti sejauh mana sistem BPJS di Indonesia menyediakan kepastian hukum bagi rumah sakit dalam proses audit pasca klaim, terutama terkait aturan, prosedur, dan mekanisme yang mendukung kepastian hak rumah sakit serta kepastian hukum dari ketidaksesuaian atau pengembalian klaim. Dan mengkaji kepastian hukum bagi rumah sakit dalam skema asuransi kesehatan wajib di Belanda dan membandingkannya dengan skema BPJS di Indonesia.

Adapun kajian teori yang akan digunakan ialah teori kepastian hukum. Dalam konteks BPJS di Indonesia, teori ini berfungsi untuk menilai sejauh mana BPJS memberikan kepastian hukum bagi rumah sakit terkait hak klaim yang diajukan

dan kepastian dari audit pascaklaim. Di sisi lain, penerapan teori ini pada skema asuransi wajib Belanda memungkinkan analisis komparatif terhadap jaminan hak-hak hukum yang diberikan kepada rumah sakit di kedua negara.

Terdapat juga teori perlindungan hukum (*legal protection theory*). Menurut Satijipto Raharjo, perlindungan hukum adalah memberikan pengayoman terhadap hak asasi manusia (HAM) yang dirugikan orang lain dan perlindungan itu di berikan kepada masyarakat agar dapat menikmati semua hak-hak yang diberikan oleh hukum.<sup>6</sup> Dalam penelitian ini, teori perlindungan hukum menjadi landasan untuk memahami apakah sistem BPJS memberikan perlindungan yang cukup bagi rumah sakit dalam menghadapi audit pasca klaim yang dapat memengaruhi stabilitas finansial dan pelayanan rumah sakit.

Kemudian terdapat juga teori hukum perbandingan (*comparative law theory*). Dalam penelitian ini, perbandingan antara Indonesia dan Belanda dalam hal kepastian hukum rumah sakit memberikan wawasan tentang bagaimana hukum asuransi kesehatan diterapkan secara efektif di negara-negara dengan sistem yang berbeda.

## **METODE PENELITIAN**

Metode penelitian yang digunakan dalam studi ini adalah yuridis normatif<sup>7</sup>. Sulistyowati Irianto dan Shidarta, mendefinisikan penelitian yuridis normatif sebagai penelitian yang tujuannya hendak menemukan norma dan prinsip

hukum dalam peraturan perundang-undangan, yurisprudensi, dan pendapat ahli yang dilakukan dengan studi kepustakaan.<sup>8</sup> Penelitian normatif ini adalah penelitian terhadap sistematika hukum, yaitu penelitian yang tujuan pokoknya adalah untuk mengadakan identifikasi terhadap pengertian-pengertian atau dasar dalam hukum<sup>9</sup> dengan fokus pada kepastian hukum bagi rumah sakit di Indonesia dan Belanda dalam proses audit pasca klaim.

Pendekatan ini melibatkan analisis yang menggambarkan masalah hukum dan sistem hukum, serta mengevaluasinya sesuai dengan kebutuhan penelitian. Proses ini memberikan penjelasan khusus berdasarkan data yang dikumpulkan secara terstruktur. Sumber-sumber penelitian hukum dapat dibedakan menjadi bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder.<sup>10</sup> Bahan hukum primer yang digunakan adalah Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

## **PEMBAHASAN DAN ANALISIS**

### **A. Sistem BPJS Di Indonesia Memberikan Kepastian Hukum Yang Memadai Bagi Rumah Sakit Dalam Proses Audit Pasca Klaim**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disebut BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.<sup>11</sup> BPJS Kesehatan menyediakan program jaminan kesehatan untuk seluruh

---

<sup>6</sup> JH Sinaulan, "Perlindungan Hukum Terhadap Warga Masyarakat," *IDEAS Jurnal Pendidikan, Sosial, dan Budaya* 04, no. 01 (2018): 79–84, <https://www.jurnal.ideaspublishing.co.id/index.php/ideas/article/view/67/23>.

<sup>7</sup> Tina Amelia and H. B., *Dinamika Hukum Investasi Di Indonesia* (Bogor: PT. Kaya Ilmu Bermanfaat, 2021).

<sup>8</sup> Masidin, *Penelitian Hukum Normatif: Analisis Putusan Hakim* (Prenada Media, 2023).

<sup>9</sup> Ani Purwati, *Metode Penelitian Hukum Teori Dan Praktek* (Jakad Media Publishing, 2020).

<sup>10</sup> D. O Susanti and A'an Efendi, *Penelitian Hukum (Legal Research)* (Sinar Grafika, 2022).

<sup>11</sup> Indonesia, *Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*, n.d.

penduduk Indonesia, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia selama minimal enam bulan, dengan syarat mereka telah membayar iuran. BPJS Ketenagakerjaan menawarkan program jaminan hari tua, jaminan pensiun, jaminan kematian, dan jaminan kecelakaan kerja bagi seluruh pekerja Indonesia, termasuk pekerja asing yang telah bekerja di Indonesia minimal enam bulan, dengan kewajiban membayar iuran.

