



**KLAIM ANTARA RSUD DR. LOEKMONO HADI KUDUS DENGAN  
BPJS KESEHATAN CABANG UTAMA KUDUS BAGI PASIEN RAWAT  
INAP DENGAN SISTIM INA- CBGS**

Bayu Cakra Adhy Nugraha\*, Bambang Eko Turisno, Suhartoyo  
Program Studi Ilmu Hukum, Fakultas Hukum, Universitas Diponegoro  
E-mail : [bayucakra\\_12@yahoo.com](mailto:bayucakra_12@yahoo.com)

**ABSTRAK**

Penulisan Hukum ini adalah karena ketertarikan penulis terhadap klaim BPJS Kesehatan yang didalam pelaksanaannya ditemukan masih banyak kendala / hambatan yang dihadapi yaitu keterlambatan dalam pembayaran klaim sehingga pihak rumah sakit tidak dapat melaksanakan kewajibannya untuk memberikan pelayanan serta fasilitas kesehatan secara maksimal dan dapat berakibat banyaknya pasien pengguna program jaminan kesehatan ditolak oleh rumah sakit. Tujuan dari penulisan hukum ini adalah mengetahui pelaksanaan klaim antara RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus dengan BPJS kesehatan Cabang Utama Kudus bagi pasien rawat inap dengan sistim INA – CBGs serta hambatan dan penyelesaiannya yang dilakukan oleh RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus dengan BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus dalam pelaksanaan klaim. Metode penelitian yang digunakan dalam penulisan hukum adalah menggunakan metode *juridic empiris* dan analitis *deskriptif analitis* dengan didukung data primer dan data sekunder yang artinya penulis mencari data-data yang diperlukan secara langsung melalui wawancara dan literatur-literatur. Adapun metode analisis data digunakan dalam penulisan hukum ini adalah metode kualitatif yaitu analisis data tanpa mempergunakan rumus dan angka tetapi cukup menggunakan kata ataupun kalimat. Hasil penelitian ini yaitu pelaksanaan klaim antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan sudah berjalan dengan baik dan sudah sesuai dengan perjanjian kerjasama yang ada serta sudah sesuai dengan Permenkes No. 27 Tahun 2014 tentang petunjuk teknis sistem Indonesian Case Base Groups dan Permenkes No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Serta dalam pelaksanaannya masih terdapat hambatan yaitu terjadinya keterlambatan dalam pembayaran klaim, terjadinya selisih tarif paket dengan tarif rumah sakit serta adanya keterbatasan sumber daya manusia baik yang ada di rumah sakit maupun yang ada di BPJS kesehatan. Untuk menyelesaikan permasalahan kedua belah pihak memilih menyelesaikannya sesuai dengan perjanjian kerjasama yaitu dengan cara musyawarah yang dilakukan kedua belah pihak untuk mendapatkan kata mufakat.

Kata Kunci : *Klaim BPJS Kesehatan, RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus, Sistim INA – CBGs*

**ABSTRACT**

*Legal Writing this is in the interest of authors to claim BPJS that in its implementation is found still many obstacles / barriers faced by the delay in the payment of claims that the hospital is unable to perform its obligation to provide services , and health facilities to the maximum , and can result in many patients on the program health insurance was rejected by the hospital The purpose of this law is to know the implementation of claims between dr. Hadi Loekmono Kudus. BPJS Kudus Main Branch Health for inpatient care with a system of INA - CBGs as well as obstacles and solutions conducted by dr. Hadi Loekmono Kudus and BPJS Kudus Main Branch in the implementation of the claim. The method used empirical juridical methods and analytical descriptive supported primary data and datasekunder which means that the authors seek the necessary data directly through interviews and literature. The method of data analysis used in the writing of this law is the qualitative methods of data analysis without using formulas and numbers but enough to use the word or phrase. The results of this research is the implementation of the claim between the hospital with BPJS been running well and is in conformity with the existing cooperation agreement , and is in conformity with Permenkes No. 27/ 2014 concerning the*

*technical guidelines Indonesian system Base Case Groups and Permenkes No. 28/ 2014 on Guidelines for the Implementation of the National Health Insurance Program . As well as in the implementation, there is still a bottleneck that delays in the payment of claims , the difference in the package with tariff rates of the hospital and their limited human resources both in hospitals and in health BPJS . to solve the problems of both parties choose finish within the cooperation agreement that is by consensus by the two sides to get the word consensus*

*Keyword : claims Health BPJS, RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus, INA – CBGssystem*

## **I. PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Kebutuhan terhadap perlindungan atau jaminan asuransi bersumber dari keinginan untuk mengatasi ketidakpastian tersebut. Ketidakpastian mengandung risiko yang dapat menimbulkan ancaman bagi setiap pihak, baik sebagai pribadi maupun sebagai pelaku bisnis. Ketidakpastian tersebut melahirkan kebutuhan untuk mengatasi risiko kerugian yang mungkin timbul sebagai konsekuensi dari ketidakpastian tersebut. Risiko yang timbul dapat bersumber dari bencana alam, kecelakaan, penyakit dan kelainan.<sup>1</sup>

Salah satu hal yang menyebabkan timbulnya risiko dalam kehidupan manusia adalah penyakit yang menyebabkan seseorang menjadi tidak sehat. Manusia dalam memenuhi salah satu kebutuhan pokoknya, kebutuhan pokok kesehatan akan melakukan sebuah tindakan tertentu. Kesehatan merupakan hal yang sangat penting yang dimiliki oleh manusia, oleh sebab itu banyak masyarakat yang merasa perlu untuk melindungi kesehatannya sendiri dari segala

macam risiko yang akan timbul nantinya. Sehat adalah suatu keadaan diri seseorang yang jasmani dan rohani atau jiwanya bebas dari penyakit sehingga mampu berproduksi secara sosial dan atau ekonomis. Keadaan sehat seseorang bervariasi dari hampir mati di mana kehidupan fisik atau sosialnya bergantung pada mesin atau bantuan orang lain sampai sehat sempurna.<sup>2</sup>

Menurut Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan di dalam bagian menimbang menjelaskan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita – cita Bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud di dalam Pancasila dan Undang – Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, alinea ke – 4 yaitu untuk memajukan kesejahteraan umum. Setiap kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setingginya dilaksanakan berdasarkan Prinsip Non – Diskriminatif, Partisipatif dan

<sup>1</sup> A. Junaedy Ganie, *Op.cit*, Halaman 2

<sup>2</sup> Hasbullah Thabrany, 2015, *Jaminan Kesehatan Nasional*, Jakarta, PT. Raja Grafindo Persada, Halaman 20

berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing Bangsa bagi pembangunan Nasional. Bahwa setiap upaya pembangunan harus dilandasi dengan wawasan kesehatan dalam arti pembangunan Nasional harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggung jawab semua pihak baik Pemerintah maupun masyarakat.

Upaya meningkatkan pembangunan Nasional di bidang kesehatan, Pemerintah Indonesia mempunyai tugas dan tanggung jawab yang sangat besar khususnya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan bagi masyarakat Indonesia. Tanggung jawab Pemerintah tersebut dituangkan dalam program Jaminan Kesehatan yang diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 yaitu program Jaminan Kesehatan Nasional ( JKN ). Peraturan Presiden tersebut, memuat mengenai peserta dan kepesertaan Jaminan Kesehatan, pendaftaran, iuran dan tata kelola iuran serta manfaat dari program Jaminan Kesehatan Nasional ( JKN ). Selain itu Jaminan Kesehatan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional ( JKN ). Dalam hal ini menunjukkan bahwa Pemerintah telah melaksanakan tanggung

jawabnya untuk melindungi kesehatan bagi masyarakat Indonesia seperti tercantum dalam Undang – Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang mengamanatkan bahwa setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya dan pelayanan kesehatan yang sama yang tercermin dalam Pasal 28 H dan Pasal 34 Undang – Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ( BPJS ) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Sesuai dengan Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ( BPJS ), yang menyelenggarakan sistim jaminan sosial berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Program BPJS Kesehatan sendiri baru dilaksanakan pada tanggal 1 Januari 2014, program BPJS Kesehatan tersebut merupakan peengganti dari program jaminan kesehatan yang telah ada sebelumnya, yaitu PT. Askes Indonesia. Selain program BPJS Kesehatan, Pemerintah juga mengganti program PT. Jaminan Sosial Tenaga Kerja ( Jamsostek ) menjadi program BPJS Ketenagakerjaan. Berdasarkan Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2011 tersebut pemerintah memiliki tujuan dari program

BPJS Kesehatan. Tujuan diadakan program tersebut untuk memberikan kesejahteraan bagi masyarakat Indonesia di bidang kesehatan.

Pelaksanaan Program BPJS, berdasarkan Pasal 14 Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2011 menjelaskan mengenai pendaftaran peserta yaitu setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 ( enam ) bulan di Indonesia, wajib menjadi peserta program jaminan sosial. Setelah menjadi peserta BPJS, berdasarkan Pasal 19 ayat ( 2 ) Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2011 menyatakan bahwa setiap orang atau pemberi kerja wajib membayar dan menyetor iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS. Dalam pelaksanaan program BPJS Kesehatan tersebut Pemerintah Indonesia khususnya Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah menetapkan sistim untuk mengatur mengenai pembayaran untuk mengganti seluruh operasional yang telah diberikan oleh pihak rumah sakit untuk memberikan fasilitas kesehatan kepada pasien pengguna atau peserta program BPJS Kesehatan yang telah membayar iuran setiap bulannya.

Sistim yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengenai sistim pembayaran tersebut, masih terdapat permasalahan yang dialami dalam pelaksanaan Program BPJS Kesehatan. Dalam sistim pembayaran klaim

yang digunakan oleh BPJS Kesehatan sebelumnya menggunakan mekanisme *Fee For Service* ( FFS ). Mekanisme *Fee For Service* ( FFS ) merupakan jumlah klaim yang ditagih tergantung pada pelayanan yang telah diberikan kepada pasien. Dalam pelaksanaan klaim dengan menggunakan Mekanisme *Fee For Service* ( FFS ) masih dirasa kurang tepat, pada tahun 2015 Kementerian Kesehatan menetapkan sistim baru untuk menggantikan mekanisme *fee for service* ( FFS ) dengan menggunakan sistim *Indonesian Case Base Groups* ( INA – CBGs ). Sistim Indonesia Case Base Groups ( INA – CBGs ) adalah sistim dimana besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur atau dengan kata lain merupakan sistim pembayaran dengan sistem “paket” berdasarkan penyakit yang diderita oleh pasien. Prosedur dari pelaksanaan sistim tersebut telah diatur lebih lanjut berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistim *Indonesian Case Base Groups* ( INA – CBGs ). Sistim *Indonesian Case Base Groups* ( INA- CBGs ) merupakan sistim kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan atau prosedur yang menjadi output pelayanan,

berbasis pada data costing dan coding penyakit yang mengacu pada *International Classification of Diseases* ( ICD ) yang disusun oleh *World Health Organization* ( WHO ) dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9 untuk tindakan atau prosedur. Tujuan yang hendak dicapai dari sistem *Indonesian Case Base Groups* ( INA-CBGs ) yaitu pelayanan kesehatan yang berkualitas dan *cost effective*. Dalam pembayaran dengan sistem INA – CBGs, rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan dalam dengan merinci pelayanan apa saja yang telah diberikan kepada seorang pasien, akan tetapi rumah sakit hanya menyampaikan diagnosis pasien waktu pulang dan memasukkan kode DRG untuk diagnosis tersebut.<sup>3</sup>