BPJS Kesehatan, rumah sakit, dan peserta BPJS memiliki hubungan hukum dengan hak dan kewajiban masing-masing. Berdasarkan UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS Kesehatan bertanggung jawab untuk menyediakan akses kesehatan bagi seluruh peserta jaminan kesehatan nasional dan berhak menerima iuran dari mereka sebagai imbalan. Rumah sakit, sesuai dengan UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, diwajibkan memenuhi standar minimum, memiliki izin pemerintah, serta mengikuti kode etik, standar profesi, dan prosedur operasional. Selain itu, rumah sakit berhak menerima pembayaran klaim dari BPJS atas pelayanan yang diberikan kepada peserta jaminan kesehatan nasional.<sup>12</sup>

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bertujuan untuk merencanakan dan melaksanakan program jaminan sosial sesuai ketentuan hukum, khususnya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Lembaga ini terbagi menjadi dua entitas, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan, masing-masing dengan tugas khusus di bidang kesehatan dan ketenagakerjaan.<sup>13</sup>

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, yang dikelola oleh BPJS Kesehatan, bertujuan untuk menjamin akses layanan kesehatan yang luas bagi seluruh masyarakat Indonesia, terutama dengan subsidi dari negara untuk golongan masyarakat berpenghasilan rendah. Program ini didirikan dengan prinsip gotong royong, di mana kontribusi dari peserta lain membantu pembiayaan kesehatan yang memadai untuk masyarakat. Dengan kerjasama antara BPJS dan berbagai fasilitas kesehatan, termasuk rumah sakit, penting untuk memastikan bahwa hak dan kewajiban kedua belah pihak dilindungi dan proses klaim yang diajukan berjalan sesuai aturan dan transparan demi kepastian hukum. Namun, dalam praktiknya, terdapat kekhawatiran terkait kepastian hukum dalam proses audit pascaklaim yang diterapkan BPJS kepada rumah sakit, yang dapat memengaruhi stabilitas finansial rumah sakit.

Pasal 9 ayat (1) Undang-Undang BPJS mengatur bahwa BPJS Kesehatan bertanggung jawab menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Adapun tugas-tugas BPJS, sebagaimana tercantum dalam Pasal 10, meliputi pendaftaran peserta, pengumpulan iuran dari peserta dan pemberi kerja, menerima bantuan iuran dari pemerintah, mengelola dana jaminan sosial, mengumpulkan dan mengelola data peserta, membayarkan manfaat atau biaya pelayanan kesehatan, serta memberikan informasi terkait program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

BPJS Kesehatan didirikan oleh pemerintah untuk menyediakan jaminan kesehatan

---

<sup>12</sup> Febri Murtiningtias., H. Zulkarnain Ibrahim., and M. Ridwan, "Perjanjian Kerjasama Antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Dengan RSUP Dr. Mohammad Hoesin Dalam Pelaksanaan Pelayanan

Kesehatan," *Lex LATA Jurnal Ilmiah Ilmu Hukum* 03, no. 01 (2021): 142.

<sup>13</sup> Wijaya Andika, *Hukum Jaminan Sosial Indonesia* (Jakarta Timur: Sinar Grafika, 2022).

menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia. Program ini bertujuan memberikan perlindungan sosial dengan menyediakan asuransi kesehatan yang mencakup layanan kesehatan, baik rawat jalan maupun inap, sehingga peserta tidak perlu menanggung biaya pengobatan secara pribadi. Asuransi kesehatan yang disediakan oleh BPJS Kesehatan dirancang dengan tujuan untuk memastikan bahwa setiap peserta memiliki akses ke layanan kesehatan yang memadai. Hal ini diharapkan dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara kolektif dan menjamin bahwa setiap individu dapat mengakses layanan kesehatan yang layak atas dasar kesetaraan.<sup>14</sup>

BPJS diwajibkan untuk menyampaikan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya melalui laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan yang telah diaudit oleh akuntan publik kepada Presiden, dengan salinan kepada DJSN, paling lambat 30 Juni setiap tahunnya. Selain itu, BPJS juga wajib mempublikasikan laporan tersebut kepada masyarakat dalam bentuk ringkasan eksekutif melalui situs web BPJS dan dua media massa cetak dengan distribusi nasional, dengan tenggat waktu paling lambat 31 Juli setiap tahunnya. Salah satu mekanisme yang dilakukan untuk menjamin akuntabilitas ini adalah melalui audit pengembalian klaim dari fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, klinik, dan penyedia layanan kesehatan lainnya.<sup>15</sup>

Audit pasca klaim BPJS Kesehatan adalah proses evaluasi yang dilakukan setelah klaim pelayanan kesehatan diajukan oleh fasilitas

kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Tujuan utama dari audit ini adalah memastikan bahwa klaim yang diajukan sesuai dengan aturan dan standar yang telah ditetapkan serta mengidentifikasi potensi penyimpangan atau ketidaksesuaian dalam layanan yang diberikan.<sup>16</sup>

Audit pasca klaim BPJS Kesehatan meliputi pemeriksaan kesesuaian antara diagnosis dan tindakan medis, kecukupan dokumentasi, penggunaan obat dan alat kesehatan, serta standar pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS. Auditor meninjau dokumen medis, catatan tindakan, dan data pendukung lainnya untuk memastikan bahwa layanan yang diberikan relevan dan sesuai dengan klaim yang diajukan. Hasil audit ini membantu BPJS dalam menganalisis biaya, memahami pola penyakit, dan memetakan kebutuhan pelayanan kesehatan di berbagai wilayah, sehingga kebijakan jaminan kesehatan dapat lebih disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat.

Tim audit biasanya terdiri dari profesional medis, keuangan, hukum, dan administrasi, baik dari internal BPJS Kesehatan maupun auditor independen untuk menjamin objektivitas dan transparansi, terutama pada klaim yang kompleks. Proses audit melibatkan kerjasama dengan rumah sakit yang menyediakan dokumen dan rekam medis yang diperlukan, di mana komunikasi yang efektif antara auditor dan fasilitas kesehatan menjadi penting untuk memastikan kelancaran dan kepatuhan terhadap prosedur audit.<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> Widiastuti, "Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Jawa Barat," *Public Inspiration: Jurnal Administrasi Publik* 2, no. 2 (2017): 94.