Di Kabupaten Kudus sendiri program BPJS khususnya BPJS kesehatan sudah berjalan sejak tahun 2014 dan beberapa masyarakat dari mulai masyarakat mampu sampai dengan masyarakat miskin telah mendaftarkan diri untuk menjadi peserta BPJS kesehatan. Tidak hanya masyarakat saja yang telah mendaftarkan dirinya untuk menjadi peserta program BPJS tersebut, namun juga beberapa rumah sakit di Kabupaten Kudus juga telah mengadakan kerjasama dengan pihak BPJS Kesehatan untuk menjalankan program BPJS tersebut untuk melayani pasien

peserta BPJS Kesehatan di Kabupaten Kudus. Salah satu rumah sakit yang telah melaksanakan program BPJS Kesehatan di Kabupaten Kudus yaitu RSUD dr. Loekmono Hadi Kabupaten Kudus. Berjalannya program tersebut didasari oleh sebuah perjanjian yang telah disepakati antara kedua belah pihak yaitu RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus sebagai rumah sakit penyedia fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus. Dalam perjanjian tersebut para pihak baik RSUD dr. Loekmono Hadi serta BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus memiliki hubungan yang sangat erat dalam menjaga atau melindungi kesehatan bagi masyarakat di Kabupaten Kudus serta melaksanakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat khususnya masyarakat di Kabupaten Kudus. Perjanjian yang diadakan oleh kedua belah pihak yaitu antara pihak BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus dengan RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus merupakan perjanjian tidak baku sesuai dengan pasal 1320 Kitab Undang – Undang Hukum Perdata ( KUHPdt ) bahwa syarat sah perjanjian adalah adanya kesepakatan, cakap, suatu hal tertentu dan kausa yang halal.

Pasien di RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus terdiri dari pasien rawat inap serta pasien rawat jalan. Dalam hal ini pasien BPJS yang ada di RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus

---

<sup>3</sup> *Ibid.*, Halaman 21

terbagi menjadi 2 yakni baik peserta BPJS – PBI ( Penerima Bantuan Iuran ) adalah peserta jaminan kesehatan bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu sebagaimana diamanatkan dalam Undang – Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional ( SJSN ) yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah sebagai peserta program jaminan kesehatan. dan peserta BPJS Bukan PBI antara lain pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya serta bukan pekerja dan anggota keluarganya. Dalam hal ini pekerja penerima upah yakni Pegawai Negeri Sipil ( PNS ), Anggota TNI, Anggota POLRI, Pejabat Negara, dan Pegawai swasta. Sedangkan yang termasuk dalam pekerja bukan penerima upah yakni pekerja diluar hubungan kerja atau pekerja mandiri dan pekerja lain yang memenuhi kriteria pekerja bukan penerima upah.

Proses bekerjanya program BPJS tersebut, pihak BPJS Kesehatan Cabang Kabupaten Kudus menggunakan sistim *Indonesian Case Base Groups* ( INA – CBGs ) dalam melakukan proses klaim, seperti halnya sistim yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Serta pihak BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus menerapkan sistim *Indonesian Case Base Groups* ( INA – CBGs ) tersebut kedalam perjanjian yang telah disepakati oleh kedua belah pihak yaitu pihak BPJS Kesehatan Cabang

Utama Kudus dengan pihak RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus. Dalam sistim *Indonesian Case Base Groups* ( INA – CBGs ) tersebut, masih banyak kekurangan atau permasalahan yang dihadapi oleh pihak rumah sakit serta pihak pasien pengguna program BPJS Kesehatan.

Pihak rumah sakit menilai pada saat ini sistim klaim yang digunakan dalam program BPJS kesehatan sangat dirasa rumit. Permasalahan awal yang ditemui adalah pada alur serta proses pelaksanaan klaim dimana terdapat hambatan – hambatan seperti pada persyaratan administrasi klaim, seperti terdapat adanya pasien BPJS yang pada saat mendaftar berobat tidak membawa surat rujukan, surat rujukan sudah tidak berlaku atau kedaluwarsa, perbedaan tanggal lahir di kartu tanda penduduk ( KTP ) dengan tanggal lahir di kartu keluarga dan kesalahan tanggal pembuatan Surat Eligibilitas Peserta ( SEP ) dan tidak ada surat rujukan pemeriksaan penunjang pada saat akan diklaim serta ketidak sesuaian tarif yang diajukan oleh rumah sakit dengan tarif *Indonesian Case Base Groups* ( INA – CBGs ) atau kendala secara teknis seperti halnya sering kali dari pihak BPJS Kesehatan mengalami keterlambatan dalam membayar dana bagi rumah sakit untuk mengganti biaya yang dikeluarkan pada saat pasien

menerima fasilitas kesehatan<sup>4</sup>. Hal ini dapat berdampak buruk bagi pasien pengguna BPJS tersebut karena dapat ditelantarkan oleh pihak rumah sakit akibat belum dibayarkannya klaim tersebut, serta harga yang ditetapkan antara rumah sakit A dengan rumah sakit B dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. Padahal semestinya pihak rumah sakit maupun pihak BPJS dapat memberikan kemudahan bagi para peserta BPJS kesehatan dalam menikmati fasilitas kesehatan yang telah diberikan dengan baik dan murah, sehingga masyarakat merasa terlindungi dan merasa puas atas berjalannya program BPJS kesehatan baik itu dari segi pelayanan kesehatan yang diberikan dari pihak rumah sakit maupun pelayanan dari pihak BPJS selaku pengelola atau yang mengurus dari berjalannya program tersebut. Karena para pasien pengguna program BPJS Kesehatan setiap bulannya telah mengeluarkan sejumlah uang untuk membayar iuran yang telah ditentukan untuk mendapatkan fasilitas kesehatan yang telah diberikannya yang harapannya sangat membantu bagi mereka.

## **B. RUMUSAN MASALAH**

1. Bagaimana Pelaksanaan Klaim antara ( RSUD dr.

Loekmono Hadi Kudus dengan BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus ) bagi Pasien Rawat Inap dengan Sistim INA – CBGs ?

2. Hambatan Apa Saja dan Bagaimana Penyelesaian dalam Pelaksanaan Klaim antara ( RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus dengan BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus bagi Pasien Rawat Inap dengan Sistim INA – CBGs ?

## **C. TUJUAN PENELITIAN**

1. Untuk mengetahui Pelaksanaan klaim antara RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus dengan BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus bagi pasien rawat inap dengan sistim INA – CBGs.
2. Hambatan dan penyelesaian dalam pelaksanaan klaim antara RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus dengan BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus bagi pasien rawat inap dengan sistim INA – CBGs.

## **II. METODE PENELITIAN**

Penelitian ini dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan *yuridis empiris*. yang dimaksud dengan pendekatan *yuridis empiris* yaitu pendekatan yang bertujuan untuk memperoleh pengetahuan tentang bagaimana hubungan hukum dengan masyarakat dengan faktor – faktor yang mempengaruhi pelaksanaan hukum dalam masyarakat. Pendekatan *yuridis empiris* dilakukan dengan mengadakan penelitian langsung di lapangan

---

<sup>4</sup> Mataairradi, “ *Bpjs Telat Bayar Klaim* ”, diakses dari <http://mataairradio.com/berita-top/bpjs-telat-bayar-klaim>, pada tanggal 6 Desember 2015 pukul 19.00

dengan maksud untuk mengumpulkan data yang obyektif yang disebut sebagai data primer.<sup>5</sup> Menurut pendapat Suratman dan Phillips Dillah menyatakan bahwa penelitian hukum empiris merupakan istilah lain yang digunakan dalam penelitian hukum sosiologis, dan dalam hal ini dapat disebut pula dengan penelitian lapangan yang bertitik dari data primer serta penelitian hukum sosiologis dapat direalisasikan kepada penelitian terhadap efektivitas hukum atau peraturan yang sedang berlaku ataupun penelitian terhadap identifikasi hukum.<sup>6</sup>

Adapun data – data yang dikumpulkan oleh penulis dalam penelitian ini adalah :

1. Data Primer

Data primer adalah data yang didapat secara langsung dari lokasi penelitian atau masyarakat sebagai sumber pertama dengan melalui penelitian lapangan serta dalam memperoleh data primer yang ada di lapangan dapat dilakukan melalui pengamatan ( *observasi* ), wawancara ataupun penyebaran kuesioner.<sup>7</sup> Metode pengumpulan data primer yang dilakukan pada penelitian ini dilakukan

melalui proses wawancara ( *interview* ) dengan jenis wawancara ( *interview* ) bebas terpimpin yaitu kombinasi antara interview bebas dengan interview terpimpin. Yaitu peneliti mempersiapkan dahulu pertanyaan – pertanyaan secara lengkap dan terperinci untuk menanyakan apa saja untuk memperoleh informasi langsung.<sup>8</sup> yang dilakukan kepada para responden. Adapun responden dalam penelitian ini adalah :

- a. Direktur RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus.
- b. Sub bagian Perbendaharaan dan Mobilitas Dana di RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus
- c. Sub Bagian Pelayanan Informasi dan Publikasi di RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus.
- d. Bagian Rekam Medis di RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus.
- e. Kepala Unit SDM dan Umum di BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus.
- f. Kepala Unit Manajemen Kesehatan Rujukan di BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus.

---

<sup>5</sup> Abdul kadir Muhammad, 2004, *Hukum dan Penelitian Hukum*, Bandung: PT. Citra Aditya Bakti, Halaman 53

<sup>6</sup> Suratman dan Phillips Dillah, 2013, *Metode Pnelitian Hukum*, Bandung : CV. Alfabeta, Halaman 53

<sup>7</sup> *Ibid.*

---

<sup>8</sup> Moh. Yamin, 2007, *Metode Penelitian Hukum Normatif dan Empirik Serta Aplikasinya*, Surakarta : Fakultas Hukum UNS, Halaman 4

- g. Kepala Unit Manajemen kepesertaan dan UPMP4 di BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus.
  - h. Verifikator BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus
2. Data Sekunder
- Yaitu data yang dikumpulkan oleh orang lain, pada waktu penelitian dimulai data telah tersedia. Data sekunder sudah *given* atau begitu adanya, karena tidak diketahui metode pengambilannya.<sup>9</sup> Data sekunder merupakan data pendukung atau data yang menunjang kelengkapan dari data primer. Data sekunder ini mencakup dokumen-dokumen resmi, buku-buku, hasil-hasil penelitian yang berwujud laporan, dan sebagainya.<sup>10</sup> Data sekunder tersebut dijelaskan dalam :
- a. Bahan Hukum Primer, yaitu bahan-bahan hukum yang mengikat.<sup>11</sup> bahan – bahan hukum yang mengikat dalam hal ini meliputi peraturan Perundang – Undangan yang terkait dengan objek penelitian.
  - b. Bahan Hukum Sekunder, yaitu bahan – bahan yang erat hubungannya dengan bahan hukum primer, dan dapat membantu menganalisis dan memahami bahan hukum primer.<sup>12</sup>
  - c. Bahan Hukum Tersier, yaitu bahan yang memberikan petunjuk atau informasi tentang bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder, yang memiliki hubungan dengan hal – hal yang diperlukan dalam melaksanakan penelitian ilmiah maupun penulisan hukum ini.<sup>13</sup>
- Metode yang digunakan dalam menganalisis dan mengolah data dalam penelitian ini adalah analisis data secara kualitatif, yaitu proses analisa terhadap data yang terdiri dari kata – kata yang dapat ditafsirkan, yaitu data dari hasil penelitian di lapangan bentuk tulisan dan kemudian segera dianalisa.<sup>14</sup> Kemudian Setiap data primer dan data sekunder yang telah terkumpul setelah ditulis dalam bentuk uraian atau laporan yang terperinci, kemudian langsung dianalisis dan disusun supaya lebih sistematis,