<sup>15</sup> Samodra Nadyannisa Az-Zahra and Wirantari I Dewa Ayu Putri, "Analisis Kebijakan Publik Dalam Penerapan Program Pelayanan Publik BPJS Kesehatan," *Socio-*

*political Communication and Policy Review* 1, no. 4 (2024): 147–151.

<sup>16</sup> Erfandi Dwi Septian, "Kewajiban BPJS Kesehatan Dalam Pemberian Pelayanan Telekonsultasi Klinis Yang Dilakukan Antara Dokter Dan Pasien BPJS," *Verdict: Journal of Law Science* 1, no. 1 (2022): 37–49.

<sup>17</sup> Galih Endradita M, "Audit Pasca Klaim BPJS Kesehatan," last modified 2024,

BPJS Kesehatan melaksanakan audit pasca klaim melalui beberapa langkah utama:

1. Pemilihan Klaim: Klaim dipilih berdasarkan kriteria seperti besaran biaya, risiko tinggi, atau pola klaim tidak biasa, menggunakan algoritma risiko.
2. Pengumpulan Dokumen: Fasilitas kesehatan diminta menyediakan dokumen pendukung seperti rekam medis dan rincian penggunaan obat.
3. Verifikasi dan Analisis: Dokumen diverifikasi untuk kesesuaian antara diagnosis, tindakan medis, dan ketentuan tarif INA-CBG.
4. Penilaian Kepatuhan: Auditor memastikan klaim memenuhi standar BPJS dan tidak ada upcoding.
5. Klarifikasi: Ketidaksesuaian diklarifikasi dengan fasilitas kesehatan melalui diskusi atau penjelasan tertulis.
6. Penyusunan Laporan: Auditor menyusun laporan temuan dan rekomendasi korektif, termasuk sanksi jika ada pelanggaran serius.
7. Tindak Lanjut: BPJS memonitor penerapan rekomendasi dan mengevaluasi proses audit untuk meningkatkan akurasi di masa depan.

Audit pascaklaim oleh BPJS Kesehatan bertujuan untuk memastikan kepatuhan rumah sakit terhadap prosedur dan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Mekanisme ini merupakan bagian dari upaya untuk mengendalikan biaya dan meminimalisir potensi penyalahgunaan sistem. Namun, prosedur audit pascaklaim ini sering kali menjadi tantangan bagi rumah sakit, terutama terkait dengan kemungkinan penolakan atau pengembalian klaim yang berdampak besar terhadap anggaran operasional mereka.

Ketidajelasan dalam prosedur audit serta kriteria evaluasi dapat menimbulkan ketidakpastian hukum dan berisiko bagi rumah sakit.

Audit yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan sering dianggap sebagai beban bagi fasilitas kesehatan, baik dari segi administrasi yang kompleks maupun beban finansial tambahan. Proses ini dapat meningkatkan tekanan dalam pengelolaan biaya operasional rumah sakit, dengan adanya persepsi bahwa BPJS lebih fokus pada kontrol pengeluaran daripada membangun kemitraan konstruktif. Akibatnya, kolaborasi antara BPJS dan fasilitas kesehatan bisa terhambat, yang berpotensi mempengaruhi kualitas pelayanan kepada peserta BPJS.

Kesepakatan antara provider rumah sakit dan BPJS Kesehatan sebagai badan asuradur merupakan ciri utama dari penerapan managed care dalam sistem perasuransian sosial. Berkas dokumentasi klaim di rumah sakit terdiri dari dua jenis yakni *Clinical Documentation* dan *Financial Documention*. Dasar hukum terkait audit klaim BPJS Kesehatan tercantum dalam berbagai regulasi yang mengatur transparansi, akuntabilitas, serta prosedur pemanfaatan dana jaminan kesehatan untuk memastikan kepatuhan pada prinsip pengelolaan dana publik yang bertanggung jawab. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) menjadi landasan utama, menetapkan bahwa BPJS Kesehatan harus mengelola dana dengan transparansi dan akuntabilitas penuh. Undang-undang ini mengharuskan bahwa setiap pengeluaran dana dapat dipertanggungjawabkan secara hukum, dan bahwa setiap klaim harus melalui verifikasi

administratif dan medis yang ketat. Tujuannya adalah untuk mencegah penyalahgunaan dana, termasuk klaim berlebihan, klaim ganda, atau klaim fiktif, yang dapat merugikan peserta dan keberlanjutan sistem BPJS.

Pasal 349 dan Pasal 406 BPJS Kesehatan mengatur pengelolaan data dan pendanaan rumah sakit dalam audit klaim, dengan tujuan menjaga keakuratan, keamanan, dan transparansi penggunaan dana. Namun, persyaratan administratif yang kompleks sering memberatkan fasilitas kesehatan di daerah terpencil yang kekurangan sumber daya, sehingga klaim mereka sering tertunda atau ditolak. Ketentuan ini dinilai kurang adil dalam perspektif Pancasila, karena tidak mempertimbangkan perbedaan kapasitas fasilitas kesehatan di berbagai wilayah.

BPJS Kesehatan menetapkan pedoman internal untuk memandu tim audit dalam menilai klaim, memastikan proses pengajuan dan verifikasi sesuai aturan. Tim audit, terdiri dari profesional medis, menilai kesesuaian klaim dengan syarat administrasi dan diagnosis pasien. Jika ada ketidaksesuaian, BPJS berhak menunda atau menolak pembayaran hingga fasilitas kesehatan memberikan klarifikasi atau melengkapi dokumen yang diperlukan.