<sup>9</sup> Bambang Sungono, *Op.Cit*, Halaman 37

<sup>10</sup> Amirudin, 2014, *Pengantar Metode Penelitian Hukum*, Jakarta : Rajawali Pers, Halaman 30

<sup>11</sup> Soerjono Soekanto, *Op.Cit*, Halaman 52

<sup>12</sup> Suratman dan Phillips Dillah, *Op.cit*, Halaman 67

<sup>13</sup> Loc.cit.

<sup>14</sup> S. Nasution, 2013, *Metode Penelitian Naturalistik Kualitatif*, Bandung, Tarsito, Halaman 129

dan selanjutnya ditarik kesimpulan.

### **III. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **1. Pelaksanaan Klaim antara RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus dengan BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus Bagi Pasien Rawat Inap dengan Sistem INA – CBGs.**

##### **a. Hubungan Hukum antara RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus dengan BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus**

Berdasarkan Pasal 5 ayat ( 3 ) Undang – Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menyebutkan bahwa Badan penyelenggara Jaminan Sosial ( BPJS ) merupakan pengganti program jaminan Sosial yang telah ada sebelumnya yaitu Perusahaan Perseroan ( Persero ) Jaminan Sosial Tenaga Kerja ( JAMSOSTEK ), Perusahaan Perseroan ( Persero ) Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri ( TASPEN ), Perusahaan Perseroan ( Persero ) Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia ( ASABRI ) serta Perusahaan Perseroan ( Persero ) Asuransi Kesehatan Indonesia ( ASKES ).

Dalam menjalankan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Kudus, pihak BPJS Kesehatan menggandeng

beberapa rumah sakit milik pemerintah maupun rumah sakit swasta di Kabupaten Kudus. Salah satu rumah sakit pemerintah yang menjalankan program tersebut yaitu RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus. dalam bekerjanya program jaminan kesehatan di RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus pihak BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus mengadakan perjanjian kerjasama dengan RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus tentang pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan bagi peserta program jaminan kesehatan. berdasarkan Pasal 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 menjelaskan bahwa perjanjian kerjasama fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan dilakukan antara pimpinan atau pemilik fasilitas kesehatan yang berwenang dengan BPJS Kesehatan.

Dalam menjalankan program jaminan sosial di bidang kesehatan tersebut terdapat hubungan hukum antara para pihak yaitu hubungan antara BPJS Kesehatan dengan pihak rumah sakit. Dalam hal ini para pihak memiliki keterkaitan dalam menjalankan program tersebut. Pihak BPJS Kesehatan merupakan pelaksana dari program BPJS Kesehatan sedangkan Pihak rumah sakit sebagai pemberi pelayanan serta fasilitas bagi

peserta pengguna program jaminan sosial kesehatan. Dalam hal ini hubungan hukum antara BPJS Kesehatan dengan rumah sakit adalah hubungan yang didasarkan pada perjanjian kerjasama tentang pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan bagi peserta program jaminan kesehatan yang dilakukan antara kedua belah pihak tentang pemberian pelayanan kesehatan lanjutan bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional. sehingga dengan adanya perjanjian kerjasama tersebut maka timbul hak dan kewajiban yang wajib dilaksanakan oleh pihak rumah sakit maupun oleh pihak BPJS kesehatan berdasarkan Pasal 4 dalam perjanjian kerjasama antara BPJS kesehatan Cabang Utama Kudus dengan RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus tentang pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan bagi peserta program jaminan kesehatan.

Pengertian perjanjian diatur di dalam bab II Buku III KUH Perdata tentang perikatan – perikatan yang dilahirkan dari kontrak ataupun perjanjian. Dimana ketentuan dalam Pasal 1313 KUH Perdata merumuskan pengertian perjanjian adalah “perbuatan dengan mana satu orang atau lebih mengikatkan dirinya terhadap satu orang lain atau lebih”. Hubungan hukum yang terjadi antara rumah sakit dengan BPJS

Kesehatan adalah adanya perjanjian kerjasama yang telah disepakati oleh kedua belah pihak. Pada perjanjian tersebut mengandung asas – asas perjanjian, unsur – unsur perjanjian, syarat sahnya perjanjian dan terjadinya proses klaim antara kedua belah pihak.

**b. Tata Cara Pengajuan dan Pembayaran Klaim antara RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus dengan BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus.**

sebelum masuk dalam alur atau proses pengajuan klaim oleh pihak rumah sakit hendaknya pihak rumah sakit mengetahui persyaratan apa saja yang harus ada pada saat pengajuan klaim. Berdasarkan informasi dari narasumber yaitu Bapak Saiful Anas selaku staf pada bagian rekam medis di RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus menyatakan bahwa dalam prakteknya permohonan atau pengajuan penggantian biaya yang dilakukan oleh pihak rumah sakit khususnya di RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus dengan BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus terhadap pemenuhan atas pelayanan dan fasilitas kesehatan kepada pasien harus memenuhi kriteria atau persyaratan administrasi terlebih dahulu, meliputi :<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Saiful Anas, Wawancara, Staf Bidang Rekam Medis, RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus ( 11 Januari 2016 )

- 1) Rekap formulir pengajuan klaim ( FPK )
- 2) FPK manual
- 3) Surat Eligibilitas Peserta ( SEP )
- 4) Surat pegantar atau perintah rawat inap
- 5) Kwitansi asli yang bermateri secukupnya
- 6) Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur dan ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pasien ( DPJP )