Dalam konteks hukum, kepastian hukum merupakan prinsip fundamental yang wajib dijamin oleh negara dalam setiap kebijakan publik, termasuk sistem JKN yang dikelola oleh BPJS. Prinsip kepastian hukum ini penting agar pihak-pihak terkait, seperti rumah sakit, dapat menjalankan tugasnya tanpa risiko yang tidak terduga dan berlebihan. Dalam sistem BPJS, kepastian hukum seharusnya mencakup prosedur

audit yang jelas, kriteria yang terbuka, dan mekanisme penanganan sengketa yang terstruktur. Ketika hal ini tidak terpenuhi, rumah sakit berpotensi mengalami beban finansial yang tidak seimbang dan bahkan dapat mengancam kualitas layanan kesehatan yang diberikan.

Atas beberapa tantangan di atas rumah sakit menghadapi ketidakpastian hukum karena seringkali disalahkan atas beberapa kecurangan, seperti:<sup>18</sup>

1. *Phantom Billing* (klaim palsu). Rumah Sakit mengajukan klaim untuk layanan yang tidak pernah diberikan.
2. *Upcoding*. Rumah Sakit mengubah kode diagnosis atau prosedur untuk mendapatkan tarif yang lebih tinggi
3. *Manipulation Diagnosis*. Rumah Sakit mencatatkan diagnosis yang berbeda dengan hasil pemeriksaan untuk mendapatkan klaim yang lebih tinggi.
4. *Self-Referrals*. Rumah Sakit menerima biaya pelayanan akibat rujukan ke RS tertentu atau ke dokter yang sama di fasilitas kesehatan lain tanpa alasan keterbatasan fasilitas.
5. *Repeat Billing*. Rumah Sakit mengajukan klaim yang diulang pada kasus serupa.
6. *Fragmentation*. Rumah Sakit memecahkan paket pelayanan dalam episode yang sama untuk mendapat nilai klaim yang lebih besar pada satu episode perawatan pasien.

Saat ini sistem BPJS dalam memberikan kepastian hukum yang memadai bagi rumah sakit dalam proses audit pasca klaim menghadapi tantangan. Perselisihan antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit terkait audit klaim adalah isu yang signifikan dalam sistem jaminan kesehatan

---

<sup>18</sup> CNN Indonesia, "Kemenkes Ungkap Jenis Fraud Klaim BPJS. Sudah Siapkan Sanksi" (n.d.), <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20240724181909>

-12-1125147/kemenkes-ungkap-jenis-fraud-klaim-bpjs-sudah-siapkan-sanksi. .

nasional. BPJS Kesehatan, sebagai penyelenggara jaminan kesehatan, bertanggung jawab untuk mengelola dan memverifikasi klaim dari rumah sakit guna memastikan layanan sesuai dengan ketentuan dan tarif yang berlaku. Dalam praktiknya, sering terjadi perselisihan antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit terkait hasil audit klaim, yang bisa dipicu oleh perbedaan interpretasi kebijakan, ketidakakuratan data, atau klaim yang dianggap tidak sesuai prosedur. Ketidaksesuaian klaim sering kali menyebabkan BPJS menolak atau meminta pengembalian dana, yang dapat berdampak pada hubungan kerja, stabilitas keuangan rumah sakit, dan kualitas pelayanan kepada pasien.

Beberapa hal lain seperti ketidakselarasan sistem audit seperti prosedur audit yang rumit, tidak transparan serta tidak fleksibel mempengaruhi pelayanan di rumah sakit. Kelemahan utama dalam audit klaim BPJS Kesehatan adalah proses verifikasi yang lambat dan kurang transparan, yang menyebabkan fasilitas kesehatan menunggu lama untuk menerima pembayaran klaim. Keterlambatan ini mengganggu arus kas rumah sakit, yang pada gilirannya dapat menghambat operasional dan kualitas pelayanan, seperti keterlambatan pembayaran kepada pemasok atau pembatasan penggunaan peralatan medis. Ketidakpastian proses audit klaim BPJS juga menimbulkan dampak psikologis bagi manajemen dan tenaga kesehatan di fasilitas-fasilitas tersebut. Pengelola rumah sakit dan tenaga medis harus menghadapi tekanan tinggi untuk memastikan bahwa semua klaim yang diajukan sesuai dengan persyaratan audit.

Sebagai bagian dari upaya menjaga integritas dan akuntabilitas sistem, BPJS Kesehatan juga

perlu melakukan evaluasi berkala terhadap pelaksanaan audit pasca klaim. Evaluasi ini bertujuan untuk memperbaiki kelemahan yang ada dalam proses audit, serta untuk memastikan bahwa sistem ini tetap relevan dengan kebutuhan dan perkembangan layanan kesehatan. Selain itu, evaluasi juga dapat membantu dalam memperbarui peraturan yang ada agar lebih sesuai dengan perkembangan situasi dan tuntutan pasar.

Secara keseluruhan, sistem BPJS Kesehatan harus memberikan kepastian hukum yang memadai bagi rumah sakit dalam proses audit pasca klaim. Dengan adanya peraturan yang jelas, transparan, dan adil, diharapkan rumah sakit dapat terus memberikan pelayanan terbaik kepada peserta BPJS Kesehatan tanpa harus khawatir akan ketidakpastian dalam proses klaim dan audit. Keterbukaan, komunikasi yang baik, serta penyelesaian sengketa yang efisien menjadi kunci utama dalam menciptakan sistem yang adil dan efisien, sehingga tujuan BPJS Kesehatan untuk memberikan perlindungan kesehatan yang merata dapat tercapai dengan baik.

## **B. Kepastian Hukum Yang Diterapkan Belanda Terhadap Rumah Sakit Dalam Sistem Asuransi Kesehatan Wajibnya**

Menurut Legatum Institute yang berbasis di London, Belanda memiliki salah satu sistem perawatan kesehatan terbaik di dunia. Dalam laporan mereka mengenai sistem kesehatan global tahun 2023, Belanda menempati peringkat ke-11. Selain itu, dalam Indeks Perawatan Kesehatan Majalah CEOWORLD edisi 2023, Belanda tercatat sebagai sistem perawatan kesehatan terbaik ke-7 di dunia.

Secara historis, sistem perawatan kesehatan di Belanda menggabungkan elemen asuransi kesehatan publik dan swasta. Pada akhir 1960-an, sistem ini

muncul sebagai kompromi antara nilai-nilai sosialistik berbasis agama yang mendukung akses universal ke perawatan kesehatan publik dan prinsip-prinsip liberal yang mengutamakan sistem kesehatan swasta dengan pengaturan pemerintah.<sup>19</sup> Dalam praktiknya, warga kaya memiliki akses ke asuransi swasta, sementara yang lainnya dilindungi oleh asuransi sosial. Namun, sistem dua tingkat ini memperburuk ketimpangan kualitas kesehatan di antara kelompok sosial-ekonomi yang berbeda. Berbagai tantangan, seperti ketidakseimbangan antara pasokan dan permintaan layanan kesehatan, pengendalian biaya, prinsip solidaritas, dan peningkatan tekanan pada aksesibilitas, telah menjadi fokus utama dalam pembahasan perawatan kesehatan di Belanda. Sistem asuransi kesehatan wajib yang diterapkan Belanda bertujuan untuk memastikan perlindungan hukum yang merata bagi rumah sakit dan penyedia layanan kesehatan, dengan mengatur pembiayaan, pengawasan, dan keberlanjutan akses pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat, serta menjaga keberlanjutan kualitas perawatan di setiap level fasilitas kesehatan.

Pendekatan asuransi kesehatan sosial universal Belanda menggabungkan asuransi publik dan swasta. Semua penduduk diharuskan membeli asuransi kesehatan wajib dari perusahaan asuransi swasta, yang diharuskan menerima semua pemohon. Pembiayaan utamanya berasal dari publik, melalui premi, pendapatan pajak, dan hibah pemerintah. Pemerintah nasional bertanggung jawab untuk menetapkan prioritas perawatan kesehatan dan

memantau akses, kualitas, dan biaya. Manfaat standar meliputi perawatan rumah sakit, dokter, perawatan di rumah, dan perawatan kesehatan mental, serta obat resep. Orang dewasa membayar premi, premi tahunan, dan koasuransi atau pembayaran bersama untuk layanan dan obat tertentu. Pemerintah membayar pertanggung jawaban anak hingga usia 18 tahun.<sup>20</sup> Pembayaran untuk perawatan kesehatan menggunakan sistem ganda, dengan sumber pendanaan lainnya berasal dari pajak sebesar 14 persen, pembayaran langsung 9 persen, paket asuransi tambahan opsional 4 persen, dan sumber lain. Pemerintah juga mengawasi pembiayaan ini untuk memastikan tarif tetap terjangkau.<sup>21</sup>

Pemerintah Belanda memiliki peran utama dalam mengelola sistem perawatan kesehatan negara tersebut, yang telah mengalami berbagai pembaruan sejak pertama kali diterapkan. Saat ini, sistem ini didasarkan pada tiga tujuan utama:

1. Setiap individu harus memiliki akses yang adil ke layanan kesehatan, sejauh mungkin.
2. Asuransi kesehatan dirancang untuk memberikan perlindungan bersama bagi mereka yang terdaftar.
3. Layanan yang diberikan melalui sistem perawatan kesehatan harus menjamin kualitas yang optimal.

Tujuan-tujuan ini mencerminkan prinsip solidaritas dan komitmen Belanda untuk memastikan perawatan kesehatan yang berkualitas dan inklusif bagi semua warganya.

Pemerintah Belanda memiliki peran utama dalam menentukan prioritas perawatan kesehatan dan

---

<sup>19</sup> Grinten T Van Der and Kasdrop J, *25 Jaar Sturing in de Gezondheidszorg: Van Verstatelijking Naar Ondernemerschap* (Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1999).

<sup>20</sup> Roosa Tikkanen et al., "Profil Sistem Perawatan Kesehatan Internasional Belanda," *The Commonwealth*, last modified 2020,

<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>.

<sup>21</sup> Naomi Adisty, "10 Negara Dengan Layanan Kesehatan Terbaik Di Dunia," *Goodstats*, last modified 2022, <https://goodstats.id/article/10-negara-dengan-layanan-kesehatan-terbaik-di-dunia-ZskaW>.

secara terus-menerus memantau akses, kualitas, dan biaya dalam sistem kesehatan negara tersebut. Jika diperlukan, pemerintah dapat memperkenalkan perubahan melalui kebijakan legislatif. Kementerian Kesehatan, Kesejahteraan, dan Olahraga (VWS) bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat, dengan dukungan dari berbagai lembaga perawatan kesehatan yang beroperasi di dalam VWS atau memberikan nasihat kepada kementerian dan pemerintah.