Setelah persyaratan administrasi dalam permohonan pembayaran biaya klaim terpenuhi yang dilakukan selanjutnya adalah tahap pengajuan klaim. Pada tahap pengajuan klaim dapat dikelompokkan menjadi 2 ( dua ) yaitu apa saja yang dilakukan oleh RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus maupun yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus dalam pelaksanaan pengajuan pembayaran biaya klaim meliputi :

**1) Alur / Proses Pengajuan Klaim yang Dilakukan Oleh RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus**

Tahap proses pengajuan klaim yang dilakukan oleh pihak RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus agar biaya operasional yang telah dikeluarkan untuk memberikan fasilitas kesehatan bagi pasien pengguna program

jaminan kesehatan nasional harus sesuai dengan aturan yang ada. Berdasarkan informasi dari narasumber yaitu Ibu Sri Pudjiastuti selaku sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana di RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus menerangkan bahwa pada proses pengajuan klaim yang dilakukan RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus mengacu pada standart prosedur operasional ( SOP ) yang telah dibuat oleh pihak rumah sakit antara lain :<sup>16</sup>

- a) Penyetoran data pasien kepada petugas rekam medis Kepala ruangan perawatan pada pelayanan rawat inap yang ada di rumah sakit menyetorkan data pasien yang berupa diagnosa medis yang diberikan oleh DPJP kepada petugas rekam medis pasien ke Instalasi rekam medis.
- b) Pengecekan kebenaran dan kelengkapan berkas pasien Setelah data pasien tersebut diserahkan kepada petugas rekam medik di instalasi

---

<sup>16</sup> Sri Pudjiastuti, wawancara, Sub Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana, RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus ( 11 Januari 2016 )

rekam medik rumah sakit, selanjutnya petugas rekam medik melakukan pengecekan atas kebenaran dan kelengkapan berkas pasien yang diberikan oleh kepala ruangan perawatan.

- c) Melakukan entry data kedalam program INA – CBGs.

Petugas rekam medis memberi koding dan melakukan entry data tersebut kedalam program INA – CBGs. INA – CBGs ( Indonesia Case Base Groups ) merupakan sistim dimana besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan yang merupakan sistim kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan atau prosedur yang menjadi output pelayanan yang mengacu pada *Internatonal Code Diseases Ten* ( ICD 10 ) dan *Internatonal Code Diseases Nine* ( ICD 9 ) *Clinical Modification* ( CM ) yang disusun oleh *World Healt Organization* ( WHO ). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27

Tahun 2014 tentang petunjuk teknis sistem Indonesian Case Base Groups ( INA – CBGs ) menyatakan bahwa Aplikasi INA CBGs merupakan salah satu perangkat entry data pasien yang digunakan untuk melakukan grouping tarif berdasarkan data yang berasal dari resume medis.

**2) Alur / Proses Pengajuan Klaim yang Dilakukan Oleh BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus**

- a) Verifikasi data

Setelah petugas rekam medik yang ada di rumah sakit melakukan entry data kedalam program INA – CBGs kemudian berkas rekam medik tersebut dilakukan verifikasi data oleh tim verifikator. Berdasarkan informasi narasumber dari vandi selaku Verifikator dari BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus mengungkapkan bahwa verifikator melakukan verifikasi terhadap *coding* yang dilakukan oleh *koder* yang disesuaikan dengan berkas – berkas yang ada dalam resume

medis.<sup>17</sup> Pada tahap verifikasi pada dokumen klaim bertujuan untuk memastikan bahwa biaya dalam program Jaminan Kesehatan Nasional ( JKN ) oleh BPJS Kesehatan di manfaatkan secara tepat baik jumlah, tepat waktu dan tepat sasaran. Selain itu tahap verifikasi bertujuan untuk membantu fasilitas kesehatan tingkat lanjut dengan mengacu kepada standart penilaian klaim berdasarkan perjanjian kerjasama antara *provider* dan BPJS Kesehatan. Berdasarkan petunjuk teknis verifikasi klaim yang dikeluarkan oleh pihak BPJS kesehatan menjelaskan bahwa dalam tahap verifikasi pihak BPJS kesehatan membagi kedalam 3 ( tiga ) tahap verifikasi yang dilakukan oleh petugas verifikator antara lain :

1. Verifikasi administrasi kepesertaan

Dalam tahap ini petugas verifikator meneliti kesesuaian dari berkas klaim

yaitu antara surat eligibilitas peserta ( SEP ) dengan data kepesertaan yang diinput kedalam program INA – CBGs.

2. Verifikasi administrasi pelayanan  
Pada tahap verifikasi administrasi pelayanan petugas verifikator BPJS kesehatan melakukan verifikasi administrasi pelayanan.

3. Verifikasi Menggunakan Software INA – CBGs

Pada tahap ini petugas verifikator melakukan verifikasi dengan menggunakan program software INA – CBGs yang dilakukan dengan purifikasi data yang berfungsi untuk memvalidasi output data INA – CBGs yang ditagihkan oleh rumah sakit terhadap data penerbitan SEP.

- b) Pembayaran klaim

Pada tahap pembayaran klaim yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan kepada rumah sakit dalam hal ini rumah

---

<sup>17</sup> Vandi, Wawancara, Verifikator, BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus Kudus ( 11 Januari 2016 ).

sakit harus memenuhi mekanisme atau ketentuan dalam proses pengajuan klaim terlebih dahulu setelah terpenuhinya ketentuan tersebut pihak BPJS akan mengganti seluruh biaya yang telah dikeluarkan oleh pihak rumah sakit bagi pasien peserta program jaminan kesehatan. Berdasarkan informasi dari narasumber Ibu Tri Wahyu selaku Kepala Unit Manajemen Kesehatan Rujukan di BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus menerangkan bahwa pada saat pihak BPJS kesehatan membayarkan biaya operasional yang dikeluarkan rumah sakit, pihak Rumah sakit wajib memiliki Standart Prosedur Operasional ( SOP ) yang dikeluarkan oleh direktur rumah sakit dalam bentuk surat keputusan tentang mekanisme pengajuan klaim tagihan BPJS dan berpedoman pada perjanjian kerjasama yang telah dibuat oleh kedua belah pihak tentang pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan bagi peserta program jaminan kesehatan.<sup>18</sup> berdasarkan isi dari perjanjian kerjasama yang

telah dibuat oleh kedua belah pihak tentang pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan bagi peserta program jaminan kesehatan tersebut pihak BPJS Kesehatan wajib membayar tagihan biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan pihak rumah sakit paling lambat 15 ( lima belas ) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap dan benar.

Pada tahap pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan kepada rumah sakit sering terjadi keterlambatan dalam pembayaran biaya klaim. Berdasarkan informasi dari Noor selaku staff pada bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana mengungkapkan bahwa dalam proses pembayaran klaim oleh pihak BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus kepada pihak rumah sakit sering melebihi dari ketentuan yang ada di dalam perjanjian kerjasama yaitu paling lambat 15 ( lima belas ) hari kerja sebagai contoh keterlambatan pembayaran klaim pada pelayanan obat kronis pihak rumah sakit telah mengajukan penagihan biaya pada bulan januari tahun 2015 tetapi pihak BPJS kesehatan baru membayarkan biaya operasional tersebut

<sup>18</sup> Tri Wahyu, Wawancara, Kepala Unit Manajemen Kesehatan Rujukan, BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus ( 27 Januari 2016 )

kepada pihak rumah sakit pada bulan Mei tahun 2015.<sup>19</sup> Sehingga pihak rumah sakit tidak bisa melaksanakan kegiatan dengan baik apabila biaya tersebut tidak segera dibayarkan.

## **2. Hambatan dan Penyelesaian dalam Pelaksanaan Klaim antara RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus dengan BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus Bagi Pasien Rawat Inap dengan Sitem INA – CBGs.**

### **a. Hambatan dalam Pelaksanaan Klaim antara RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus dengan BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus Bagi Pasien Rawat Inap dengan Sitem INA – CBGs.**

- 1) Adanya Keterlambatan dalam Pembayaran Klaim  
Dalam proses pembayaran klaim yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan kepada rumah sakit untuk mengganti operasional yang dikeluarkan oleh pihak rumah sakit dalam perjanjian kerjasama menyebutkan bahwa wajib dilakukan paling lambat 15 ( lima belas ) hari kerja sejak dokumen klaim tersebut diterima lengkap dan benar,

namun pada pelaksanaannya masih terjadi keterlambatan dalam pembayaran tagihan biaya. Berdasarkan informasi narasumber dari ibu Noor selaku staff pada bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus menerangkan bahwa Keterlambatan pembayaran tagihan biaya sering terjadi dalam pembayaran obat kronis yang dalam hal ini rumah sakit sudah mengajukan pada bulan Januari Tahun 2015 tetapi pihak BPJS Kesehatan baru membayarkan pada bulan Mei Tahun 2016.

- 2) Terjadinya Selisih Tarif yang ada di Paket INA – CBGs dengan Tarif Rumah Sakit

Pada tahap pembuatan laporan rekapitulasi tagihan terjadi ketidak sesuaian antara tarif yang terdapat dalam paket INA – CBGs dengan tarif rumah sakit. Terjadinya selisih tarif tersebut karena tarif yang ada di sitem INA – CBGs merupakan implementasi dari Permenkes No, 69 Tahun 2013 tentang Standart Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas

---

<sup>19</sup> Noor, Wawancara, Staf Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana, RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus ( 11 Januari 2016 )

Kesehatan Tingkat Lanjutan sedangkan tarif yang ada di rumah sakit yang berdasarkan Peraturan Daerah ( PERDA ) di Kabupaten Kudus.

- 3) Adanya Keterbatasan Sumber Daya Manusia Kurangnya sumber daya manusia yang ada di rumah sakit yaitu kurangnya orang yang berkompeten dalam melakukan entry data kedalam software INA-CBGs yang dapat menimbulkan keterlambatan dalam melakukan entry data pasien dan tidak adanya verifikator internal yang ada di rumah sakit sehingga tidak adanya pengawasan dari pihak rumah sakit apabila berkas tersebut diverifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan yang dimungkinkan dapat terjadi perubahan isi dari berkas tersebut. Sedangkan pihak BPJS Kesehatan masih kekurangan tim verifikator yang ahli dan verifikator di BPJS pada saat ini masih dilakukan oleh orang yang berpendidikan dokter umum sedangkan kasus penyakit – penyakit yang biasanya diderita oleh pasien kebanyakan penyakit spesialistik

sehingga memakan waktu yang agak lama untuk memahami proses verifikasi tersebut.

**b. Penyelesaian Hambatan / Kendala Dalam Pelaksanaan Klaim antara RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus dengan BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus Bagi Pasien Rawat Inap dengan Sistim INA – CBGs.**

Untuk menyelesaikan permasalahan atau hambatan yang dihadapi oleh pihak rumah sakit maupun pihak BPJS Kesehatan dalam pelaksanaan klaim dapat diselesaikan melalui jalur pengadilan ( litigasi ) maupun penyelesaian dapat diselesaikan melalui jalur diluar pengadilan ( non – litigasi ). Berdasarkan informasi dari narasumber yaitu Ibu Sri Pudjiastuti selaku Sub Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana menyatakan bahwa dalam menyelesaikan permasalahan atau hambatan dalam pelaksanaan klaim pada saat pertama mengajukan permohonan sampai dengan sekarang pihak rumah sakit selalu melakukan koordinasi dan musyawarah dengan pihak BPJS Kesehatan seperti halnya yang tercantum dalam Pasal 14 isi dari perjanjian kerjasama yang dibuat agar pelaksanaan klaim berjalan dengan baik dan tidak ada

yang dirugikan.<sup>20</sup> Berdasarkan isi perjanjian tersebut pihak rumah sakit dengan BPJS Kesehatan dalam menyelesaikan permasalahan dilakukan dengan cara berkoordinasi atau musyawarah untuk mencapai kata sepakat antara kedua belah pihak.