Beberapa lembaga yang mendukung pengawasan ini antara lain:

1. Otoritas Perawatan Kesehatan Belanda: Menjamin aksesibilitas, keterjangkauan, dan kualitas tinggi perawatan kesehatan.
2. Dewan Kesehatan Belanda: Memberikan nasihat independen mengenai isu-isu kesehatan kepada pemerintah.
3. Badan Evaluasi Obat (CBG): Menetapkan obat-obatan yang diizinkan digunakan di Belanda.
4. National Health Care Institute: Memberikan saran kepada VWS tentang asuransi kesehatan.
5. Otoritas Persaingan Usaha Belanda: Mengawasi pasar perawatan kesehatan untuk menjaga persaingan yang sehat.
6. Inspektorat Kesehatan dan Perawatan Remaja (IGJ): Memantau kualitas layanan perawatan kesehatan untuk remaja.

Perusahaan asuransi kesehatan wajib menerima siapa saja yang mengajukan paket asuransi standar dan harus mengenakan premi yang sama kepada semua pemegang polis, tanpa memandang usia atau kondisi kesehatan mereka. Sistem asuransi kesehatan di Belanda didasarkan pada prinsip solidaritas sosial. Bersama-sama, kita semua menanggung biaya perawatan kesehatan secara keseluruhan. Setiap

orang berkontribusi, misalnya, untuk biaya perawatan bersalin dan perawatan geriatri.

Layaknya sebuah sistem kesehatan lainnya, sistem di Belanda tidak keseluruhan cocok untuk seluruh orang hal ini dikarenakan setiap orang yang tinggal dan bekerja diwajibkan untuk membeli asuransi kesehatan dasar ("*basisverzekering*") dari perusahaan asuransi swasta. Setiap individu dewasa memilih polis mereka sendiri tanpa adanya perlindungan keluarga, sementara anak-anak di bawah usia 18 tahun dilindungi oleh asuransi orang tua mereka. Untuk membantu mereka yang tidak mampu membayar asuransi, pemerintah menyediakan tunjangan perawatan kesehatan untuk menutupi biaya premi asuransi wajib tersebut.<sup>22</sup>

Sebagian besar rumah sakit dan asuransi kesehatan di Belanda dijalankan secara pribadi dan sebagian adalah perusahaan nirlaba. Di Belanda, terdapat tiga jenis rumah sakit utama yaitu rumah sakit universitas, rumah sakit umum, dan rumah sakit pendidikan yang sering kali mengklaim diri mereka sebagai "klinis terbaik." Terdapat delapan pusat kesehatan universitas atau rumah sakit akademik yang terhubung langsung dengan fakultas kedokteran di universitas-universitas besar Belanda. Rumah sakit ini adalah yang terbesar di negara tersebut, dengan jumlah spesialis dan peneliti terbanyak. Mereka juga mampu menyediakan perawatan yang paling kompleks dan spesialis.

Paket asuransi di Belanda memberikan kebebasan bagi pasien untuk memilih lokasi perawatan mereka. Untuk membantu dalam proses pemilihan, pemerintah Belanda menyediakan situs web yang mengumpulkan dan mengungkapkan informasi terkait kinerja penyedia layanan kesehatan, yaitu Zorginzicht dan KiesBeter. Jika pasien tidak

---

<sup>22</sup> "Health Care In Netherlands," *International Citizens Insurance*,

<https://www.internationalinsurance.com/health/systems/netherlands/>.

puas dengan paket asuransi mereka, mereka dapat mengganti paket asuransi pada akhir tahun, dengan beberapa pengecualian tertentu.

Sistem asuransi kesehatan wajib di Belanda dilaksanakan berdasarkan prinsip solidaritas, yang mana setiap individu, tanpa memandang status ekonomi atau sosial, berkontribusi melalui pembayaran premi bulanan yang dihitung berdasarkan penghasilan. Asuransi ini mencakup mayoritas biaya perawatan medis di rumah sakit, dengan beberapa biaya tambahan yang ditanggung oleh pasien atau oleh polis tambahan, seperti untuk pengobatan spesialisik atau perawatan di luar rumah sakit. Melalui sistem ini, negara memastikan bahwa setiap individu mendapatkan perlindungan kesehatan yang memadai.

Dalam kaitannya dengan rumah sakit, kepastian hukum tercermin dalam regulasi yang mengharuskan rumah sakit untuk menerima pasien yang terdaftar dalam sistem asuransi kesehatan wajib, tanpa diskriminasi. Hal ini mengikat rumah sakit baik sektor publik maupun swasta untuk mengikuti aturan yang ditetapkan oleh pemerintah, memastikan bahwa semua warga negara yang terdaftar mendapatkan layanan medis yang sesuai dengan standar yang berlaku. Rumah sakit juga diwajibkan untuk menandatangani perjanjian kontrak dengan penyedia asuransi untuk menerima pembayaran atas perawatan yang diberikan kepada pasien yang terdaftar.

Kepastian hukum ini memberikan perlindungan bagi rumah sakit dan pasien, karena setiap transaksi biaya perawatan ditentukan dalam regulasi yang jelas. Sistem ini juga mencegah praktik yang merugikan baik bagi pasien maupun penyedia layanan kesehatan, seperti penarikan biaya yang

tidak sah atau layanan yang tidak sesuai standar. Dengan adanya peraturan yang mengikat, rumah sakit tidak hanya dituntut untuk menyediakan layanan medis, tetapi juga untuk mematuhi prosedur administrasi dan dokumentasi yang sesuai dengan regulasi.

Kewajiban rumah sakit untuk mengikuti sistem asuransi kesehatan ini juga berarti bahwa mereka harus menjaga kualitas layanan medis yang sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Setiap rumah sakit harus memenuhi syarat dan ketentuan dari pemerintah serta penyedia asuransi terkait. Misalnya, rumah sakit harus menyediakan fasilitas dan peralatan medis yang memadai, memastikan tenaga medis yang kompeten dan bersertifikat, serta mengikuti prosedur keamanan yang telah ditetapkan.