#### **IV. PENUTUP**

##### **A. KESIMPULAN**

1. Pelaksanaan klaim antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan sudah berjalan dengan baik dan sudah sesuai dengan perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus dengan RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus tentang Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan serta sudah sesuai dengan Permenkes No. 27 Tahun 2014 tentang petunjuk teknis sistem Indonesian Case Base Groups dan Permenkes No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
2. Dalam pelaksanaan klaim antara BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus, ditemui hambatan yang ada meliputi terjadinya

keterlambatan dalam pembayaran klaim, terjadinya selisih tarif paket dengan tarif rumah sakit serta adanya keterbatasan sumber daya manusia baik yang ada di rumah sakit maupun yang ada di BPJS kesehatan. serta untuk menyelesaikan permasalahan maupun hambatan dalam pelaksanaan klaim kedua belah pihak menyelesaikannya dengan cara musyawarah untuk mencapai kata mufakat yang sesuai dengan isi perjanjian kerjasama yang dibuat.

##### **B. SARAN**

1. Pihak rumah sakit segera membentuk tim verifikator internal agar dalam pelaksanaan verifikasi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan dapat terkontrol dengan baik serta menambah Sumber Daya Manusia yang berkualitas dan mengerti mengenai cara mengoperasikan software INA – CBGs sehingga tidak ada lagi data pasien yang belum dilakukannya entry data kedalam software INA – CBGs dan pihak rumah sakit tetap memberikan fasilitas kesehatan secara optimal bagi peserta program jaminan kesehatan walaupun terjadi keterlambatan dalam pembayaran klaim yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan.
2. Pihak BPJS Kesehatan sebaiknya memperhatikan

---

<sup>20</sup> Sri Pudjiastuti, Wawancara, Sub Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana, RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus ( 22 Desember 2015 )

jangka waktu dalam pembayaran klaim sehingga tidak terjadi keterlambatan dalam pembayaran klaim serta menambah tim verifikator yang berkompeten di dalam penyakit – penyakit yang spesialisik sehingga tidak ada tumpukan berkas yang belum di verifikasi.

## V. DAFTAR PUSTAKA

### Buku :

- Adonara, Firman Floranta, 2014, *Aspek – Aspek Hukum Perikatan*, CV. Mandar Maju.
- Bastian, Indra dan Suryono, 2011, *Penyelesaian Sengketa Kesehatan*, Jakarta: Salemba Medika
- Budiono, Herlien, 2014, *Ajaran Umum Hukum Perjanjian dan Penerapannya di Bidang Kenotariatan*, PT. Citra Aditya Bakti
- Busro, Achmad, 2012, *Hukum Perikatan Berdasar Buku III KUH Perdata*, Yogyakarta, Pohon Cahaya
- Hartono, Sri Rejeki, 1997, *Hukum Asuransi dan Perusahaan Asuransi*, Jakarta, Sinar Grafika Offset
- Junaedy, A. Ganie, 2011, *Hukum Asuransi Indonesia*, Jakarta, Sinar Grafika.
- Muhammad, Abdulkadir, 1992, *Hukum Perikatan*, PT. Citra Aditya Bakti
- Mulyadi, Kartini dan Gunawan Wijaya, 2002, *Perikatan Yang Lahir Dari Perjanjian*, PT. Raja Grafindo Persada
- Notoadmodjo, Soekidjo, 2010, *Etika & Hukum Kesehatan*, Jakarta, Rineka Cipta
- Nasution, S, 2013, *Metode Penelitian Naturalistik Kualitatif*, Bandung, Tarsito
- Salim, 2012, *Pengantar Hukum Perdata Tertulis (BW)*, Jakarta, PT. Sinar Grafika
- Salim, A.Abbas,1993, *Dasar – Dasar Asuransi*, Jakarta, PT. Raja Grafindo Persada.
- Seran, Marcel dan Anna Maria Wahyu Setyowati,2010,*Dilema Etika dan Hukum Dalam Pelayanan Medis*, Bandung.
- S, Kertonegoro, 1999, *Hukum Asuransi Indonesia*, PT. Citra Aditya Bakti., Bandung.
- Subekti, 2004, *Hukum Perjanjian*, Jakarta, PT Intermedia.
- Thabrany, Hasbullah, 2004, *Hukum Perjanjian*, Jakarta, PT Intermedia.
- Yustina, Endang Wahyati, *Mengenal Hukum Rumah Sakit*, Bandung : CV Keni Media.
- Zaidah, Yusna, 2015, *Penyelesaian Sengketa Melalui Peradilan dan Arbitrase Syari'ah di Indonesia*, Yogyakarta : Aswaja Pressindo.



**Peraturan Perundang –**

**Undangan:**

Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 Tentang Standart Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut dalam penyelenggaraan Jaminan kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk

Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups ( INA – CBGs ).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

**Website :**

Mataairradi, “ *Bpjs Telat Bayar Klaim* ”, diakses dari <http://mataairradio.com/berita-top/bpjs-telat-bayar-klaim>.

Raimond Flora Lamandasa, “Perjanjian Kerjasama”, diakses dari <http://www.scribd.com/doc/3927962/PERJANJIAN-KERJASAMA#scribd>