Selain itu, rumah sakit juga memiliki kewajiban untuk melaporkan dan memverifikasi data pasien dan perawatan yang diberikan. Hal ini tidak hanya untuk tujuan administratif, tetapi juga untuk memantau kualitas layanan yang diberikan kepada masyarakat. Proses ini membantu memastikan bahwa asuransi yang diterima oleh pasien sesuai dengan jenis perawatan yang diterima, serta menjaga akuntabilitas antara rumah sakit dan penyedia asuransi.

Bagi pasien, kepastian hukum juga memberikan hak untuk mendapatkan pelayanan yang tidak hanya tepat waktu, tetapi juga sesuai dengan kebutuhan medis mereka.<sup>23</sup> Jika ada ketidaksesuaian antara layanan yang diterima dan ketentuan dalam polis asuransi, pasien memiliki hak untuk mengajukan keluhan atau sengketa, yang dapat diselesaikan melalui jalur hukum yang ada. Ini memberikan jaminan bahwa pasien tidak akan dirugikan oleh sistem asuransi kesehatan yang wajib ini.

---

<sup>23</sup> Teguh Rama Prasja, Toto Tohir Suriaatmadja, and Syafrinaldi Syafrinaldi, "Kedudukan Dan Pemenuhan Unsur Asuransi Pada BPJS Kesehatan Perspektif Teori

Kepastian Hukum," *Jurnal Hukum Magnum Opus* 6, no. 2 (2023): 166–182.

Pada tingkat regulasi, Belanda mengatur bahwa rumah sakit wajib memberikan informasi yang jelas mengenai biaya yang ditanggung oleh asuransi kesehatan, serta prosedur yang harus diikuti pasien untuk mendapatkan perawatan yang sesuai. Selain itu, pemerintah Belanda juga menetapkan batasan tarif yang dapat dikenakan oleh rumah sakit untuk berbagai jenis layanan, memastikan bahwa biaya yang ditanggung oleh pasien tetap terjangkau.

Kepastian hukum dalam sistem ini juga mencakup perlindungan terhadap data pribadi pasien. Rumah sakit di Belanda diwajibkan untuk menjaga kerahasiaan data medis pasien, yang termasuk informasi mengenai asuransi kesehatan mereka. Hal ini melindungi pasien dari potensi penyalahgunaan data pribadi dan memastikan bahwa data yang digunakan dalam klaim asuransi adalah valid dan terjaga kerahasiaannya.

Sistem asuransi kesehatan wajib di Belanda tidak hanya memberikan perlindungan bagi individu, tetapi juga menciptakan sistem yang lebih adil dan merata dalam hal akses terhadap layanan kesehatan. Rumah sakit, sebagai penyedia utama layanan medis, berperan penting dalam memastikan implementasi sistem ini berjalan dengan baik. Kepastian hukum yang diterapkan melalui peraturan yang ketat dan transparansi dalam pengelolaan klaim asuransi menjamin bahwa rumah sakit dapat terus memberikan perawatan yang berkualitas kepada masyarakat, sambil menjaga akuntabilitas dan efisiensi biaya.

## **KESIMPULAN**

BPJS Kesehatan berperan penting dalam memberikan jaminan kesehatan di Indonesia, dengan tanggung jawab mengelola klaim dan memastikan keberlanjutan program. Namun, audit pasca klaim sering menimbulkan tantangan bagi rumah sakit, seperti ketidakpastian hukum,

prosedur yang kompleks, dan beban finansial. Hal ini dapat mengganggu hubungan antara BPJS dan fasilitas kesehatan, serta mempengaruhi kualitas layanan dan stabilitas keuangan rumah sakit. Oleh karena itu, evaluasi dan perbaikan sistem audit sangat penting untuk memastikan transparansi, akuntabilitas, dan kepastian hukum bagi semua pihak. Sistem asuransi kesehatan wajib di Belanda, yang berbasis pada prinsip solidaritas sosial, memberikan perlindungan hukum yang jelas bagi rumah sakit dan pasien. Semua rumah sakit, baik sektor publik maupun swasta, diwajibkan untuk menerima pasien yang terdaftar dalam sistem asuransi kesehatan wajib dan mengikuti regulasi yang ditetapkan pemerintah, termasuk kontrak dengan penyedia asuransi. Rumah sakit harus menyediakan layanan medis yang berkualitas, memenuhi standar keselamatan dan prosedur yang ditetapkan, serta menjaga transparansi dalam biaya dan klaim asuransi. Dengan adanya kepastian hukum ini, baik pasien maupun rumah sakit terlindungi dari praktik merugikan, memastikan akses ke layanan kesehatan yang adil dan berkualitas.

## **SARAN**

BPJS Kesehatan perlu memperbaiki sistem audit pasca klaim dengan merancang prosedur yang lebih transparan dan terstruktur. Dengan demikian, rumah sakit dapat lebih memahami dan mematuhi aturan yang ada tanpa ketidakpastian hukum. Kemudian perlunya Mengadopsi prinsip solidaritas sosial yang ada di sistem asuransi kesehatan wajib Belanda dapat menjadi model yang baik untuk BPJS Kesehatan. BPJS perlu memastikan bahwa rumah sakit, baik publik maupun swasta, memiliki perlindungan hukum

yang jelas dalam menjalankan kontrak dan pelayanan.

### UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penulisan jurnal ini. Pertama-tama, kami sampaikan rasa terima kasih kepada dosen pembimbing, Bapak/Ibu yang telah memberikan bimbingan, saran, dan dorongan yang tak ternilai sepanjang proses penelitian dan penulisan jurnal ini. Ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada pihak-pihak yang terlibat. Terima kasih khusus juga kami sampaikan kepada keluarga yang selalu memberikan dukungan moril dan spiritual selama proses penelitian ini. Akhir kata, kami berharap bahwa jurnal ini dapat memberikan kontribusi yang berarti bagi peningkatan sistem kesehatan serta menjadi referensi yang berguna bagi peneliti dan pembaca lainnya.

### DAFTAR KEPUSTAKAAN

Adisty, Naomi. "10 Negara Dengan Layanan Kesehatan Terbaik Di Dunia." *Goodstats*. Last modified 2022. <https://goodstats.id/article/10-negara-dengan-layanan-kesehatan-terbaik-di-dunia-ZskaW>.

Agustina, Bunga. "Kewenangan Pemerintah Dalam Perlindungan Hukum Pelayanan Kesehatan Tradisional Ditinjau Dari Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan." *Jurnal Wawasan Yuridika* 32, no. 1 (2016): 83.

Alfitri. "Ideologi Welfare State Dalam Dasar Negara Indonesia: Analisis Putusan Mahkamah Konstitusi Terkait Sistem

Jaminan Sosial Nasional." *Jurnal Konstitusi* 9, no. 3 (2012): 454.

Amelia, Tina, and H. B. *Dinamika Hukum Investasi Di Indonesia*. Bogor: PT. Kaya Ilmu Bermanfaat, 2021.

Andika, Wijaya. *Hukum Jaminan Sosial Indonesia*. Jakarta Timur: Sinar Grafika, 2022.

Arifin, S., Pd, S. K. M. M., Fauzie Rahman, and S. K. M Anggun Wulandari. *Sumber Pendanaan Kesehatan*. Uwais Inspirasi Indonesia, 2024.

Az-Zahra, Samodra Nadyannisa, and Wirantari I Dewa Ayu Putri. "Analisis Kebijakan Publik Dalam Penerapan Program Pelayanan Publik BPJS Kesehatan." *Socio-political Communication and Policy Review* 1, no. 4 (2024): 147-151.

Der, Grinten T Van, and Kasdrop J. *25 Jaar Sturing in de Gezondheidszorg: Van Verstatelijking Naar Ondernemerschap*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1999.

Indonesia. *Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*, n.d.

Indonesia, CNN. "Kemenkes Ungkap Jenis Fraud Klaim BPJS. Sudah Siapkan Sanksi" (n.d.). <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20240724181909-12-1125147/kemenkes-ungkap-jenis-fraud-klaim-bpjs-sudah-siapkan-sanksi>.

M, Galih Endradita. "Audit Pasca Klaim BPJS Kesehatan." Last modified 2024. <https://galihendradita.wordpress.com/2024/11/01/audit-pasca-klaim-bpjs-kesehatan/>.

Masidin. *Penelitian Hukum Normatif: Analisis Putusan Hakim*. Prenada Media, 2023.

Murtiningtias., Febri, H. Zulkarnain Ibrahim., and M. Ridwan. "Perjanjian Kerjasama Antara

- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Dengan RSUP Dr. Mohammad Hoesin Dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan." *Lex LATA Jurnal Ilmiah Ilmu Hukum* 03, no. 01 (2021): 142.
- Pranayuda, Bonny, Ina Haryanti, Yoga Utomo, and Harries Madiistriyatno. "Analisis Penyebab Pending Klaim Pasien BPJS Kesehatan Dalam Pengajuan Klaim Di Rumah Sakit Umum Persahabatan." *Blantika: Multidisciplinary Journal* 1, no. 4 (2023): 305–313.
- Prasja, Teguh Rama, Toto Tohir Suriaatmadja, and Syafrinaldi Syafrinaldi. "Kedudukan Dan Pemenuhan Unsur Asuransi Pada BPJS Kesehatan Perspektif Teori Kepastian Hukum." *Jurnal Hukum Magnum Opus* 6, no. 2 (2023): 166–182.
- Purwati, Ani. *Metode Penelitian Hukum Teori Dan Praktek*. Jakad Media Publishing, 2020.
- Putri, Nevy Kusumaning Ayu, Karjono Karjono, and Sendy Ayu Uktutias. "Analisis Faktor-Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro." *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS Dr. Soetomo* 05, no. 02 (2019): 135.
- Septian, Erfandi Dwi. "Kewajiban BPJS Kesehatan Dalam Pemberian Pelayanan Telekonsultasi Klinis Yang Dilakukan Antara Dokter Dan Pasien BPJS." *Verdict: Journal of Law Science* 1, no. 1 (2022): 37–49.
- Sinaulan, JH. "Perlindungan Hukum Terhadap Warga Masyarakat." *IDEAS Jurnal Pendidikan, Sosial, dan Budaya* 04, no. 01 (2018): 79–84. <https://www.jurnal.ideaspublishing.co.id/index.php/ideas/article/view/67/23>.
- Susanti, D. O, and A'an Efendi. *Penelitian Hukum (Legal Research)*. Sinar Grafika, 2022.
- Tikkanen, Roosa, Robin Osborn, Elias Mosialos, and Ana Djordjevic. "Profil Sistem Perawatan Kesehatan Internasional Belanda." *The Commonwealth*. Last modified 2020. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>.
- Widiastuti. "Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Jawa Barat." *Public Inspiration: Jurnal Administrasi Publik* 2, no. 2 (2017): 94.
- "Health Care In Netherlands." *International Citizens Insurance*. <https://www.internationalinsurance.com/health/systems/netherlands/>.